



**BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**BESLENME VE DİYETETİK ANABİLİM DALI**

**SAĞLIK ÇALIŞANLARININ OBEZ BİREYLERE KARŞI**  
**TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Dyt. Duygu ÜNAL**  
**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**ANKARA**  
**2018**



**BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**BESLENME VE DİYETETİK ANABİLİM DALI**

**SAĞLIK ÇALIŞANLARININ OBEZ BİREYLERE KARŞI**  
**TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Dyt. Duygu ÜNAL**

**TEZ DANIŞMANI**  
**Prof. Dr. Muhittin TAYFUR**

**ANKARA, 2018**

# ONAY SAYFASI



T.C  
BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Beslenme ve Diyetetik Tezli Yüksek Lisans Programı çerçevesinde Duygu Ünal tarafından yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 17/07/2018

Tez Konusu: "Sağlık Çalışanlarının Obez Bireylere Karşı Tutumlarının Değerlendirilmesi"

**TEZ DANIŞMANI: Prof. Dr. Muhittin TAYFUR**

## TEZ JÜRİSİ ÜYELERİ

Prof. Dr. Muhittin Tayfur  
Doç. Dr. Aydan Ercan  
Prof. Dr. Nevin Şanlier

Başkent Üniversitesi  
Başkent Üniversitesi  
Lokman Hekim Üniversitesi

*Muhittin Tayfur*  
*Aydan Ercan*  
*Nevin Şanlier*

**ONAY:** Bu tez, Başkent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulunun .../.../2018 tarih ve ... Karar Sayısı ile kabul edilmiştir.

*Rengin Erdal*  
Prof. Dr. Rengin ERDAL  
Enstitü Müdürü

# ORJİNALLİK RAPORU



BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
YÜKSEK LİSANS / DOKTORA TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU

Tarih: 17 / 07 / 2018

Öğrencinin Adı, Soyadı : Duygu ÜNAL

Öğrencinin Numarası :21520241

Anabilim Dalı : Beslenme ve Diyetetik

Programı :Beslenme ve Diyetetik

Danışmanın Unvanı/Adı, Soyadı : Prof. Dr. Muhittin TAYFUR

Tez Başlığı : Sağlık Çalışanlarının Obez Bireylere Karşı Tutumlarının Değerlendirilmesi

Yukarıda başlığı belirtilen Yüksek Lisans/Doktora tez çalışmamın; Giriş, Ana Bölümler ve Sonuç Bölümünden oluşan, toplam 74 sayfalık kısmına ilişkin, 11 / 07 / 2018 tarihinde şahsım/tez danışmam tarafından Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı %12'dir.

Uygulanan filtrelemeler:

1. Kaynakça hariç
2. Alıntılar hariç
3. Beş (5) kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

"Başkent Üniversitesi Enstitüleri Tez Çalışması Orijinallik Raporu Alınması ve Kullanılması Usul ve Esaslarını" inceledim ve bu uygulama esaslarında belirtilen azami benzerlik oranlarına tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Öğrenci İmzası:.....

Onay

17 / 07 / 2018,

Öğrenci Danışmanı Unvan, Ad, Soyad,  
Prof. Dr. Muhittin TAYFUR

## TEŞEKKÜR

Çalışmam süresince tez danışmanlığımı üstlenerek yanımda olan değerli tez danışmanım Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü öğretim üyelerinden Sayın Prof. Dr. Muhittin TAYFUR'a,

Tez konumu belirlerken özgün konu tavsiyeleriyle bana yol gösteren, beslenme ve diyetetik alanına farklı bir pencereden bakmamı sağlayan ve her zaman bilgisini ve sevgisini esirgemeyen Doç. Dr. Aydan ERCAN'a,

Tezimin hazırlamasında emeği geçen ve tüm içtenliği ile yanımda olan Hacettepe Üniversitesi İstatistik Bölümü Arş. Gör. Ceren ÜNAL'a

Araştırmamın gerçekleştirmesinde katkı sağlayan emektar sağlık personeli arkadaşlarıma,

Doğduğum ilk günden beri sonsuz sevgisi ile her daim yanı başımda olan ve destek veren canım annem Ayşe Cahide DEMİRKİRAN, fiziken yanımda olmasa da ruhen hep beni desteklediklerini bildiğim kıymetli babam Vural DEMİRKİRAN ve anmadan gün geçirmedüğüm kıymetli anneannem Naile ATALAY'a, aradaki mesafelerin bağlılığımızı azaltmayacağı canım kardeşim Deniz TURAN (DEMİRKİRAN)'a,

Çalışmam süresince motivasyon desteği sağlayan ve yanımda olan Dyt.Nermin ÇELİKAY, Uzm. Dyt. Beytül YILMAZ, Dyt. F. Betül AYDIN ve diğer meslektaşlarıma,

Çocukluk ve hayat arkadaşım Ali ÜNAL'a ve çalışmamı hazırlarken sayfalarımda izlerini bırakan ve hayatıma renk katan canım kızım Deniz ÜNAL'a

Sonsuz teşekkür ve sevgilerimi sunarım...

## ÖZET

**Ünal D. Sağlık Çalışanlarının Obez Bireylere Karşı Tutumlarının Değerlendirilmesi. Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2018.**

Bu çalışma sağlık çalışanlarının obezitesi olan bireylere karşı önyargı tutum ve davranışlarını saptamak amacıyla gerçekleştirilmiştir. Tanımlayıcı tipte olan bu çalışmada sağlık çalışanlarının empati beceri, empati eğilim ve obezite önyargı düzeyleri arasındaki ilişki sorgulanmıştır. Araştırma, Şubat-Mart 2018 yılında T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü'nde görev yapan ve çalışmada yer almayı gönüllü olarak kabul eden 182 kadın, 88 erkek toplam 248 sağlık çalışanı ile gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmada veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından hazırlanan anket formu ile GAMS 27-Obezite Önyargı Ölçeği (OÖÖ), Empatik Eğilim Ölçeği (EEÖ) ve Empatik Beceri Ölçeği (EBÖ) kullanılmıştır. Çalışma verileri SPSS 22.0 paket programı kullanılarak uygun istatistiksel yöntemler ile değerlendirilmiştir. Sağlık çalışanlarının ortalama puanları GAMS-27 OÖÖ için 80.6, EEÖ için 72.4, EBÖ için 131.1 olarak bulunmuştur. Kadın sağlık çalışanlarının erkek sağlık çalışanlarına göre EBÖ puan ortalamalarının yüksek olduğu görülmüştür ( $p<0.05$ ). OÖÖ sınıflamasına göre önyargısız grupta en yüksek puan ortalaması 65.5 ile hekimlerde, önyargıya eğilimli grupta en yüksek puan ortalaması 82.3 psikologlarda ve önyargılı sınıfta en yüksek puan ortalaması da diyetisyenlerde 99.5 saptanmıştır. Katılımcıların beden algıları incelendiğinde, BKİ sınıflamasına göre zayıf ve normal olanlarının çoğunun kendini zayıf ve normal algıladığı; yüksek BKİ'ne sahip olanların çoğunun kendini normal ve zayıf algıladığı; BKİ'si şişman/obez sınıfta olanların ise çoğunun kendi beden imgesini fazla kilolu ve şişman olarak algıladıkları hatta aynı grupta kendini zayıf olarak ve aşırı şişman olarak algılayan sınırlı bir grubun olduğu saptanmıştır. Kendi beden görünümünü zayıf olarak ifade eden bireylerin OÖÖ puan ortalaması diğer gruplara göre daha yüksek olup istatistiksel olarak da önemli bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Önyargı beyanlarına göre obezite önyargısız, önyargılı ve fikri olmadığı beyanında bulunanların büyük çoğunluğunun önyargıya eğilimli oldukları,

en yüksek OÖÖ puan ortalamasının ise ön yargısız olduğunu beyan eden grupta olduğu görülmüştür ( $p<0.05$ ). Bireylerin önyargı beyanlarına göre obezite önyargısı olan, obezite önyargısı olmayan ve kararsız olan bireylerin büyük çoğunluğunun önyargıya eğilimli oldukları bulunmuştur. En yüksek OÖÖ puan ortalamasının ise ön yargısız olduğunu beyan eden grupta olduğu tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ). Sonuç olarak, işi ve görevi obezitesi olan bireyler de dahil olmak üzere toplumun her kesiminden bireye tarafsız bir sağlık hizmeti sunmak olan sağlık çalışanlarının obezite önyargısına sahip olmaları kabul edilemez bir durumdur. Obezite önyargısını azaltmaya yönelik çalışmaların ivedilikle ve etkin biçimde her yaş ve meslek grubunda başlatılmasında yarar vardır.

Anahtar kelimeler; sağlık çalışanları, obezite önyargısı, ayrımcılık, empatik eğilim, empatik beceri.

Bu çalışma için, Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu tarafından 94603339-604.01.02/ 42006 sayılı karar ile 21/11/2017 tarihli “Araştırma Etik Kurul Onayı” alınmıştır.

## ABSTRACT

**Ünal D. Evaluation of Health Care Workers' Attitudes Towards Obese Individuals. Başkent University, Faculty of Health Sciences, Department of Nutrition and Dietetics, Master Thesis, Ankara, 2018**

This study was conducted in order to determine the prejudice attitudes and behaviors of health workers against obese individuals. In this descriptive study, the relationship between health workers' empathy skills, empathy bias and obesity prejudice levels was questioned. The survey was conducted in February-March 2018 with 182 women and 88 men with a total of 248 health workers who accepted to take part in the study voluntarily and working in T.C. General Directorate of Public Health of the Ministry of Health. In this study, a questionnaire which is prepared by the researcher, GAMS 27-Obesity Prejudice Scale (OPS), Empathic Tendency Scale (ETS) and Empath Skill Scale (ESS) were used as a data collection tool. Study data were evaluated using appropriate statistical methods using the SPSS 22.0 package programme. The average scores of the health workers were found 80.6 for GAMS-27, 72.4 for ETS and 131.1 for ESS. It was observed that the average of EBI scores was higher in female health workers than male health workers ( $p<0.05$ ). According to the OPS classification, the highest average score was 65.50 in the unprejudiced group, the highest score average was 82.3 in physicians with prejudice tendency group and the highest score average was 99.5 in dietitians in prejudiced group. When the participants' body perceptions were examined, it was found that most of the underweight and normal people perceived themselves underweight and normal according to the BKI classification; the majority of those with high BMI perceive themselves as normal and underweight. Most of the BMI obese/obese class members perceive their body images as overweight and obese, and even in the same group a limited group that perceives themselves as underweight and overweight. The mean scores of the individuals who expressed their own physical appearance as underweight were higher than the other groups and it was found statistically significant ( $p<0.05$ ). According to the prejudice statements, it was seen that the majority of the prejudices, prejudices and not opinions were tendency to



prejudice in the attitude, and the highest average score of the PD was in the group declaring that there was no prejudice ( $p<0.05$ ). According to individuals' declaration who stated themselves as prejudiced, unprejudiced and hesitated most of them were found to be prone to obesity prejudice. It was determined that the highest mean score of the OPS was in the group who declared that they were unprejudiced ( $p<0.05$ ). As a result, it is unacceptable for health professionals to have an obesity prejudice, whose basic duty is to provide an unbiased health care service to individuals from all walks of life, including individuals with obesity. It is beneficial to initiate studies to reduce obesity prejudice promptly and effectively in all age groups and professions.

Keywords; health workers, obesity prejudice, discrimination, empathic tendency, empathic skill.

Ethics Committee approval was taken for this study by Baskent University Medicine and Health Sciences Research Committee - Decision No. 94603339-604.01.02/ 42006 dated 21/11/2017.

# İÇİNDEKİLER

	<b>Sayfa</b>
<b>ONAY SAYFASI</b>	iii
<b>ORJİNALLİK RAPORU</b>	iv
<b>TEŞEKKÜR</b>	v
<b>ÖZET</b>	vi
<b>ABSTRACT</b>	viii
<b>İÇİNDEKİLER</b>	x
<b>SİMGELER VE KISALTMALAR</b>	xiii
<b>TABLolar DİZİNİ</b>	xiv
<b>1. GİRİŞ</b>	1
<b>2. GENEL BİLGİLER</b>	3
2.1. Obezitenin Tanımı ve Değerlendirilmesi	3
2.2. Obezitenin Prevalansı	4
2.3. Obezitenin Nedenleri	5
2.4. Obezitenin Neden Olduğu Sorunlar	5
2.4.1. Sağlık sorunları	5
2.4.1.1. Fizyolojik sorunlar	6
2.4.1.2. Psikolojik sorunlar	7
2.4.1.3. Ekonomik sorunlar	7
2.4.1.4. Sosyal sorunlar	8
2.5. Obezite Önyargısı	9
2.5.1. Eğitim alanında obezite önyargısı	10
2.5.2. İstihdam alanında obezite önyargısı	11
2.5.3. Sağlık alanında obezite önyargısı	12
2.5.3.1. Sağlık alanında ağırlık önyargısını azaltmaya yönelik müdahaleler	15

2.6.	Empati Tanımı ve Tarihçesi	15
2.7.	Empatik Eğilim	17
2.8.	Empatik Beceri	17
2.9.	Empatinin Sınıflandırılması	17
2.10.	Empati Kavramı ile Karıştırılan Kavramlar	18
2.11.	İletişimde Empatinin Önemi	18
2.11.1.	Sağlık alanında iletişimde empatinin önemi	19
<b>3.</b>	<b>GEREÇ ve YÖNTEM</b>	<b>21</b>
3.1.	Araştırma Yeri, Zamanı ve Örneklem Seçimi	21
3.2.	Verilerin Toplanması	21
3.2.1.	Veri toplama araçları	22
3.2.1.1.	Kişisel bilgi formu	22
3.2.1.1.1.	Beden kütle indeksi (BKİ)	22
3.2.1.2.	Kullanılan ölçekler	23
3.2.1.2.1.	GAMS-27 Obezite önyargı ölçeği	23
3.2.1.2.2.	Empati eğilim ölçeği	24
3.2.1.2.3.	Empati beceri ölçeği	25
3.3.	Verilerin İstatistiksel Olarak Değerlendirilmesi	25
<b>4.</b>	<b>BULGULAR</b>	<b>27</b>
<b>5.</b>	<b>TARTIŞMA</b>	<b>57</b>
<b>6.</b>	<b>SONUÇ VE ÖNERİLER</b>	<b>68</b>
6.1.	Sonuçlar	68
6.2.	Öneriler	73
<b>7.</b>	<b>KAYNAKLAR</b>	<b>75</b>
<b>EKLER</b>		<b>90</b>
EK 1:	Etik Kurul Onayı	90

EK 2: Makam Onayı	91
EK 3: Onam Formu	92
EK 4: Anket Formu	98
EK 5: GAMS-27 Obezite Önyargı Ölçeği	101
EK 6: Empatik Eğilim Ölçeği	103
EK 7: Empatik Beceri Ölçeği	104

## SİMGELER VE KISALTMALAR

BKİ	Beden Kütle İndeksi
WHO	Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)
OECD	Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü
OÖÖ	Obezite Önyargı Ölçeği
EEÖ	Empatik Eğilim Ölçeği
EBÖ	Empatik Beceri Ölçeği
ÖÇT	Örtük Çağrışım Testi (IAT)
JSPE	Jefferson Hekim Empati Ölçeği (Jefferson Scale of Physician Empathy)
E	Erkek
K	Kadın

## TABLULAR

<b>Tablo</b>	<b>Sayfa</b>
2.1. Yetişkin bireylere göre BKİ sınıflaması	3
2.2. Yetişkinlerde bel çevresi ölçümlerine göre risk değerlendirilmesi	4
3.1. Obezite ölçek puanının değerlendirilmesi	24
4.1. Sağlık çalışanlarının cinsiyete göre demografik özellikleri	28
4.2. Sağlık çalışanlarının cinsiyete göre OÖÖ, EEÖ ve EBÖ puanları	29
4.3. Sağlık çalışanlarının yaş gruplarına göre OÖÖ, EEÖ ve EBÖ puanları	30
4.4. Sağlık çalışanlarının meslek gruplarına göre OÖÖ, EEÖ ve EBÖ puanları	32
4.5. Sağlık çalışanlarının meslek gruplarına ve OÖÖ puan ortalamalarına göre obezite önyargı sınıflandırmalarının dağılımı ve ortalamaları	34
4.6. Sağlık çalışanlarının meslekte çalışma sürelerine göre OÖÖ, EEÖ ve EBÖ puanları	36
4.7. Sağlık çalışanlarının hesaplanmış beden kütle indeksi gruplarına göre OÖÖ, EEÖ ve EBÖ puanları	37
4.8. Sağlık çalışanlarının ailelerinde şişmanlık öyküsü durumuna göre OÖÖ, EEÖ ve EBÖ puanları	38
4.9. Sağlık çalışanlarının yakın çevrelerinde şişman birey bulunma durumuna göre OÖÖ, EEÖ ve EBÖ puanları	39
4.10. Sağlık çalışanlarının kendi vücut görünümelerini algılama durumuna göre OÖÖ, EEÖ ve EBÖ puanları	40
4.11. Sağlık çalışanlarının kendi beden algıları ve BKİ sınıflamalarına göre OÖÖ puan ortalamaları	42
4.12. Sağlık çalışanlarının vücut ağırlıkları ile ilişkili olumsuz davranışlara maruz kalma durumlarına göre OÖÖ, EEÖ ve EBÖ puanları	43

4.13. Sağlık çalışanlarının cinsiyete göre vücut ağırlıkları ile ilişkili olumsuz davranışlara maruz kalma durumları ve OÖÖ puan sınıflamalarının dağılımları	45
4.14. Sağlık çalışanlarının cinsiyete göre vücut ağırlıkları ile ilişkili maruz kaldıkları davranışların dağılımları	46
4.15. Sağlık çalışanlarının obez bireylere karşı önyargı beyanları ve OÖÖ puan sınıflamalarına göre puan ortalamaları ve dağılımı	48
4.16. Sağlık çalışanlarının obez bireylere karşı önyargı beyanlarına göre OÖÖ, EEÖ ve EBÖ puanları	49
4.17. Sağlık çalışanlarının obezitenin tanı tedavi ve sürecinde yer alma durumlarına göre OÖÖ, EEÖ ve EBÖ puanları	50
4.18. Sağlık çalışanlarının cinsiyetlerine göre obez bireylerin tanı, tedavi ve izlem sürecinde yer alma durumu ve karşılaştıkları zorluklara ilişkin dağılımı	52
4.19. Sağlık çalışanlarının sağlık kuruluşlarında obezitesi olan bireylere ayrıcalık tanınması fikri ile OÖÖ, EEÖ ve EBÖ puanları	53
4.20. Sağlık çalışanlarının cinsiyete göre obezitesi olan bireyler için sağlık kuruluşlarında ayrıcalık tanınmasını istedikleri alan beyanlarının dağılımı	54
4.21. Yaş ile OÖÖ, EEÖ ve EBÖ ölçek puanları arasındaki korelasyonlar	55
4.22. Sağlık çalışanlarının meslek ile OÖÖ, EEÖ ve EBÖ puanları arasındaki korelasyonlar	55
4.23. Meslek ile OÖÖ, EEÖ ve EBÖ ölçek puanları arasındaki korelasyonlar	56
4.24. Obezitenin tanı, tedavi ve izlem sürecinde yer alma durumu ile OÖÖ, EEÖ ve EBÖ ölçek puanları arasındaki korelasyonlar	56

# 1. GİRİŞ

Fazla kiloluluk ve obezite tüm dünyada yaygın olarak görülen, prevalansı hızla artan ciddi bir halk sağlığı sorunu olmasının yanı sıra fiziksel, psikolojik rahatsızlıklar ile sosyal problemleri de beraberinde getirmektedir (1-4).

Obezitenin yol açtığı fiziksel ve psikolojik sorunlar bilinmekle birlikte son 10 yılda sosyal problemlerin ele alındığı araştırmalara ağırlık verilerek vücut ağırlığına ilişkin önyargı sebebiyle obez bireylerin damgalanma ve ayrımcılığa maruz kaldığını gösteren çalışmalar dikkat çekmektedir (5-7).

Birçok alanda karşılaşılan sosyal problemlerin özellikle sağlık alanında yaygın olarak görülmesi ayrıca ele alınması gereken ayrı bir konu olarak tartışılmaktadır (8). Önyargı, “eksik/hatalı bir yargılama süreci sonucunda oluşmuş, bir insan grubuna veya o grubun tekil üyelerine yönelik, genellikle olumsuz bir tutum” olarak tanımlanmaktadır. Önyargılar beraberinde çeşitli ayrımcılıklara neden olabilen tutumlar ve davranışlarla da değerlendirilmektedir (9).

Sağlık alanında ön yargının hakim olduğu bir iletişim sağlıksız iletişimin zemini oluşturmaktadır (10). Sağlık alanındaki yapılan araştırmalar sağlık çalışanlarının yaygın olarak obez bireylere karşı önyargı tutumları sergilediklerini ortaya koymaktadır. Sağlık personelleri tarafından hizmet almak isteyen ve olumsuz davranışlara maruz kalan obez bireyler bu alanda sağlanacak hizmetleri alma konusunda isteksiz davranışları sonucunu getirmektedir. Bu durum obezitesi olan bireylerin tedaviyi erteleme, tedaviden kaçma gibi tepkileri sonucunda obezite ile ilişkili sağlık problemlerinin, dolayısıyla da sağlık harcamalarının artışına neden olmaktadır (11-14).

Sağlık alanında kaliteli bir hizmetin temelini etkili bir iletişim oluşturmaktadır. Sağlık hizmeti almak isteyen bireylere karşı sağlık personelinin göstermiş olduğu olumlu tutum ve davranışlar kaliteli sağlık hizmetinde büyük bir rol oynamaktadır. Bu nedenle sağlık personelinin etkili bir iletişim kurabilmekte önemli olan dinleme, konuşma ve empati becerilerine sahip olması gerekmektedir (10,15-17).

Türk Dil Kurumu'nun “duygu, düşünce veya bilgilerin akla gelebilecek her türlü yolla başkalarına aktarılması” olarak tanımladığı iletişimin temelinde empati yer



almaktadır. Sağlık alışanlarının empatik bir iletişim kurması ile hastalar tarafından algılanan hizmet kalitesinin yükseldiği, memnuniyetin arttığı, hastalardaki tedavi ve bakım kaynaklı anksiyetenin azaldığı ve iyileşme süresinin kısaltıldığı ortaya konmuştur (18-21).

Etkili sağlık hizmetleri sunumunda sağlık çalışanları ile yalnızca hasta değil hasta yakını, iş ortamındaki çalışanlar ve toplumdaki bireyler arasında da güven üzerine kurulu iletişimin önemli bir rolü olduğu bilinmektedir. Sağlık alışanlarının diğer insanlarla iletişiminde empatik becerilerinin de önemi vurgulanmaktadır. Empatik becerilerin güçlendirilmesi ise önyargıların azaltılmasında önemli yer tutmaktadır. Bu alışma, sağlık çalışanlarının obez bireylere karşı tutumlarının değerlendirilmesi amacıyla planlanmış ve yürütölmüştür.

## 2. GENEL BİLGİLER

Tüm dünyada hızla artış gösteren obezite prevalansı, dikkatlerin yalnızca obezite ile ilişkili fiziksel ve psikolojik hastalıklara değil sosyal sorunlara da dikkat çekilmesini gerektirmektedir (3,4).

### 2.1. Obezitenin Tanımı ve Değerlendirilmesi

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından obezite, “sağlığı bozacak ölçüde vücutta aşırı yağ birikmesi” olarak tanımlanmaktadır (22).

Yetişkin bireylerin boy uzunluğuna göre olmaları gereken vücut ağırlığının saptanmasında Beden Kütle İndeksi (BKİ) hesaplaması ve buldukları durumun değerlendirilmesinde de BKİ sınıflandırılması kullanılmaktadır (Tablo 2.1.), (23). Bireyin kilogram olarak vücut ağırlığının metre olarak boy uzunluğunun karesine bölünmesi ( $\text{kg/m}^2$ ) ile elde edilen değer o bireyin BKİ'sini göstermektedir (23,24). Bu sınıflamaya göre BKİ 18.5 altı  $\text{kg/m}^2$  zayıf, 18.50-24.99  $\text{kg/m}^2$  arası normal, 25.00-29.99  $\text{kg/m}^2$  arasında fazla kilolu ve 30 ve üzeri şişman olarak değerlendirilmektedir.

**Tablo 2.1 Yetişkin bireylere göre BKİ sınıflaması**

Sınıflandırma	BKİ ( $\text{kg/m}^2$ )
	<b>Temel Kesişim Noktaları</b>
<b>Zayıf(düşük ağırlıklı)</b>	<b>&lt;18.50</b>
Aşırı düzeyde zayıflık	<16.00
Orta düzeyde zayıflık	16.00-16.99
Hafif düzeyde zayıflık	17.00-18.49
<b>Normal</b>	<b>18.50-24.99</b>
<b>Toplu, hafif şişman, fazla kilolu</b>	<b>25.00-29.99</b>
<b>Şişman (Obez)</b>	<b><math>\geq 30,00</math></b>
Şişman I. Derece	30.00 - 34.99
Şişman II. Derece	35.00 - 39.99
Şişman III. Derece (Morbid Obez)	$\geq 40.00$

Klinik uygulamalarda obezitenin tanı ve tipinin belirlenmesi için BKİ hesaplanması ile bel çevresi ölçümleri kullanılmaktadır (24). Dünya Sağlık Örgütü

sınıflandırmasına göre bel çevresinin erkeklerde  $\geq 102$  cm ve kadınlarda  $\geq 88$  cm olması yüksek risk olarak değerlendirilmektedir (Tablo 2.2), (25).

**Tablo 2.2. Yetişkinlerde bel çevresi ölçümlerine göre risk değerlendirilmesi**

Cinsiyet	Normal (cm)	Risk (cm)	Yüksek risk (cm)
Erkek	<94	$\geq 94$	$\geq 102$
Kadın	<80	$\geq 80$	$\geq 88$

## 2.2. Obezitenin Prevalansı

Obezite dünya çapında yaygın bir halk sağlığı sorunudur. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre 1975 yılından bu yana obezitenin dünya çapında neredeyse 3 katına yükseldiği, 2016 verilerine göre dünya nüfusunda 18 yaş ve üzeri yetişkinlerin yaklaşık %13'ünün (erkeklerde %11, kadınlarda %15) obez/şişman olduğu bildirilmiştir (22).

Türkiye'de de obezite prevalansında gözle görülür bir artış olduğu yapılan araştırmalarla saptanmıştır. Türkiye Diyabet, Obezite ve Hipertansiyon Epidemiyolojisi Araştırması-I (TURDEP)'de 1997-1998 yılları arasında toplam 24.788 kişi taranarak elde edilen verilere göre obezite/şişmanlık prevalansının kadınlarda %30, erkeklerde %13, toplamda %22,3 olduğu bildirilmiştir (26). TURDEP-I'den 12 yıl sonra yapılan TURDEP-II çalışmasında ise 20 yaş üzerinde 26.499 kişi taranarak araştırma verileri değerlendirildiğinde obezite/şişmanlık prevalansının kadınlarda %44, erkeklerde ise %27 olarak bulunmuş ve 12 yıllık geçen sürede obezite/şişmanlık prevalansında ciddi artış olduğu bildirilmiştir (kadınlarda %34, erkeklerde ise %107) (27). T.C. Sağlık Bakanlığı'nın ülke genelinde yapmış olduğu Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA-2010) verilerine 19 yaş ve üzeri bireylerde obezite/şişmanlık prevalansı kadınlarda % 41, erkeklerde %20,5 ve toplamda % 30.3 olarak tespit edilmiştir (28). T.C. Sağlık Bakanlığı ve DSÖ işbirliğinde yapılan Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Risk Faktörleri Sürveyans Çalışması (STEPS) 2017 verilerine göre Türkiye'de 15 yaş üzeri bireylerde obezite/şişmanlık prevalansı kadınlarda % 34.8 erkeklerde %21.2 ve toplamda % 30.0 olarak bildirilmiştir (29).

### **2.3. Obezitenin Nedenleri**

Günümüzde fazla kiloluluk ve obezitenin gelişimindeki temel sebep enerji alımı ve harcanması arasındaki dengesizlik olarak açıklanmaktadır. Fazla kiloluluk ve obezite nedeni olarak tüm dünyada yüksek yağ ve enerji yoğunluğuna sahip besinlerin tüketiminin artması, fiziksel inaktivitenin ve sedentar çalışma şekillerinin benimsenmesi, ulaşım şekillerinin değişmesi ve kentleşmenin artması gösterilmektedir.

Bireylerin besin seçimi ve tüketimini ifade eden beslenme örüntüsü ve fiziksel aktive düzeyi/durumu sıklıkla tarım, ulaşım, kent planlaması, çevre, sağlık, gıda üretimi, dağıtım ve pazarlaması sosyoekonomik düzey ve sağlık eğitimi alanındaki destekleyici politikaların yetersizliği ile çevresel ve toplumsal gelişmeyle ilişkili değişikliklerin etkileşimi sonucunda oluşmaktadır (22).

Obeziteye sadece dengesiz beslenme ve inaktif yaşam değil aynı zamanda endokrin hastalıklar, obezite ile seyirli genetik hastalıklar ve bazı ilaçlar da neden olabilmektedir (24,30,31).

### **2.4. Obezitenin Neden Olduğu Sorunlar**

Obezite; nedenleri ve sonuçları itibarı ile sağlık, ekonomi ve birey ile toplumun birbirleri arasında etkileşim içerisinde oldukları çok yönlü bir sorunlar zinciri olarak düşünülmektedir.

#### **2.4.1. Sağlık sorunları**

Küresel ölüm nedenlerine bakıldığında bulaşıcı olmayan hastalıklar (BOH) ölüm nedenleri arasında ilk sırada yer almaktadır (32).

Dünya Sağlık Örgütü, küresel ölümlerin %70'inin temel nedeni olarak Bulaşıcı Olmayan Hastalıkları göstermektedir. Her yıl BOH 40 milyon insanın ölümüne neden olurken bunların 17.7 milyonu kardiyovasküler hastalıklar, 8.8 milyonu kanserler, 3.9 milyonunu solunum yolu hastalıkları ve 1.6 milyonunu diyabet olarak belirlenmiştir. Kardiyovasküler hastalıklar, kanserler, solunum yolu hastalıkları ve diyabet BOH'da

ilk dört sırada yer almaktadır ve erken ölümlerin %80'inden fazlasından sorumludurlar.

BOH riskinin artmasına katkıda bulunan dört temel metabolik risk faktörleri arasında yükselmiş kan basıncı, fazla kiloluluk ve obezite/şişmanlık, hiperglisemi ve hiperlipidemi yer almaktadır (33). Dünyadaki hastalık yükü ve ölümlerin önemli kısmından sağlıksız beslenme, fiziksel aktivite ve obezite sorumlu tutulmaktadır (34).

Obezite tedavi edilmediğinde komplikasyonları sebebi ile vücudu olumsuz etkileyen kronik bir hastalık olarak tanımlanmaktadır. Özellikle fazla kiloluktan başlayarak obezite derecesinin artması ile ortaya çıkan başta metabolik ve kardiyovasküler hastalıklar ile bunlara bağlı meydana gelen komplikasyonların görülme sıklığı ve şiddeti artmaktadır (24).

Yalnızca hastalıkların nedeni değil, kendi başına da bir hastalık olarak kabul edilen obezite ile ilgili sağlık harcamalarının çoğu obezitenin neden olduğu sağlık sorunlarından kaynaklanmaktadır. Bu harcamalar sadece fizyolojik sorunlar sebebiyle değil, aynı zamanda psikolojik ve sosyal sorunlarla da ilintilidir (35-37).

#### **2.4.1.1. Fizyolojik sorunlar**

Obezitenin neden olduğu fizyolojik sorunlar kardiyovasküler sistem, solunum sistemi, sindirim sistemi, genitoüriner sistem, nörolojik ve deri hastalıkları ile kanser (özellikle hormona özgü), metabolik ve hormonal komplikasyonlar ve cerrahi komplikasyonlardır (24,38,39).

Tüm dünyada BOH'lerin ölüm sebeplerine bakıldığında kardiyovasküler sistem hastalıkları başı çekmektedir ve obezitenin neden olduğu fizyolojik sorunların arasında yer almaktadır (40).

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) Ölüm Nedeni İstatistikleri 2017 verilerine göre dolaşım sistemi hastalıkları (%39,7), iyi ve kötü huylu tümörler (%19,6), solunum sistemi hastalıkları (%12) ölüm nedenleri raporunda ilk üç sırada yer almaktadır. Dolaşım sistemi hastalıkları sebebiyle gerçekleşen ölüm sebeplerinin ilk sırasında dünya ile paralel olarak iskemik kalp hastalığı (%39,7) yer almaktadır (41).

Obezite hastalığı ile ilintili olarak ortaya çıkan kronik hastalıklar sebebiyle bireylerin yaşam kaliteleri azalmakta ve vücut fonksiyonları olumsuz yönde

etkilenmektedir (42). Türkiye’de T.C. Sağlık Bakanlığı ve DSÖ tarafından bulaşıcı olmayan hastalıklarla mücadele ve sağlık politikaları çerçevesinde obezite öncelikli olarak ele alınmakta olup, önlenmesi ve tedavisi amacıyla stratejik planlamalar yapılmaktadır (4,43).

#### **2.4.1.2. Psikolojik sorunlar**

Vücut ağırlığı fazla olan bireyler çeşitli fiziksel sorunların yanı sıra, özellikle toplumun sergilediği olumsuz tutumlardan kaynaklanan psikolojik ve sosyolojik sorunlarla da mücadele etmektedirler (44-46). Yapılan çalışmalar başta depresyon olmak üzere birçok psikolojik sorun ve psikiyatrik hastalık ile obezite arasında pozitif ilişki olduğu göstermektedir (44-47).

Fazla kilolu ya da obezite/şişmanlığı olan bireylerin vücut imgeleri nedeniyle toplumda damgalama ve ayrımcılığa maruz bırakılmaları bu bireylerde bazı psikolojik sorunların oluşmasına zemin hazırlamaktadır. Bu sorunların arasında azalmış benlik saygısı, duygu durum bozuklukları, motivasyon sorunları, yeme bozuklukları, beden imgesi algı bozukluğu ve bireyler arası iletişim problemleri yer almakta ve bu sorunlar nedeniyle bireylerin yaşam kalitesinde azalma meydana gelmektedir (38,47).

#### **2.4.1.3. Ekonomik sorunlar**

Amerika’da 2008’de obezite ile ilişkili hastalıkların tedavi maliyetleri 147 milyar \$ (48). 2002-2005’de çocukluk çağı obezitesi ayakta bakım hizmeti maliyeti 14,1 milyar \$ ve 2002-2005’de çocukluk çağı obezitesi yatarak bakım hizmeti maliyeti 237,6 milyar \$ olduğu rapor edilmiştir (49).

Vellinga ve ark. (2008) tarafından obezite ile ilişkili hastalıklarda kalış süresi ve maliyet tahmini ile ilgili 1997-2004 yılları arasında İrlanda’da yaptıkları çalışmada acil servis benzeri kısa süreli yatış verilen hastaneler veya servislerden 6-18 yaş arası çocuk ve yetişkinler için obezite ile ilişkili birincil veya ikincil tanı kodlarının toplandığı araştırmada verilen 1000 günlük hastane tedavisi başına obezite ilişkili koşulların bakım gün sayısı 6-17 yaş arası çocuklarda 1997 yılında 1,7 gün iken 2004 yılında 4,16 güne, erişkinlerde ise 1997 yılında 3,68 gün iken 2004 yılında 6,74 güne

yükseldiği bildirilmiştir. Ayrıca verilen 1000 günlük hastane tedavisi başına obezite ilişkili koşullarda bakım gün sayısının toplam masraflarına bakıldığında (sabit+değişken) 1997 yılında 4,4 milyon € iken 2004 yılında 13,3 milyon €'ya, %20 oranındaki değişken masrafların ise 1997 yılında 0,9 milyon milyon € iken 2004 yılında 3 katına çıkarak 2,7 milyon €'ya yükseldiği bulunmuştur. Bu durum yıllara göre bakıldığında hem hastanede kalış süresinin hem de hastane masraflarının artığını göstermektedir (50).

Finkelstein ve ark. (2009) tarafından yapılan çalışmaya göre normal vücut ağırlığına sahip bireylere kıyasla obezitesi olan bireylerin sağlık harcamaları %41.5 daha fazla olmaktadır (48). Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD) 2014 verilerine göre obezitenin birçok ülkede toplam sağlık harcamalarının %1 ila %3'ünden, Amerika Birleşik Devletlerinde ise %5 ila %10'unda sorumlu olduğu ve obezite ile ilişkili hastalıkların artması ile bu oranın önümüzdeki yıllarda hızla artacağı tahmin edilmektedir (51).

Türkiye'de obezitenin ekonomik maliyetlerine ilişkin yeterli veri bulunmamaktadır. Sağlık Teknolojileri Değerlendirme Raporuna göre 2004'te Türkiye'de obezite ile ilişkili sağlık problemlerinin ekonomik maliyeti 4,5 milyar \$ iken 2012'de 13,6 milyar \$'a çıkmıştır. Bu maliyet 2004 yılında GSYİH'nin %1,16'sı iken 2012'de bu oran %1,73'e yükselmiştir. (52)

Obezite işgücünü azaltmakta ve sağlık maliyetlerini arttırmaktadır. Bu nedenle obezite ile etkin şekilde mücadele etmek için ülke politikaları önem kazanmaktadır (53).

#### **2.4.1.4. Sosyal sorunlar**

Obezite, ile ilişkili pek çok hastalık fizyolojik, klinik ve psikolojik yönleri ile araştırmacılar tarafından yoğun olarak çalışılmış olmakla beraber obezite ve neden olduğu sosyal sorunlar yeterince ele alınmamıştır (47,54,55).

Özellikle batı toplumlarında zayıflık kavramı beğeni toplarken, toplum üyelerinin obeziteye karşı ciddi derecede önyargılı ayırıcı ve damgalayıcı davranışları da sosyal sorunları beraberinde getirmektedir. Obez bireylerin karşılaştığı sosyal sorunlar arasında önyargı, ayrımcılık, damgalama, alay, sosyal önyargı, kabul

edilmeme, aşığılama yer almaktadır (38). Özellikle önyargı ve ayrımcılık obez bireylerin karşılaştığı sosyal sorunlar arasında oldukça yaygın olarak karşımıza çıkmaktadır (47,56,57).

## 2.5. Obezite Önyargısı

Önyargı, “eksik/hatalı bir yargılama süreci sonucunda oluşmuş, bir insan grubuna veya o grubun tekil üyelerine yönelik, genellikle olumsuz bir tutum” olarak tanımlanmaktadır. Ayrımcılık ise, “zihinsel bir olgu olan tutumdan farklı olarak gözlemlenebilir davranışlar olarak bir insana ya da insan grubuna, belli bir özelliğı nedeniyle eşitsiz/farklı muamele yapılması” olarak ifade edilmektedir (58).

Ağırlık önyargısı “fazla kilolu ve obez bireylere ilişkin olumsuz tutum ve kalıp yargılara yol açan şişmanlığa karşı bir patolojik korku durumu” olarak tanımlanan şişman fobisidir (3). Ağırlık önyargısı açık önyargı ve örtük önyargı olmak üzere ikiye ayrılmaktadır.

Açık önyargı: Ayrımcılık ve sosyal gruba karşı önyargı olarak kendini gösteren bilinçli olumsuz tutumları ifade etmektedir.

Örtük önyargı: Bilinçsizce gösterilen olumsuz tutumları ifade etmektedir (59).

Örtük tutumlarda etkili olan faktörler; deneyimler ve sosyalleşme, kişisel tutum objeleri ve kültürel değerlendirmeler olarak üç başlık altına toplanmaktadır. Bu faktörlerin açık ve örtük tutumların oluşumunda etkili olabileceğı ifade edilmektedir. Özellikle bireylerin farkında olmadan gösterdikleri tepkilerin daha güçlü bir etkiye sahip olduğu belirtilmiştir (60).

Greenwald ve Banaji (1995) örtük tutumların bireylerin geçmişte sahip oldukları deneyimlere dayandığını ve geçen zamanla birlikte daha da kuvvetlenerek değiştirilmesi zor bir hal aldığını ifade etmektedirler (61).

Örtük tutumların değerlendirilmesine yönelik Greenwald ve arkadaşları (1998) tarafından geliştirilen Örtük Çağrışım Testi (ÖÇT) (Implicit Association Test- IAT) tepki hızına dayalı bir test olarak kullanılmaktadır (62). Bu testin bireylerin ağırlık önyargılarını saptamaya yönelik sürümü Ağırlık Örtük Çağrışım Testi (Weight Implicit Association Test) olarak adlandırılmakta ve bireylerin ağırlık önyargısına



yönelik örtük tutumların değerlendirilmesi amacıyla yaygın olarak kullanılmaktadır (63-66).

Obezite veya obezitesi olan bireylere önyargısı olmadığını bildiren bireylerin sahip oldukları örtük tutumlar nedeniyle obezitesi olan bireylere yönelik negatif tutum ve fikir geliştirdikleri bildirilmiştir (6). Toplumda da obez bireylere karşı önyargılı olumsuz tutum ve davranışlar günlük yaşamda sıklıkla karşımıza çıkmaktadır. Bu olumsuz tutum ve kalıp yargılar içerisinde fazla kilolu ve obez/şişman insanların disiplinsiz, inaktif, başarısız, zayıf iradeli, değersiz, tuhaf ve zeki olmadıkları gibi görüşler yaygın olarak yer almaktadır (11).

Obezitesi olan bireylerin önemli kısmında düşük benlik saygısı, düşük beden saygısı, depresyon vb. psikolojik rahatsızlıklar, kendini yalnız hissetme ve değersizlik duyguları, diyetle uyumsuzluk, fiziksel aktiviteden kaçınma, stres kaynaklı patofizyoloji ve tıbbi bakımdan kaçınma durumları ağırlık önyargısı ve damgalama ile ilişkilendirilmektedir (67). Yapılan çalışmalarda fazla kilolu ve obez bireylere karşı açık ayrımcılık eğitim, istihdam ve sağlık olmak üzere üç temel alanda ele alınmış, bu kişilere karşı olumsuz tutumlar ve kalıp yargılar sıklıkla işverenler, iş arkadaşları, öğretmenler, doktorlar, hemşireler, tıp öğrencileri, diyetisyenler, psikologlar, eş, arkadaş ve aile üyeleri tarafından yapıldığı rapor edilmiştir (11,38,59,68).

### **2.5.1. Eğitim alanında obezite önyargısı**

Ağırlık önyargısı bireyin çocukluğundan itibaren, okul öncesi dönemlerinde başlamaktadır. Altı yaşındaki bir çocuğun, fazla kilolu akranı hakkındaki görüşünü tembel, kirli, aptal, çirkin olarak değerlendirmesi ağırlık önyargısının okul çağı öncesine dayandığını göstermektedir (69).

Bu konu ile ilgili literatürde, ağırlık önyargısı sebebiyle damgalamanın olumsuz sonuçlarını ortaya koyan güçlü kanıtlar bulunmaktadır. Yapılan çalışmalarda obezitesi olan çocuklar ve adolesanların birçok psikososyal sorunla ilişkili olarak akranları tarafında alay edilme deneyimiyle karşı karşıya kaldıkları saptanmıştır (70-72).

Okul çağındaki çocuklar arasında vücut ağırlığı sebebiyle alay edilme durumunun yaygın olarak görüldüğü, fazla kiloluk ve şişmanlık sebebiyle okul

çağındaki çocukların %63'ünün zorbalığa uğradıkları bildirilmiştir (67,71). Zorbalığın nedenleri ile ilgili algıların araştırıldığı bir çalışmaya ilköğretim okulu 4-8. sınıfta okuyan toplam 688 öğrencisi katılmış ve her iki cinsiyette de aşırı kilolulu olmanın zorbalığa maruz kalma nedenleri arasında ilk üç arasında yer aldığı görülmüştür (73).

Eisenberg (2003) tarafından 31 ortaokul ve lisenin 7-12. sınıflarında okuyan 4746 ergenin katılımı ile gerçekleştirilen Gençlerde Yeme Projesi (Eating Among Teens [EAT]) çalışmasında gençlerin aileleri ve/veya kendi akranları tarafından vücut ağırlıkları nedeniyle alay edilme durumları araştırılmıştır. Bu araştırmaya göre kız öğrencilerin %30'u, erkek öğrencilerin ise %24.7'si akranları tarafından; yine kız öğrencilerin %28.7'si, erkek öğrencilerin ise %16.1'inin aileleri tarafından vücut ağırlıklarına yönelik alaya maruz kaldıkları belirtilmiştir (74).

Benzer bir çalışmada Zuba ve Warschburger (2017) tarafından yapılmış 7-11 yaş 546 kız ve 501 erkek ve ailelerine anket uygulanarak elde edilen veriler, kız öğrencilerin erkek öğrencilere kıyasla daha fazla alaya maruz kaldıklarını ortaya koymuştur (71). Özellikle çocuklar ve gençler akranları, arkadaşları ve aileleri tarafından vücut ağırlıkları nedeniyle zorbalıklara maruz bırakılmakta ve mağdur edilmektedirler (67). Bu durumla karşı karşıya kalan çocuk ve gençlerde beden memnuniyetsizliği, agresif davranış, düşük benlik saygısı, depresyon, intihar düşüncesi gibi birçok psikososyal sorun görülebilmektedir (71,73,75).

Önyargı, ayrımcılık ve negatif tutumların okul öncesi dönemden başlayarak yaşla beraber artabilmesinin yanı sıra öğretmenlerin de aşırı kilolu öğrencileri düzensiz, aşırı duygusal, işinde başarılı olma olasılığı düşük ve normal kilolu akranlarına kıyasla daha fazla aile problemi yaşadığına inandıkları çalışmalarla gösterilmiştir (47,57,76).

### **2.5.2. İstihdam alanında obezite önyargısı**

Çalışma hayatında obez bireylerin ağırlık önyargısı ve baskısı ile karşılaştıkları, benzer nitelikli ancak normal ağırlığa sahip diğer adaylara göre işe alınma olasılıklarının çok daha düşük olduğu bildirilmiştir (47,77,78).

Fazla kilolu ve obez bireylerin %54'ü vücut ağırlıkları nedeniyle çalışma ortamında iş arkadaşları tarafından damgalandığını beyan etmişlerdir (67). Flint ve

ark. (2016) tarafından 181 katılımcının işe uygunluğu ile ilgili yapılan araştırmada obez bireylerin normal vücut ağırlığına sahip olan bireylere göre işe alımda ayrımcılığa maruz kaldıkları görülmektedir. Ayrıca fiziksel özelliklerin daha önemli olduğu iş pozisyonları için cinsiyetin ve ağırlık durumunun ayrımcılığa daha fazla neden olduğu belirtilmektedir (79).

Benzer nitelikteki işlere aday olan bireylerin başvuruları değerlendirildiğinde obezite/şişmanlığı olan bireylerin doğrudan ya da dolaylı olarak diğer başvuru sahiplerine göre olumsuz değerlendirildiği ve işe alımlarının düşük olduğu bildirilmiştir (57,80).

Çalışmalar, obezitesi olan bireylerin normal vücut ağırlığına sahip olanlara göre daha düşük ücretlere sahip olduklarını, obezitesi olan çalışanların diğerlerine kıyasla %0.7 ile %6.3 arasında daha az maaş almakta olduklarını; obezitesi olan kadınların %4,5, erkeklerin ise %2 oranında daha az maaş aldıklarını ortaya koymuştur (81-83).

Amerika Birleşik Devletleri Çalışma Bakanlığı Çalışma İstatistikleri Bürosu Newyork Bölge Ofisi çalışma verilerine göre; vücut kütle indeksi 28.4 olan kadınların beden kütle indeksi 21 olan kadınlara göre çalışma saati başına 1987’de 0.36\$, 2000 yılından 0.64\$ ve 2004 yılında ise 0.75\$ daha az ücret aldıkları rapor edilmiştir (84).

### **2.5.3. Sağlık alanında obezite önyargısı**

Sağlık hizmetleri alanında obezite önyargısı üzerine yapılan az sayıdaki çalışma sonucunda obezite önyargısının sağlık çalışanları arasında da azımsanmayacak düzeyde olduğu, saptanmıştır. Sağlık çalışanları arasında rapor edilen yaygın kalıp yargılar arasında obezitesi olan hastaların, tembel, iradesiz, tedaviye uyumsuz, başarısız, akılsız ve sahtekâr olduklarına yönelik tutumları olduğu ifade edilmiştir (11,85,86).

Farklı disiplinlerde çalışan sağlık profesyonellerinin ve sağlık öğrencilerinin (doktor, hemşire, diyetisyen, fizyoterapist, obezitede uzmanlaşmış sağlık çalışanları, sağlık personelleri, tıp ve diş hekimliği öğrencileri, sağlık bilimi öğrencileri) obez bireylere karşı önyargı, ayrımcılık, damgalama ve negatif tutum, inanç ve davranışları çalışmalarla göstermektedir (3,47,87,88).

Sağlık kuruluşlarından hizmet almak için başvuruda bulunan obezitesi olan bireylerin %69'unun sağlık profesyonelleri tarafından damgalandığı belirtilmektedir (67). Fazla kilolu ve obezitesi olan bireyler sağlık profesyonelleri tarafından diğer bireylere sağlanan hizmetlerle eşdeğer hizmete ihtiyaç duymaktadırlar. Ancak toplumsal ve sağlık alanındaki önyargılar bu bireylerin sağlık bakımından faydalanmaları için engel oluşturmaktadır (89).

Damgalamanın etkileri uzun ve kısa vadeli olabilmektedir. Özellikle aşırı obezitesi olan bireylerin hizmet sağlayıcıların tutumları sebebiyle önemli koruyucu sağlık hizmetlerini almaktan kaçınma, randevuları ve görüşmeleri geciktirme ve/veya iptal etme olasılıklarının daha fazla olduğu ifade edilmektedir. Bu kişilerin hizmet almama nedenleri arasında sağlık çalışanları tarafından saygısız ve olumsuz tutumlar ve istenmeyen tavsiyeler olduğu belirtilmektedir (85,90).

Sağlık çalışanları da fazla kilosu ve obezitesi olan bireylerin başvuruları esnasında daha az duygusal ilişki kurduklarını ve bu durumun iletişimi, dolayısıyla tedavi sürecini olumsuz yönde etkilediğini ifade etmektedirler (91). Yapılan bir çalışmada 318 aile hekiminin inançları, tutumları ve obeziteye yönelik uygulamaları araştırılmış, hekimlerinin 2/3'si obezitesi olan hastaların kendini kontrol etme yeteneğinden yoksun, %39'u ise bu hastaların tembel olduğunu beyan etmişlerdir (92). Başka bir çalışmada ise hekimlerin fazla kilolu olan bireyler için daha fazla tetkik yapmaları gerektiğini belirtmelerine rağmen bu hastalara daha az zaman harcadıkları bulunmuştur. Aynı çalışmada hekimlerin %42'sinin hastalarıyla kilo kaybı konusunda tartıştıklarını ve bu bireyleri beslenme danışmanlığı almaları noktasında da daha az yönlendirdikleri görülmüştür (93). Foster ve ark. (2003)'ün yapmış olduğu çalışma sonuçları da birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev yapan hekimlerin %50'sinden fazlasının obezitesi olan hastaları garip, itici ve uyumsuz bulduklarını göstermiştir (94).

Hemşirelerin tutumlarına ilişkin yapılan bir çalışmada obezitesi olan bireylere karşı hemşirelerin olumsuz tutum sergilediğini ortaya koymaktadır. Hemşirelerin bu hastalara yönelik tembellik, uyumsuzluk ve öz kontrol eksikliği olan ortak ağırlık temelli kalıplaşmış düşüncelerini yansıtan önyargılarını ifade ettikleri bildirilmiştir (95). Brown ve Thompson (2007) tarafından 2006 yılında İngiltere'de farklı vücut ölçülerine sahip 15 temel bakım hemşiresi ile nitel görüşmeler yapılmış

ve BKİ'si düşük olan hemşirelerin, BKİ'si yüksek olan hemşirelere göre obezitesi olan bireylere karşı daha olumsuz tutum sergiledikleri bulunmuştur (96). Yine 107 hemşirenin katılımı ile gerçekleştirilen başka bir çalışmada ise hemşirelerin %12'sinin obezitesi olan hastalara temas etmeyi tercih etmedikleri görülmüştür (92).

Oberrieder ve ark. (1995) 234 kayıtlı diyetisyen ve 118 diyetetik öğrenci ile yapmış olduğu çalışmada her iki grupta da obeziteye yönelik negatif yönde tutumlar olduğu ve normal vücut ağırlığına sahip diyetisyenlerde negatif tutumun daha fazla olduğu bildirilmiştir (97). McArthur ve Ross (1997)'un yapmış olduğu araştırmada ise Amerika Diyetisyenler Akademisi'ne kayıtlı olup fazla kilolu bireylere hizmet veren 596 diyetisyene kendileri ve kendilerinden hizmet alan kişilerle ilgili tutumlarının yer aldığı anket uygulanmıştır. Araştırma sonuçları fizik tedavi uzmanları ve hemşirelerin aşırı kilosu olan bireylere karşı olumsuz tutumlarının aksine diyetisyenlerin bu bireylere karşı olumlu olduğu görülmüştür. Bu sonuç, diyetisyenlerin eğitimleri boyunca aldıkları obezite nedenleri ve düzeltme yollarını bilmeleri, ayrıca hastalara daha az fiziksel temas etmelerinden kaynaklığına bağlanmıştır (98).

Setchell ve ark. (2014) tarafından Avusturalyalı 265 fizyoterapist ile yapılan kesitsel çalışmada fizyoterapistlerin de diğer sağlık profesyonelleri ile uyumlu ağırlık damgalaması gösterdikleri ortaya konulmuştur (99).

Kaminsky ve ark. (2002) tarafından yapılan çalışmada 200 bariatrik cerrahi hastasına ameliyat döneminde sağlık hizmeti veren hekim ve hastane personelinin ayakta ve yatarak tedavi görülen alanlar ile hastane içi hasta bakım alanlarındaki tutumları ve ekipmanların uygunluğu sorulmuş; hastaların operasyon sonrasında tedavi ile ilgili olan ve olmayan hastane personeli tarafından yanlış anlaşıldıkları ve yanlış davranışlara maruz kaldıkları tespit edilmiştir. Bu durumun diğer önyargılar gibi morbid obezitesi olan hastalara karşı da anlayış eksikliğinden kaynaklandığı sonucuna varılmıştır (100).

Birçok alanda ağırlık önyargısı, damgalanma ve olumsuz tutumlara maruz kalan bu bireylerin sağlık hizmeti almak için başvurdukları sağlık profesyonelleri tarafından da benzer şekilde maruz kalmaları endişe vermektedir (101). Yapılan çalışmalarda da bu bireylerin olumsuz tutum ve davranışlarla karşı karşıya kalma kaygıları nedeniyle sağlık hizmeti almayı geciktirdikleri belirtilmiştir (3,85). Bu

nedenle ertelenen sağlık problemlerinin artması bu bireylerin tedavileri için ayrılacak harcamaların da zaman içerisinde artmasına neden olacaktır (3).

Küresel olarak obezitenin hızlı artışı sebebiyle sağlık profesyonellerinin obezitesi olan hastalarla kurdukları iletişimin önemi vurgulanmaktadır (102). Ayrımcılık ve aldırış etmeme davranışlarının olumlu yönde geliştirilmesi için hastanede çalışan hekim ve sağlık personelinin eğitilmesi büyük önem taşımaktadır (100). Sağlık alanında ağırlık önyargısının azaltılmasına yönelik yapılan her türlü çalışma beraberinde olumlu sonuçlar getirmektedir (3).

### **2.5.3.1. Sağlık alanında ağırlık önyargısını azaltmaya yönelik müdahaleler**

Toplumsal bir sorun haline gelen ağırlık önyargısına DSÖ raporunda detaylı yer verilmekte ve sağlık alanındaki önyargı düzeyinin yüksek olduğuna dikkat çekilmektedir (67).

Mesleki yaşama başlamadan, henüz öğrencilik yıllarındayken eğitim programları içerisinde obezite önyargısını önleme çalışmalarının yer alması gerekmektedir. Bu çalışmaların iletişim becerilerini güçlendirecek, empati becerisini arttıracak, problem çözmeye dayalı, uygulamalı ve tüm öğrencilerin katılımı ile gerçekleştirilecek biçimde oluşturulması sağlanmalıdır (3,103-106).

## **2.6. Empati Tanımı ve Tarihiçesi**

Empati “bir kişinin kendini karşısındaki kişinin yerine koyarak duygu ve düşüncelerini onun bakış açısı ile anlaması, hissetmesi ve bu durumu ona iletmesi süreci” olarak tanımlanmaktadır (107). Başka bir ifade ile bireylerin, diğer bireylerin de duygularının farkında olunması ve duygusal deneyimlerine ortak olunmasıdır (108). Türk Dil Kurumu empati “kelimesini kişinin kendisini başka bir bilincin yerine koyarak söz konusu bilincin duygularını, isteklerini ve düşüncelerini, denemeksizin anlayabilmesi becerisi” olarak tanımlamakta ve empati kelimesinin eş anlamlısı olarak “duygudaşlık” kelimesini kabul etmektedir (109).

Empati kelimesinin literatürdeki en eski karşılıkları Yunanca ve Almanca dillerinde görülmektedir. Yunancadaki kullanımı “em” içinde ve “patheia” hissetme

eklerinin bir araya gelmesi oluşan “empathia” kelimesidir (110). Almancada ise “Einführung” olarak kullanılan empati kelimesi Estetik tarihi ve Psikoloji alanlarında yapılan çalışmalarda kullanılmaktadır (110,111).

Psikoloji alanında “Einführung” kelimesini ilk kez kullanan Lipss empatiyi “bir insanın kendisini karşısındaki bir nesneye (örneğin bir sanat eseri) yansıtması, kendini onun içinde hissetmesi ve bu yolla o nesneyi içine alarak özümseyerek anlaması süreci” olarak tanımlamaktadır (107). Empati kelimesi İngilizcede 1909 yılında İngiliz Psikolog Edwin Titchener tarafından “kendini hissetme” manasına karşılık gelecek şekilde “empathy” olarak tercüme edilerek bir olaya veya objeye içine girerek hissetmek anlamında kullanıldığı görülmektedir (112-114).

Psikoloji alanının tarihsel sürecinde empati kavramının üç aşamada evrildiği bilinmektedir. Empati 1950’lilerin sonuna kadar bilişsel nitelikli bir kavram olarak ele alınmakta, bir kişinin karşısındaki kişiyi tanıyarak kendini o kişi yerine koyması, özellikleri hakkında bilgi sahibi olması şeklinde açıklanmaktadır. Altmışlı yıllarda ise duygusal yönünün varlığına vurgu yapılarak bilişsel yönün tek başına yeterli olmadığı ve asıl olanın empati kuran kişinin karşısındaki kişinin hissettiği duyguları birebir hissetmesi şeklinde açıklanmaktadır. Yetmişli yıllarda ise empati bir kişinin duygusunu anlama ve bu duyguya uygun karşılık verme olarak tanımlanmaktadır (115).

Günümüzde çoğunluğun kabul gördüğü empati tanımına son şeklini veren kişi, psikoterapi alanında empati kurma becerisi ile takdir toplamış Carl Rogers olmuştur (107). Rogers (116) 1970’li yıllarda empati kavramını “Bir kişinin kendisini karşısındaki kişinin yerine koyması, karşısındaki kişinin algısal dünyasına girerek o anda hissettiği duygu ve düşünceleri özümsemesi, karşısındaki kişiyi doğru anlaması ve bu durumu ona iletmesi süreci” olarak tanımlamaktadır.

Bu tanıma göre empati üç temel ögenin bir araya gelmesi ile oluşmaktadır.

1. Empati kurmayı isteyen bireyin kendini karşısındaki birey yerine koyması, yaşanan olaylara onun bakış açısıyla bakması ve girmiş olduğu rolde kısa bir süre kalarak kendi yerine geçmesi gerekmektedir. Tam tersi bir durumun varlığında empatinin kurulmuş olduğunu kabul etmek mümkün değildir.
2. Empatinin kurulması için kişilerin duygu ve düşüncelerini bir arada doğru algılamak gerekmektedir. Bilişsel ve duygusal empatinin yüksek olması

bireylerin farkındalıklarının artmasını ve kurulan iletişimin sağlıklı olmasını sağlamaktadır.

3. Empatiyi kuran kişinin zihninde oluşan empatik anlayışın empati kurduğu kişiye iletmesi davranışıdır. Empati kurduğumuz kişinin duygu ve düşüncelerini her ne kadar anlasak bile kendine ifade etmemiz gerekmektedir. Aksi takdirde empati kurma süreci tamamlanmış sayılmamaktadır (107,117-119).

Empatinin bilişsel ya da duygusal bileşenlerden oluştuğu ifade edilse de günümüzde en çok kabul edilen kavram empatinin bilişsel ve duygusal bileşenli çok boyutlu bir yapısının olduğudur (110,120,121).

## **2.7. Empatik Eğilim**

Empatik eğilim (EE), empatinin duygusal boyutu olup kişilerin empati yapabilme potansiyellerini ortaya çıkarmaktadır (122-124).

Bireylerin hayatları boyunca bir miktar geliştirebildiği empatik eğilimin doğuştan gelen bir özellik olduğu ve kişiliğin bir parçası olduğu kabul edilmektedir (125,126). Bireylerin kişiliklerinin değiştirilmesinin güç olduğu gerçeği göz önüne alındığında ancak uzun süreli eğitim programları ile bireylerin empatik eğilimlerinin geliştirdiği kabul edilmektedir (127).

## **2.8. Empatik Beceri**

Empatik beceri (EB) kişilerin empati kurma durumunu ifade etmektedir ve bilişsel boyuttan daha çok duygusal boyutları içermektedir (122,123). Empati becerisi bireylerin gündelik yaşantılarında empatik iletişim sağlamaları ve empati eğilimde bulunabilmeleri için gerekmektedir (126).

## **2.9. Empatinin Sınıflandırılması**

Dökmen (107) tarafından oluşturulan aşamalı empati sınıflandırması üç basamaktan oluşmaktadır. Bu basamaklar onlar basamağı, ben basamağı ve sen



basamağı olmak üzere her biri iki alt basamaktan oluşmaktadır. Bunlar “Düşünce ve “Duygu” basamaklarıdır.

## **2.10. Empati Kavramı ile Karıştırılan Kavramlar**

Literatürde empati ile karıştırılan kavramlar tarandığında karşımıza sempati, sezgi, özdeşim (özdeşleşme), içtenlik ve acıma kavramları sıklıkla karşımıza çıkmaktadır. Her bir kavram kendi içinde farklı anlamlar ve tanımlar içerse de empati kavramının tanımına karşılık gelmemektedir (107,117-119,128).

## **2.11. İletişimde Empatinin Önemi**

Türk Dil Kurumu “duygu, düşünce veya bilgilerin akla gelebilecek her türlü yolla başkalarına aktarılmasını” “iletişim” olarak adlandırmaktadır (18).

İletişim iki yönlü bir bilgi alışverişidir ve kişiler arasında iletişimin sağlanması için temel olarak üç koşulun olması gerekmektedir. Bunlar;

1. İletişime giren kişilerin arasında belli bir yakınlık içinde yüz yüze iletişim gerçekleştirilmesi,
2. Katılanlar arasında karşılıklı bilgi alışverişinin olması,
3. Kişilerarası iletişim süreci içinde sarf edilen mesajların sözlü ve sözsüz olarak iletilmesi gerekmektedir (129).

Kişiler arasında kurulan iletişimin sürecini olumlu ya da olumsuz yönde etkileyen kişisel, fiziksel ve sosyal faktörler olabilmektedir. Bunlar:

Kişisel faktörler : Bireyler arasında farklılık gösteren duygu, düşünce ve değerler,

Fiziksel faktörler : Genetik ve fiziksel özellikler,

Sosyal Faktörler : Statü, bireylerin toplumdaki itibarı, eğitim düzeyi, ekonomik durumu gibi faktörleri içermektedir.

Ayrıca bu süreçte kişilerin içsel bir bakış açısı ile yaklaşmadığı durumlarda etkili ve başarılı bir iletişimden söz etmek mümkün olmamaktadır. Bu noktada empati kavramı büyük önem kazanmakta ve iletişimin çok önemli bir unsuru olarak kabul edilmektedir (130,131).

Empatik iletişim; “kişinin kendini karşısındaki kişi yerine koyarak, duygu dünyasını anlayarak mesaj alışverişinde bulunması” olarak tanımlanmaktadır (130). İletişim kaynaklı çoğu problemin ortaya çıkmasına engel olan empatik iletişim yaşanılacak çatışmaların önlenmesi ya da en az zararlı çözümlenmesine de olanak sağlamaktadır (110).

### **2.11.1. Sağlık alanında iletişimde empatinin önemi**

Sağlık alanı sağlık profesyonelleri ve hastalar arasında yüz yüze iletişimi esas kılan önemli bir sektör olarak karşımıza çıkmaktadır (132). Bu nedenle sağlık profesyonelleri ve hastalar arasında kurulacak iletişim mevcut bakım kalitesinde önemli bir rol oynamaktadır (133).

Sağlık profesyonellerinin empatik olmaları ile hasta memnuniyetleri arasında ilişkiyi destekleyen araştırmalar bulunmaktadır (134-136).

Hekim hasta ilişkisini değerlendiren ölçüt hasta memnuniyetidir. Bu değerlendirme hekim hasta ilişkisine, alınan sağlık hizmeti kalitesine ve tıbbi tedaviye bağlı olmakla birlikte hastanede bekleme süresi, bekleme ortamı, bakım sunumu, kişiler arası iletişim becerileri ve iletişimin kalitesi gibi çok boyutlu faktörlerle ilişkilidir (137,138).

Hekimlerin hastalarına ayırdıkları görüşme süresi ve görüşme esnasında hekimin aktif dinleme ve iletişim becerileri hasta açısından olumlu ilişki olarak değerlendirildiği saptanmıştır. Sözsüz iletişimin içinde yer alan sosyal dokunuşun ve göz temasının hekimlerin empatik algıyla ilişkili olduğu görülmektedir. Özellikle sağlık profesyonellerinin obezitesi olan hastalarla kurdukları iletişimin bu kişilerin tedavisi için büyük önem taşıdığı literatürde vurgulanmaktadır (102).

Hekim ile hasta arasında empatik bir iletişim ve etkileşim kurulması;

- Hastaların semptomlarını ve endişelerini tanımları konusunda onları cesaretlendirmekte,
- Daha doğru tanı konulmasına yardımcı olacak bilgilerin sağlıklı bir şekilde elde edilmesine katkı sağlamakta,
- Tedavilerine ve iyileşmelerine katkıda bulunmakta,
- Terapötik bir fayda içinde onurlandırarak onları yatıştırmakta (139).

- Hastaların memnuniyetini ve sağlık personeliyle uyumu arttırmakta
- Hastaların iyileşme hızının yükselmesi ile taburcu olma sürelerini kısaltmakta ve ekonomik kazanç sağlamaktadır (140).

Sağlık profesyonellerinin hastaların hiçbir özelliğine bakmaksızın sadece birey olmaları sebebiyle vermiş oldukları değer, samimi ve gerçekçi yaklaşım, tutarlı davranışlar ve olumlu mimikler güven duygusunun temellerini atarak hastaların gizli kalmış ve bastırılmış duygu ve düşüncelerini daha rahat ifade etmelerini sağlamaktadır (141,142).

Uygun zamanda, uygun yerde ve uygun eğitim elemanları ile uygun eğitim yöntemleri ve modelleri kullanılarak gerçekleştirilecek kişisel gelişim eğitimlerinin sağlık alanında çalışanların empatik davranışlarına katkıda bulunabileceği gösterilmiştir. Empatik becerilere sahip sağlık ekibinin daha etkili tedavi sağlayabileceği konusundaki çalışmalar empatik iletişim becerisini arttırmaya yönelik politikaların oluşturulmasına ışık tutmaktadır (143,144).

### **3. GEREÇ ve YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırma Yeri, Zamanı ve Örneklem Seçimi**

Bu çalışma T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü'nde görev yapan sağlık çalışanlarının obez bireylere karşı tutumlarının değerlendirilmesi amacıyla planlanmış ve yürütülmüştür. Sağlık çalışanlarının cinsiyet, yaş, meslek, çalışma yılı, obez bireylerin tanı ve tedavisinde bulunma vb. demografik ve mesleki deneyimleri ile obezitesi olan bireylere karşı önyargı tutum ve davranışları arasındaki ilişkisi araştırılmıştır. Çalışma tanımlayıcı tipte olup sağlık çalışanlarının empati beceri, empati eğilim ve obezite önyargı düzeyleri arasındaki ilişki sorgulanmıştır.

Araştırmanın örneklem büyüklüğü ve güç analizi, bağımsız iki grubun karşılaştırılması (Student t-test) ile G-Power 3.1.3 version programı kullanılarak hesaplanmıştır. Cinsiyete göre Obezite Önyargı Ölçeği (OÖÖ) (145) puan ortalaması karşılaştırılmak istendiğinde orta derecede bir etkiyi yakalamak için 0.05 ( $\alpha=0.05$ ) hata ve % 95 güç ( $1-\beta=0.95$ ) ile örnekleme en az 240 sağlık çalışanı alınmıştır.

Araştırmanın örneklemini Şubat-Mart 2018 yılı içinde T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü'nde görev yapan ve çalışmada yer almayı gönüllü olarak kabul eden anket formunu tam ve hatasız dolduran 66 erkek 182 kadın toplam 248 sağlık hizmetleri sınıfındaki sağlık çalışanı oluşturmaktadır. Bu çalışma Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu tarafından 21/11/2017 tarihinde onaylanmıştır (Proje no: KA17/301), (EK-1). Araştırmanın gerçekleştirileceği T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü'nden izin alınmıştır (EK-2).

Çalışmaya başlamadan önce sağlık çalışanlarına araştırmanın konusu, amacı, nasıl yürütüleceği, verilerin araştırma dışında kullanılmayacağı ve isimlerinin saklı tutulacağı açıklayan "Gönüllü Olur Onam Formu" okunmuş ve çalışmaya katılmayı isteyip istemedikleri sorulmuştur (EK-3). Çalışmada yer almayı gönüllü olarak kabul ederek anket formunu eksiksiz cevaplayan sağlık çalışanları bu araştırmaya dahil edilmiştir.

#### **3.2. Verilerin Toplanması**

Araştırma verilerinin toplanması için 4 bölümden oluşan bir anket formu kullanılmıştır.

### **3.2.1. Veri toplama araçları**

Araştırmada kullanılan anketin birinci bölümde “Kişisel Bilgi Formu” Ek-4 yer almaktadır. İkinci bölümde GAMS 27- Obezite Önyargı Ölçeği (OÖÖ) (145) Ek-5, üçüncü bölümde Empatik Eğilim Ölçeği (EEÖ)(115) Ek-6 ve dördüncü bölümde Empatik Beceri Ölçeği (EBÖ)(115) Ek-7 yer almaktadır.

Anket formu çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden sağlık çalışanlarına araştırmacı tarafından iletilmiş olup, anketle ilgili tüm bölümler hakkında sözel bilgilendirme yapılmıştır. Her katılımcıya anketi doldurmaları için 2-3 gün süre tanınmış ve süre bitimi ile araştırmacı tarafından katılımcıdan anket alınmıştır.

#### **3.2.1.1. Kişisel bilgi formu**

Araştırmacı tarafından geliştirilen bu form; demografik, antropometrik özellikler, çalışma ortamı ve kendi beden görünümü değerlendirme durumları, aile ve yakın çevrelerinde şişman birey bulunma durumu, vücut ağırlığı ile olumsuz davranışlarla karşılaşma durumları, obez bireylere karşı önyargı tutumları, meslekte çalışma süresi, obezitenin tanı, tedavi ve izlem sürecinde yer alma durumları, obezitenin tanı, tedavi ve izlem sürecinde yer alan sağlık çalışanlarının zorlandıkları yönler ile obez bireyler için sağlık kuruluşlarında ayrıcalığın hangi alanlarda yapılmasına yönelik soruları içermektedir.

Katılımcıların kendi beden görümlerini değerlendirmeleri için anket formuna erkek ve kadın beden görsellerinin olduğu 9 ayrı görsel eklenmiştir. Eklenen 9 görsel sırasıyla 1. ve 2. beden görünümü zayıf, 3. ve 4. beden görünümü normal, 5. beden görünümü fazla kilolu, 6. ve 7. beden görünümü şişman/obez ve 8. ve 9. beden görünümü aşırı şişman/obez olarak değerlendirilmiştir (146).

##### **3.2.1.1.1. Beden kütle indeksi (BKİ)**

Ankete katılan sağlık çalışanlarının BKİ değerleri beyanda buldukları kilogram cinsinden vücut ağırlıklarının, metre cinsinden boy uzunluklarının karesine bölünmesi ile hesaplanmış ve DSÖ'nün BKİ sınıflaması kullanılarak gruplandırılmıştır (23).

### **3.2.1.2. Kullanılan ölçekler**

Veri toplama anket formunun ikinci bölümünde bireylerin obezite önyargı düzeylerini belirlemek amacıyla GAMS-27 Obezite Önyargı Ölçeği (OÖÖ); bireylerin empatik eğilimlerini ve empatik becerilerini saptamak amacıyla da Empatik Eğilim Ölçeği (EEÖ) ile Empatik Beceri Ölçeği (EBÖ) kullanılmıştır.

#### **3.2.1.2.1. GAMS-27 Obezite önyargı ölçeği**

GAMS-27 Obezite Önyargı Ölçeği (OÖÖ) 2015 yılında Ercan ve ark. (145) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek 27 maddeden oluşmaktadır. Ölçek maddelerinin puanlandırılması 5’li Likert skalasına göre kesinlikle katılıyorum 1 puan ve kesinlikle katılmıyorum 5 puan şeklinde değerlendirilmektedir

Ölçekte olumlu ve olumsuz maddelerin puanlandırılması farklı yapılmaktadır. Ölçeğin 12 maddesi (2, 4, 7, 10, 11, 14, 15, 17, 20, 22, 25, 27 ) olumlu olup kesinlikle katılıyorum seçeneğinden başlayarak 5’den 1’e doğru; ölçeğin 15 maddesi olumsuzdur ve (1, 3, 5, 6, 8, 9, 12, 13, 16, 18, 19, 21, 23, 24, 26) kesinlikle katılmıyorum seçeneğinden başlayarak 1’den 5’e doğru puan almaktadır. Bireylerin ölçekten alabilecekleri en düşük puan 27 ve en yüksek puan ise 135’dir.

OÖÖ puan ortalaması 76.394 ve ortanca değeri 76’dır. Puanların yüzdelerine bakıldığında 5. yüzdeye karşılık gelen puan 58; 25. yüzdeye karşılık gelen 68 puan; 50. yüzdeye karşılık gelen puan 76 puan; 75. yüzdeye karşılık gelen puan 84 puan; 95. yüzdeye karşılık gelen puan ise 96 dir. Yüzdeliğe karşılık gelen puanlar ve ölçek sınıflamasına yer verilmiştir ( Tablo 3.1.), (145).

**Tablo 3.1. Obezite ölçek puanının değerlendirilmesi**

Ölçek Puanı Sınıflaması	Obezite Önyargı Durumu
68,00 ve altı (25. persentilin altı)	Önyargısız
68,01-84,99 (25. – 75. persentil)	Önyargıya Eğilimli
85 Puan ve üstü (75. persentilin üstü)	Önyargılı

OÖÖ'nin geçerliliğinin saptamak için faktör analizi yapılmış ve ölçek maddeleri tek faktör de toplanmış ve doğrulayıcı faktör analizi ile kanıtlanarak tek boyutlu olduğu sonucuna varılmıştır. Ölçeğin güvenirlik Cronbach alfa katsayısı 0.847'dir ve bu değer yüksek güvenirlikte olduğunu göstermektedir (145).

### **3.2.1.2.2. Empati eğilim ölçeği**

Empati Eğilim Ölçeği (EEÖ) 1998 yılında Dökmen (115) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek 20 maddeden oluşan, 5'li Likert biçimde değerlendirilmektedir (tamamen katılıyorum, oldukça aykırı, kararsızım, oldukça uygun, tamamen uygun).

Ölçekte negatif anlam içeren maddeler (3,6,7,8,11,12,13,15) tamamen katılmıyorum'dan tamamen uyguna doğru 5'den 1'e, pozitif anlam içeren maddeler (1,2,4,5,9,10,14,16,17,18,19,20) tamamen katılmıyorum'dan tamamen uyguna doğru 1'den 5'e doğru puanlanmaktadır. Ölçekten alınacak minimum puan 20, maksimum puan ise 100'dür. EEÖ'den alınan toplam puanın yüksek bulunması ile bireylerin empatik eğilimlerinin yüksek, düşük bulunması ile empatik eğilimlerinin düşük olduğunu göstermektedir.

Dökmen (115) ölçek güvenirliğini sağlamak için 70 kişilik öğrenci grubuna ölçeği 3'er hafta ara ile 2 defa uygulamıştır ve ölçek güvenilirliği 0.82'dir. Ölçeğin güvenirlik Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0.72 olarak bulunmuştur.

### 3.2.1.2.3. Empati beceri ölçeği

Empati Beceri Ölçeği (EBÖ)-B formu Dökmen (115) tarafından 1998 yılında geliştirilmiştir. Formda altı ayrı günlük yaşam durumu bulunmaktadır ve her bir durum kısa anlatımlarla açıklanmıştır. Her durumun içinde bulunan kişiye yönelik söylenecek 12’şer tepki cümlesi yer almaktadır. Bireylere 6 durum için toplamda 72 empatik tepki sunulmaktadır. Her bir durum için verilen 12 tepki arasından önemlilik dereceğine göre sırayla dört tepki seçimleri istenmektedir ve kalan 6 tepki bireylerin ilgisiz tepkileridir.

Her bir duruma verilen 12 tepkiye karşılık gelen ayrı ayrı puanlar yer almaktadır. Altı duruma verilen toplamda 24 tepkiye karşılık gelen puanlar toplanarak EEÖ toplam puanı bulunmaktadır. Buna göre ölçek toplan puanın yüksek olması bireylerin empati becerilerinin yüksek, ölçek puanlarının düşük olması empati becerilerinin düşük olduğunu göstermektedir. Herbir duruma karşılık gelen dört tepkiden daha fazla tepki seçilmesi durumunda form değerlendirilmeden çıkarılmaktadır. EBÖ’den alınacak toplam puan en düşük 62 en yüksek 219 olabilmektedir.

Dökmen (115) tarafından ölçeğin güvenilirliğinin sağlanması için 80 kişilik bir gruba 3’er hafta ara ile 2 defa uygulanmış ve her iki uygulama sonrasında gerekli dikkat puanı elde etmeyen 16 katılımcı çıkartılarak toplam 64 kişi üzerinden güvenilirlik katsayısı hesaplanmıştır. İki uygulamanın ölçümleri arasındaki ilişki  $r=0.91$  olarak saptanmıştır. Ölçeğin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.83 olarak bulunmuştur.

### 3.3. Verilerin İstatistiksel Olarak Değerlendirilmesi

Araştırma sonucunda elde edilen verilerin nitel ve nicel olmasına bağlı olarak öncelikle tanımlayıcı istatistikler verilmiştir. Nitel değişkenler sayı (S) ve yüzde (%) olarak, nicel değişkenler ise aritmetik ortalama, standart sapma (SS), medyan, alt ve üst değerler olarak ifade edilmiştir. Nicel verilerin normal dağılıp dağılmadığı “Kolmogorov-Smirnov ve ShapiroWilks Testi” ile incelenmiştir.



Normalliğin sağlandığı durumlarda iki grubun karşılaştırılmasında “Bağımsız gruplarda t testi- Student t testi” den, üç ve daha fazla grubun karşılaştırılmasında “Tek Yönlü Varyans Analizi (One Way ANOVA) testi” kullanılmıştır. Normalliğin sağlanmadığı durumlarda iki grubun karşılaştırılmasında “Mann-Whitney-U Testi” üç ve daha fazla grubun karşılaştırılmasında ise “Kruskal-Wallis Testi” kullanılmıştır. Fark bulunması durumunda Post Hoc testlerden Tukey HSD testi kullanılarak farklılığı yaratan grupların tespiti yapılmıştır. Nitel değişkenlerin gruplar arası farklılıklar incelenirken gerekli varsayımların sağlandığı durumda “Pearson Ki-kare ( $\chi^2$ ) testi”, sağlanmadığı durumda ise “G<sup>2</sup>” yorumlanmıştır. Çapraz tablolarda örneklem sayısının yetersiz olduğu ve varsayımın sağlanamadığı durumlarda ise “Fisher’s Exact Ki-kare ( $\chi^2$ ) testinin sonuçları yorumlanmıştır. Nicel değişkenler arasındaki korelasyon katsayısı ve istatistiksel önemliliği “Pearson korelasyon analizi” ile hesaplanmıştır. Normal dağılım varsayımının sağlanmadığı durumlarda “Kendall’s tau-b korelasyon analizi” ile hesaplanmıştır. Verilerin istatistiksel analizinde SPSS 22.0 (Statistical Package for Social Sciences) istatistik paket programı kullanılmıştır. Bütün hipotez testlerinin analizlerinde istatistiksel önemlilik düzeyi  $p<0.05$  alınarak değerlendirilmiştir.

## 4. BULGULAR

### 4.1. Sağlık Çalışanlarının Cinsiyete Göre Demografik Özellikleri

Sağlık çalışanlarının (n=248) cinsiyet, yaş grupları, meslekleri ve meslekte çalışma sürelerinin dağılımları Tablo 4.1’de verilmiştir. Sağlık çalışanlarının 66’sı erkek, 182’si kadındır. Cinsiyete göre; kadınların 4(%2.2)’ü 18-25 yaş, 27(%14.8)’si 26-33 yaş, 50(%27.5)’si 34-41 yaş, 75(%41.2)’i 42-49 yaş ve 26(%14.3)’si 50 ve üstü yaşta. Erkeklerin ise 9(%13.6)’u 26-33 yaş, 19(%28.8)’u 34-41 yaş, 23(%34.9)’ü 42-49 yaş, 15(%22.7)’i 50 ve üstü yaşta. Sağlık çalışanlarının yaş ortalamaları  $42.3 \pm 7.71$  yıldır. Ayrıca kadınların; 43(%23.6)’ü doktor, 13(%7.1)’ü diyetisyen, 44(%24.2)’ü hemşire, 21(%11.5)’i ebe, 2(%1.1)’si sağlık memuru, 23(%12.6)’ü tıbbi teknolog, teknisyen (fizyoterapi, laboratuvar, röntgen, acil tıp) ve tekniker, 26(%14.3)’sı biyolog, 4(%2.2)’ü sosyal hizmet uzmanı, 3(%1.7)’ü çocuk gelişim uzmanı ve 3(%1.7)’ü psikolog, erkeklerin ise 13(%19.7)’ü doktor, 3(%4.6)’ü hemşire, 28(%42.4)’i sağlık memuru, 10(%15.2)’u tıbbi teknolog, teknisyen (fizyoterapi, laboratuvar, röntgen, acil tıp) ve tekniker, 9(%13.6)’u biyolog, 1(%1.5)’i sosyal hizmet uzmanı, ve 2(%3.0)’si psikologdur. Cinsiyete göre kadınların 20(%11.0)’si 1-5 yıl, 19(%10.4)’u 6-10 yıl, 19(%10.4)’u 11-15 yıl, 43(%23.6)’ü 16-20 yıl ve 81(%44.5)’i 21 ve üstü yıldır çalışmaktadır. Erkeklerin ise 8(%12.1)’i 1-5 yıl, 9(%13.6)’u 6-10 yıl, 5(%7.6)’i 11-15 yıl, 13(%19.7)’ü 16-20 yıl ve 31(%47.0)’i 21 ve üstü yıldır çalışmaktadır. Sağlık çalışanlarının cinsiyetleri ile BKİ sınıflaması incelendiğinde kadınların 9(%4.9)’u zayıf, 101(%55.5)’i normal, 55(%30.2)’i fazla kilolu ve 17(%9.3)’si şişman/obez sınıfında bulunmuştur. Erkeklerin ise 9(%13.6)’u normal, 44(%66.7)’ü fazla kilolu ve 13(%19.7)’ü şişman/obez sınıfında olduğu saptanmıştır (Tablo 4.1).

**Tablo 4.1. Sağlık çalışanlarının cinsiyete göre demografik özellikleri**

Demografik Özellikler	Cinsiyet					
	Kadın (n=182)		Erkek (n=66)		Toplam (n=248)	
	S	%	S	%	S	%
<b>Yaş grubu ( yıl)</b>						
18-25	4	2.2	-	-	4	1.6
26-33	27	14.8	9	13.6	36	14.5
34-41	50	27.5	19	28.8	69	27.8
42-49	75	41.2	23	34.9	98	39.6
50 ve üstü	26	14.3	15	22.7	41	16.5
$\bar{X} \pm SS = 42.3 \pm 7.71$ yıl						
<b>Meslek</b>						
Doktor	43	23.6	13	19.7	56	22.6
Diyetisyen	13	7.1	-	-	13	5.2
Hemşire	44	24.2	3	4.6	46	19.0
Ebe	21	11.5	-	-	21	8.5
Sağlık memuru	2	1.1	28	42.4	30	12.1
Tıbbi teknolog,Teknisyen (fizyoterapi,laboratuar,röntgen,acil tıp) ve Tekniker	23	12.6	10	15.2	33	13.3
Biyolog	26	14.3	9	13.6	35	14.1
Sosyal hizmet uzmanı	4	2.2	1	1.5	5	2.0
Çocuk gelişim uzmanı	3	1.7	-	-	3	1.2
Psikolog	3	1.7	2	3.0	5	2.0
<b>Meslekte Toplam Hizmet Süresi(yıl)</b>						
1-5	20	11.0	8	12.1	28	11.3
6-10	19	10.4	9	13.6	28	11.3
11-15	19	10.4	5	7.6	24	9.7
16-20	43	23.6	13	19.7	56	22.6
21 ve üstü	81	44.5	31	47.0	112	45.1
<b>BKİ Sınıflaması (kg/m<sup>2</sup>)</b>						
Zayıf	9	5.0	-	-	9	3.6
Normal	101	55.5	9	13.6	110	44.4
Fazla kilolu	55	30.2	44	66.7	99	39.9
Şişman/Obez	17	9.3	13	19.7	30	12.1

## 4.2. Sağlık Çalışanlarının Cinsiyete Göre OÖÖ, EEÖ ve EBÖ Puanlarının Karşılaştırılması

Sağlık çalışanlarının cinsiyete göre Obezite Önyargı Ölçeği (OÖÖ), Empatik Eğilim Ölçeği (EEÖ), Empatik Beceri Ölçeği (EBÖ) puanlarının medyan, alt-üst değerleri ve ortalama değerleri verilmiştir (Tablo 4.2).

Sağlık çalışanlarının OÖÖ puanları değerlendirildiğinde; kadınların erkeklere göre medyan değeri 1 puan yüksek olarak saptanmıştır (E:81,K:80). Cinsiyetler arası bu fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Cinsiyete göre EEÖ puanları değerlendirildiğinde kadınların medyan değeri 74, erkeklerin medyan değeri 72 olarak bulunmuş olup bu fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Sağlık çalışanlarının cinsiyete göre EBÖ puanlarının medyan puanları değerlendirildiğinde, kadınların medyan değerleri 139, erkeklerin medyan değerleri 134 olarak bulunmuştur. Cinsiyete arası bu fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ( $p=0.001$ ).

**Tablo 4.2. Sağlık çalışanlarının cinsiyete göre OÖÖ, EEÖ ve EBÖ puanları**

ÖLÇEK PUANI												
Obezite Önyargı Ölçeği				Empatik Eğilim Ölçeği				Empatik Beceri Ölçeği				
Cinsiyet	n	Medyan* (Alt-Üst)	$\bar{X}$	SS	n	Medyan $\diamond$ (Alt-Üst)	$\bar{X}$	SS	n	Medyan $\bullet$ (Alt-Üst)	$\bar{X}$	SS
E	66	80 (57-108)	80.8	9.67	66	72 (51-99)	72.1	7.83	66	134 (106-168)	132.9	14.73
K	182	81 (45-107)	80.5	10.97	182	74 (52-90)	72.6	7.13	182	139 (92-199)	141.4	22.27
<b>Toplam</b>	<b>248</b>	<b>80</b> (45-108)	<b>80.6</b>	<b>10.55</b>	<b>248</b>	<b>73</b> (51-99)	<b>72.4</b>	<b>7.31</b>	<b>248</b>	<b>137</b> (92-199)	<b>139.2</b>	<b>20.85</b>

\* $p=0.857$ ,  $\diamond p=0.614$ ,  $\bullet p=0.001$

### 4.3. Sağlık Çalışanlarının Yaş Gruplarına Göre OÖÖ, EEÖ ve EBÖ Puanlarının Karşılaştırılması

Sağlık çalışanlarının yaş gruplarına göre OÖÖ incelendiğinde medyan puanları 18-25, 26-33, 34-41, 42-49 ve 50 ve üstü yaş grubuna göre sırasıyla 93, 75, 82, 80, 80, 80 olarak saptanmıştır. Ancak yaş grupları arasındaki bu farklılık istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

EEÖ medyan puanlarına bakıldığında 18-25, 26-33, 34-41, 42-49 ve 50 ve üstü yaş grubuna göre sırasıyla 66, 72, 73, 73, 75, 73'tür ve yaş grupları arasındaki bu fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

EBÖ'ye bakıldığında medyan puanları 18-25, 26-33, 34-41, 42-49 ve 50 ve üstü yaş grubuna göre sırasıyla 123, 140, 139, 137, 129 olarak saptanmıştır. Sağlık çalışanlarının yaş grupları arasındaki bu fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır ( $p>0.05$ ), (Tablo 4.3).

**Tablo 4.3. Sağlık çalışanlarının yaş gruplarına göre OÖÖ, EEÖ ve EBÖ puanları**

ÖLÇEK PUANI												
		Obezite Önyargı Ölçeği			Empatik Eğilim Ölçeği			Empatik Beceri Ölçeği				
Yaş grupları	n	Medyan* (Alt-Üst)	$\bar{X}$	SS	n	Medyan <sup>o</sup> (Alt-Üst)	$\bar{X}$	SS	n	Medyan* (Alt-Üst)	$\bar{X}$	SS
18-25	4	93 (70-106)	90.3	16.13	4	66 (52-74)	64.5	9.18	4	123 (109-165)	129.8	24.43
26-33	36	75 (60-102)	77.1	9.88	36	72 (61-87)	73.4	6.00	36	140 (92-177)	138.1	20.11
34-41	69	82 (45-108)	81.6	12.22	69	73 (53-88)	71.8	7.51	69	139 (107-190)	142.9	19.70
42-49	98	80 (60-107)	81.0	9.38	98	73 (55-90)	72.0	6.80	98	137 (95-199)	139.4	22.40
50 ve üstü	41	80 (65-103)	80.5	9.61	41	75 (51-99)	74.5	8.42	41	129 (102-181)	134.0	18.70
Toplam	248	80 (45-108)	80.6	10.55	248	73 (51-99)	72.4	7.31	248	137 (92-199)	139.2	20.85

\* $p=0.090$ , <sup>o</sup> $p=0.157$ , • $p=0.155$

#### 4.4. Sağlık Çalışanlarının Meslek Gruplarına Göre OÖÖ, EEÖ ve EBÖ Puanlarının Karşılaştırılması

Meslek gruplarına göre OÖÖ medyan puanlarının küçükten büyüğe göre sıralaması incelendiğinde tıbbi teknolog, teknisyen (fizyoterapi, laboratuvar, röntgen ve acil tıp) ve tekniker, hemşire ve biyolog 79, doktor ve sağlık memurları 80, diyetisyen 81, psikolog 84, ebe 86, sosyal hizmet uzmanı 87, çocuk gelişim uzmanı 97'dir. Meslek grupları arasında bu fark istatistiksel açıdan önemli bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

EEÖ medyan puanlarının küçükten büyüğe göre sıralaması psikolog 70, sağlık memuru ve biyolog 71, diyetisyen 72, tıbbi teknolog, teknisyen (fizyoterapi, laboratuvar, röntgen ve acil tıp) ve tekniker 73, doktor, hemşire ve ebe 74, çocuk gelişim uzmanı 76, sosyal hizmet uzmanı 79'dur ve bu fark istatistiksel açıdan önemli bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

EBÖ medyan puanları sıralaması incelendiğinde tıbbi teknolog, teknisyen (fizyoterapi, laboratuvar, röntgen ve acil tıp) ve teknikler 127, diyetisyen ve sağlık memuru 131, sosyal hizmet uzmanı 135, hemşire 137, biyolog 138, doktor 140, ebe 141, çocuk gelişim uzmanları 158, psikolog 160 olarak saptanmıştır. Bu fark istatistiksel açıdan önemlidir ( $p=0.006$ ). Bu fark tıbbi teknolog, teknisyen (fizyoterapi, laboratuvar, röntgen ve acil tıp) ve psikolog, çocuk gelişim uzmanı, ebe ve doktor grubuyla, sağlık memurlarının ise doktor, çocuk gelişim uzmanı ve ebe grubuyla farkından dolayıdır (Tablo 4.4).

**Tablo 4.4. Sağlık çalışanlarının meslek gruplarına göre OÖÖ, EEÖ ve EBÖ puanları**

Meslek	ÖLÇEK PUANI											
	Obezite Önyargı Ölçeği				Empatik Eğilim Ölçeği				Empatik Beceri Ölçeği			
	n	Medyan* (Alt-Üst)	$\bar{X}$	SS	n	Medyan <sup>o</sup> (Alt-Üst)	$\bar{X}$	SS	n	Medyan* (Alt-Üst)	$\bar{X}$	SS
<b>Doktor</b>	56	80 (61-103)	80.8	8.83	56	74 (51-84)	71.9	7.61	56	140 (106-199)	145.0	20.45
<b>Diyetisyen</b>	13	81 (60-103)	84.0	12.32	13	72 (62-82)	72.7	5.23	13	131 (106-190)	134.0	24.75
<b>Hemşire</b>	47	79 (45-104)	78.7	10.94	47	74 (60-87)	72.9	6.46	47	137 (106-188)	141.1	23.33
<b>Ebe</b>	21	86 (65-107)	83.6	11.90	21	74 (53-81)	71.6	6.47	21	141 (118-196)	144.2	22.16
<b>Sağlık memuru</b>	30	80 (60-108)	80.9	10.71	30	71 (52-99)	71.1	10.45	30	131 (109-168)	131.1	15.00
<b>Tıbbi teknolog, Teknisyen (fizyoterapi, laboratuar, röntgen, acil tıp) ve Tekniker</b>	33	79 (60-100)	79.2	9.53	33	73 (60-90)	73.8	7.1	33	127 (95-161)	128.8	16.06
<b>Biyolog</b>	35	79 (57-100)	78.8	11.00	35	71 (57-88)	71.9	6.93	35	138 (102-181)	139.1	20.62
<b>Sosyal hizmet uzmanı</b>	5	87 (71-104)	86.6	15.57	5	79 (74-79)	78.0	2.24	5	135 (125-167)	141.0	16.87
<b>Çocuk gelişim uzmanı</b>	3	97 (70-98)	88.3	15.88	3	76 (73-82)	77.0	4.58	3	158 (154-163)	158.3	4.51
<b>Psikolog</b>	5	84 (79-91)	84.8	4.32	5	70 (69-78)	71.6	3.64	5	160 (117-166)	150.2	20.03
<b>Toplam</b>	248	80 (45-108)	80.6	10.55	248	73 (51-99)	72.4	7.31	248	137 (92-199)	139.2	20.85

\*p=0.398, <sup>o</sup>p= 0.319, •p=0.006

#### **4.5. Sağlık Çalışanlarının Meslek Gruplarına ve OÖÖ Puan Ortalamalarına Göre Obezite Önyargı Sınıflandırılmaları**

Sağlık çalışanlarının meslek gruplarına ve OÖÖ puan ortalamalarına göre obezite önyargı sınıflandırmaları değerlendirildiğinde 248 sağlık çalışanından 29(%11.7)'u önyargısız, 138(%55.6)'i önyargıya eğilimli, 81(%32.7)'i önyargılı olarak bulunmuştur. Önyargısız sınıfında yer alan 29 sağlık çalışanın OÖÖ toplam puan ortalaması  $63.6\pm 4.84$ 'tür ve bu sınıfa ait en yüksek puan ortalaması ( $65.5\pm 3.11$ ) doktor grubunda en düşük puan ortalaması ( $60.0\pm 0.00$ ) diyetisyen grubunda gözlemlenmektedir. Meslek gruplarından sosyal hizmet uzmanı, çocuk gelişim uzmanı ve psikolog OÖÖ puanı sınıflamasına göre önyargısız sınıfında yer almamaktadır.

Önyargıya eğilimli sınıfta yer alan 138 sağlık çalışanın OÖÖ toplam puan ortalaması  $73.3\pm 4.31$ 'dir ve bu sınıfta ait yüksek puan ortalaması psikolog grubunda ( $82.3\pm 2.89$ ), en düşük puan ortalaması çocuk gelişim uzmanı grubunda bulunmuştur ( $70.0\pm 0.00$ ).

Önyargılı sınıfında yer alan 81 sağlık çalışanın OÖÖ toplam puan ortalaması  $92.4\pm 6.28$ 'dir ve bu sınıfa ait en yüksek puan ortalaması diyetisyen grubunda ( $99.5\pm 3.51$ ), en düşük puan ortalaması psikolog grubunda tespit edilmiştir ( $88.5\pm 3.54$ ), (Tablo 4.5).



**Tablo 4.5. Sağlık çalışanlarının meslek gruplarına ve OÖÖ puan ortalamalarına göre obezite önyargı sınıflandırmalarının dağılımı ve ortalamaları**

	OÖÖ Puanına Göre Önyargı Sınıflaması											
	Önyargısız (n=29)				Önyargıya Eğilimli (n=138)				Önyargılı (n=81)			
	S	%	$\bar{X}$	SS	S	%	$\bar{X}$	SS	S	%	$\bar{X}$	SS
<b>Meslek</b>												
<b>Doktor</b>	4	13.8	65.5	3.11	36	26.1	77.7	4.15	16	19.8	91.8	5.32
<b>Diyetisyen</b>	1	3.5	60.0	0.00	8	5.8	79.3	3.10	4	4.9	99.5	3.51
<b>Hemşire</b>	7	24.1	61.3	8.26	27	19.6	77.3	4.57	13	16.0	90.9	6.24
<b>Ebe</b>	1	3.5	65.0	0.00	9	6.5	74.1	3.62	11	13.6	93.0	7.75
<b>Sağlık memuru</b>	2	6.9	63.0	4.24	17	12.3	75.9	4.42	11	13.6	91.7	8.03
<b>Tıbbi Teknolog, Teknisyen (fizyoterapi, laboratuvar, röntgen, acil tıp) ve Tekniker</b>	5	17.2	63.6	2.51	18	13.0	77.4	3.52	10	12.3	90.4	3.82
<b>Biyolog</b>	9	31.0	64.8	3.46	17	12.3	78.9	4.18	9	11.1	92.7	5.50
<b>Sosyal hizmet uzmanı</b>	-	-	-	-	2	1.5	71.0	0.00	3	3.7	97.0	8.89
<b>Çocuk gelişim uzmanı</b>	-	-	-	-	1	0.7	70.0	0.00	2	2.5	97.5	0.71
<b>Psikolog</b>	-	-	-	-	3	2.2	82.3	2.89	2	2.5	88.5	3.54

#### **4.6. Sağlık Çalışanlarının Meslekte Çalışma Sürelerine Göre OÖÖ, EEÖ ve EBÖ Puanlarının Karşılaştırılması**

Sağlık çalışanlarının meslekte çalışma sürelerine göre OÖÖ, EEÖ ve EBÖ medyan değerleri karşılaştırıldığında; OÖÖ puanı medyan değeri küçükten büyüğe 1-5 yıl deneyim grubunda 75 en düşük, 6-10 yıl ve 21 ve üstü yılda 80, 11-15 yılda 82 ve 16-20 yıl deneyim grubunda 84 en yüksek bulunmuştur ve aradaki fark istatistiksel olarak önemlilik yaratmamıştır ( $p>0.05$ ).

EEÖ' ye bakıldığında medyan değeri 1-5 yıl ve 16-20 yıl olan grupta 72, 6-10, 11-15 ve 21 ve üstü olan grupta 73 olarak bulunmuş olup bu fark istatistiksel açıdan önemli bulunmamıştır ( $p>0.05$ )

EBÖ medyan değeri ise küçükten büyüğe 21 ve üstü yıl çalışanlarda 131 en düşük, 6-10 yılda 136, 1-5yıl arasında çalışanlarda 140, 11-15 ve 16-20 yıl arasında çalışanlarda 142 en yüksek olduğu bulunmuştur ve bu fark istatistiksel açıdan önemlidir ( $p=0.039$ ). Bu farkı yaratan 6-10 yıl ve 11-15 yıl arasından çalışan gruptan, 21 ve üstü yıl ile 11-15 yıl arasında çalışan gruptan ve yine 21 ve üstü yıl ile 16-20 yıl arasında çalışan grubundan dolayıdır (Tablo 4.6).

**Tablo 4.6. Sağlık çalışanlarının meslekte çalışma sürelerine göre OÖÖ, EEÖ ve EBÖ puanları**

ÖLÇEK PUANI												
Meslekte çalışma süresi (yıl)	Obezite Önyargı Ölçeği				Empatik Eğilim Ölçeği				Empatik Beceri Ölçeği			
	n	Medyan* (Alt-Üst)	$\bar{X}$	SS	n	Medyan <sup>o</sup> (Alt-Üst)	$\bar{X}$	SS	n	Medyan* (Alt-Üst)	$\bar{X}$	SS
<b>1-5</b>	28	75 (57-106)	77.6	11.81	28	72 (52-87)	72.4	7.17	28	140 (95-177)	140.8	20.46
<b>6-10</b>	28	80 (60-102)	78.5	9.46	28	73 (57-83)	72.8	6.61	28	136 (92-172)	133.6	17.91
<b>11-15</b>	24	82 (61-108)	82.6	12.29	24	73 (54-88)	72.1	8.14	24	142 (106-186)	145.0	19.10
<b>16-20</b>	56	84 (45-105)	82.3	11.2	56	72 (56-88)	71.5	6.76	56	142 (107-190)	143.7	21.24
<b>21ve üstü</b>	112	80 (62-107)	80.7	9.65	112	73 (51-99)	72.7	7.67	112	131 (102-199)	136.6	21.35
<b>Toplam</b>	248	80 (45-108)	80.6	10.55	248	73 (51-99)	72.4	7.31	248	137 (92-199)	139.2	20.85

\*p=0.083, <sup>o</sup>p= 0,981, \*p=0.039

#### 4.7. Sağlık Çalışanlarının Hesaplanmış Beden Kütle İndeksi Sınıflamasına göre OÖÖ, EEÖ ve EBÖ Puanlarının Karşılaştırılması

OÖÖ medyan değeri beden kütle indeksi sınıflamasına göre normal olan sağlık çalışanlarının en yüksek medyan puanı (medyan=83) almış olduğu saptanmıştır. Diğerlerine bakıldığında zayıf, fazla kilolu, şişman/obez sınıflarında olanların sırayla medyan puanlarının (medyan=82, 79, 79) azaldığı görülmüştür. Bu fark istatistiksel açıdan önemli değildir ( $p>0.05$ ).

EEÖ medyan değerleri en düşük zayıf sınıflarında olan sağlık çalışanlarında 69, en yüksek medyan değeri normal ve şişman/obez sınıflarında 74 olarak tespit edilmiştir. Fazla kilolu sınıflarında olanlarda ise medyan değeri 72'dir ve bu fark istatistiksel açıdan önemli bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

EBÖ medyan değeri en düşük fazla kilolu ve şişman/obez sınıflarında 134, en yüksek ise zayıf sınıflarında 143 olarak tespit edilmiştir. Normal olanlarda ise medyan değeri 142 olarak bulunmuştur. Beden kütle indeksi sınıflamasına göre EBÖ puanları arasındaki bu fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ( $p=0.016$ ). Bu fark fazla kilolu ve normal sınıf arasındaki farklılıktan dolayıdır (Tablo 4.7).

**Tablo 4.7. Sağlık çalışanlarının hesaplanmış beden kütle indeksi gruplarına göre OÖÖ, EEÖ ve EBÖ puanları**

ÖLÇEK PUANI												
		Obezite Önyargı Ölçeği			Empatik Eğilim Ölçeği				Empatik Beceri Ölçeği			
BKİ(kg/m <sup>2</sup> )	n	Medyan* (Alt-Üst)	$\bar{X}$	SS	n	Medyan <sup>o</sup> (Alt-Üst)	$\bar{X}$	SS	n	Medyan <sup>•</sup> (Alt-Üst)	$\bar{X}$	SS
Zayıf	9	82 (60-103)	82.9	13.86	9	69 (54-78)	69.0	7.81	9	143 (95-170)	139.0	23.82
Normal	110	83 (45-107)	82.3	10.59	110	74 (57-88)	72.9	6.42	110	142 (92-199)	144.1	23.49
Fazla kilolu	99	79 (55-108)	78.8	10.21	99	72 (51-99)	72.0	8.10	99	134 (106-181)	134.8	17.37
Şişman/Obes	30	79 (65-102)	79.9	9.86	30	74 (56-88)	73.4	7.34	30	134 (102-173)	135.5	16.82
<b>Toplam</b>	<b>248</b>	<b>80 (45-108)</b>	<b>80.6</b>	<b>10.55</b>	<b>248</b>	<b>73 (51-99)</b>	<b>72.4</b>	<b>7.31</b>	<b>248</b>	<b>137 (92-199)</b>	<b>139.2</b>	<b>20.85</b>

\* $p=0.108$ , <sup>o</sup> $p=0.393$ , <sup>•</sup> $p=0.016$

#### 4.8. Sağlık çalışanlarının ailelerinde şişmanlık öyküsü durumuna göre OÖÖ, EEÖ ve EBÖ puanlarının karşılaştırılması

Ailesinde şişmanlık öyküsü bulunan ve bulunmayan sağlık çalışanlarının OÖÖ medyan puanlarının aynı olduğu görüşmüştür (medyan= 80). İki grup arasında istatistiksel bir fark saptanmamıştır ( $p>0.05$ ).

EEÖ puanları incelendiğinde ailesinde şişmanlık öyküsü bulunanların medyan puanı, bulunmaya göre 1 puan fazla olarak bulunmuştur (var:73, yok:72). Aradaki bu fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

EBÖ' de ise ailesinde şişmanlık öyküsü bulunmayanların medyan puanının, bulunanlara göre 1 puan fazla olduğu saptanmıştır (var: 136, yok:137). İki grup arasında istatistiksel bir fark saptanmamıştır ( $p>0.05$ ), (Tablo 4.8).

**Tablo 4.8. Sağlık çalışanlarının ailelerinde şişmanlık öyküsü durumuna göre OÖÖ, EEÖ ve EBÖ puanları**

ÖLÇEK PUANI												
Ailenizde şişmanlık öyküsü	Obezite Önyargı Ölçeği				Empatik Eğilim Ölçeği				Empatik Beceri Ölçeği			
	n	Medyan* (Alt-Üst)	$\bar{X}$	SS	n	Medyan <sup>o</sup> (Alt-Üst)	$\bar{X}$	SS	n	Medyan <sup>•</sup> (Alt-Üst)	$\bar{X}$	SS
<b>Var</b>	145	80 (57-108)	80.5	10.75	145	73 (51-94)	72.5	7.32	145	136 (92-190)	138.8	20.04
<b>Yok</b>	103	80 (45-107)	80.9	10.31	103	72 (54-99)	72.3	7.33	103	137 (106-199)	139.7	22.04
<b>Toplam</b>	248	80 (45-108)	80.6	10.55	248	73 (51-99)	72.4	7.31	248	137 (92-199)	139.2	20.85

\* $p=0.766$ , <sup>o</sup> $p= 0,835$ , <sup>•</sup> $p=0.744$

#### 4.9. Sağlık çalışanlarının yakın çevrelerinde şişman birey bulunma durumuna göre OÖÖ, EEÖ ve EBÖ puanlarının karşılaştırılması

Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının yakın çevrelerinde şişman birey bulunma durumlarına göre OÖÖ, EEÖ, EBÖ puanları Tablo 4.9’da verilmiştir.

Yakın çevresinde şişman birey bulunan grubun OÖÖ medyan değeri 80, bulunmayan grubun medyan değeri 79 bulunmuştur ve bu fark istatistiksel açıdan önemlidir değildir ( $p>0.05$ ).

EEÖ’de ise yakın çevresinde şişman birey bulunan grubun medyan değeri 72, bulunmayan grubun medyan değeri 74 olarak tespit edilmiştir ve bu fark istatistiksel açıdan önemlidir değildir ( $p>0.05$ ).

EBÖ sonuçları değerlendirildiğinde şişman birey bulunan grubun medyan değeri 135, bulunmayan grubun medyan değeri 142 olduğu saptanmıştır ve fark istatistiksel açıdan önemlidir değildir ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.9. Sağlık çalışanlarının yakın çevrelerinde şişman birey bulunma durumuna göre OÖÖ, EEÖ ve EBÖ puanları**

ÖLÇEK PUANI												
		Obezite Önyargı Ölçeği			Empatik Eğilim Ölçeği				Empatik Beceri Ölçeği			
Yakın çevrenizde şişman birey	n	Medyan* (Alt-Üst)	$\bar{X}$	SS	n	Medyan <sup>o</sup> (Alt-Üst)	$\bar{X}$	SS	n	Medyan* (Alt-Üst)	$\bar{X}$	SS
<b>Var</b>	205	80 (57-108)	81.0	10.52	205	72 (51-99)	72.4	7.47	205	135 (92-199)	138.4	21.04
<b>Yok</b>	43	79 (45-100)	78.7	10.59	43	74 (55-88)	72.7	6.54	43	142 (106-190)	142.5	19.84
<b>Toplam</b>	248	80 (45-108)	80.6	10.55	248	73 (51-99)	72.4	7.31	248	137 (92-199)	139.2	20.85

\* $p=0.179$ , <sup>o</sup> $p= 0.832$ , \* $p=0.102$

#### 4.10. Sağlık çalışanlarının kendi vücut görünümelerini algılama durumuna göre OÖÖ, EEÖ ve EBÖ puanlarının karşılaştırılması

Sağlık çalışanlarının kendi vücut görünümelerini algılama durumlarına göre OÖÖ puanları incelendiğinde medyan puanları zayıf, normal, fazla kilolu, şişman/obez ve aşırı şişman/aşırı obez grubuna göre sırasıyla 84, 78, 80, 80, 79, 80 olarak saptanmıştır ve bu fark istatistiksel açıdan önemlidir ( $p=0.040$ ). Bu fark zayıf ve normal gruplar arasındaki farklılıktan dolayıdır.

EEÖ'ye göre medyan puanları zayıf, normal, fazla kilolu, şişman/obez ve aşırı şişman/aşırı obez grubuna göre sırasıyla 73, 73, 73, 73, 73, 72, 73 olarak saptanmıştır ve bu fark istatistiksel açıdan önemli değildir ( $p>0.05$ ).

EBÖ'ye göre medyan puanları zayıf, normal, fazla kilolu, şişman/obez ve aşırı şişman/aşırı obez grubuna göre sırasıyla 136, 138, 136, 136, 123, 137 olarak saptanmıştır ve bu fark istatistiksel açıdan önemli bulunmamıştır ( $p>0.05$ ), (Tablo 4.10).

**Tablo 4.10. Sağlık çalışanlarının kendi vücut görünümelerini algılama durumuna göre OÖÖ, EEÖ ve EBÖ puanları**

Vücut görünümü	ÖLÇEK PUANI											
	Obezite Önyargı Ölçeği				Empatik Eğilim Ölçeği				Empatik Beceri Ölçeği			
n	Medyan* (Alt-Üst)	$\bar{X}$	SS	n	Medyan <sup>o</sup> (Alt-Üst)	$\bar{X}$	SS	n	Medyan* (Alt-Üst)	$\bar{X}$	SS	
Zayıf	64	84 (60-107)	83.9	10.81	64	73 (60-88)	72.7	6.06	64	136 (92-196)	137.8	22.58
Normal	116	78 (45-108)	78.9	10.51	116	73 (52-99)	72.4	7.78	116	138 (106-199)	141.1	22.04
Fazla kilolu	44	80 (60-105)	81.2	10.42	44	73 (51-90)	72.0	8.5	44	136 (102-181)	138.2	18.22
Şişman/Obes	21	80 (66-102)	79.3	8.25	21	73 (62-83)	72.4	6.01	21	136 (116-162)	136.6	13.10
Aşırı şişman/Aşırı obez	3	79 (65-89)	77.7	12.06	3	72 (69-81)	74.0	6.25	3	123 (112-140)	125.0	14.11
<b>Toplam</b>	<b>248</b>	<b>80 (45-108)</b>	<b>80.6</b>	<b>10.55</b>	<b>248</b>	<b>73 (51-99)</b>	<b>72.4</b>	<b>7.31</b>	<b>248</b>	<b>137 (92-199)</b>	<b>139.2</b>	<b>20.85</b>

\* $p=0.040$ , <sup>o</sup> $p=0.984$ , • $p=0.670$

#### **4.11. Sağlık alışanlarının OÖÖ Puan Ortalamalarının Kendi Beden Algıları ve BKİ Sınıflamalarına Göre Dağılımlarının Analizi**

Sağlık alışanlarının kendi beden algıları ve BKİ sınıflamalarına göre OÖÖ puan ortalamaları Tablo 4.11’de verilmiştir. Beden algısına göre kendini normal olarak değerlendiren ancak BKİ sınıflamasına göre şişman sınıfında yer alan sağlık alışanlarının OÖÖ puan ortalaması tüm karşılaştırmalar arasında en düşük puan ortalaması olarak saptanmıştır ( $73.6 \pm 5.86$ ). Beden algısına göre kendini normal olarak değerlendiren ancak BKİ sınıflamasına göre zayıf sınıfında yer alan sağlık çalışanlarının ise OÖÖ puan ortalaması tüm karşılaştırmalar arasında en yüksek puan ortalaması olarak tespit edilmiştir ( $103.0 \pm 0.00$ ). Beden algısı olarak kendini fazla kilolu ve şişman/obez olarak tanımlayan ancak BKİ sınıflamasına göre zayıf olan, yine beden algısı olarak kendini aşırı şişman/aşırı obez olarak tanımlayan ancak BKİ sınıflamasına göre zayıf, normal ve fazla kilolu olan birey bulunmamıştır.



**Tablo 4.11. Sağlık çalışanlarının kendi beden algıları ve BKİ sınıflamalarına göre OÖÖ puan ortalamalarının aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri**

Sağlık çalışanlarının kendi beden algıları	Sağlık Çalışanlarının BKİ Sınıflamaları (kg/m <sup>2</sup> )															
	Zayıf				Normal				Fazla Kilolu				Şişman/Obez			
	S	%	$\bar{X}$	SS	S	%	$\bar{X}$	SS	S	%	$\bar{X}$	SS	S	%	$\bar{X}$	SS
Zayıf	8	88.9	80.4	12.43	46	41.8	84.2	11.00	9	9.1	86.6	8.57	1	3.3	75.0	-
Normal	1	11.1	103.0	-	62	56.4	80.9	10.29	48	48.5	76.4	10.16	5	16.7	73.6	5.86
Fazla kilolu	-	-	-	-	1	0.9	77.0	-	30	30.3	80.2	10.22	13	43.3	83.6	11.23
Şişman/Obez	-	-	-	-	1	0.9	84.0	-	12	12.1	79.0	8.93	8	26.7	79.3	8.10
Aşırı şişman/Aşırı obez	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	10.0	77.7	12.06

#### 4.12. Sağlık Çalışanlarının Vücut Ağırlıkları İle İlişkili Olumsuz Davranışlara Maruz Kalma Durumlarına Göre OÖÖ, EEÖ ve EBÖ Puanlarının Karşılaştırılması

248 sağlık çalışanından 210 (%84.7)'unun vücut ağırlıkları ile ilişkili olumsuz davranışlara maruz kalmadığı, 38 (%15.3)'ünün vücut ağırlıkları ile ilişkili olumsuz davranışlara maruz kaldığı tespit edilmiştir. OÖÖ' ye bakıldığında medyan değeri maruz kaldım diyen grubun, maruz kalmadım diyen gruba göre 2 puan düşük olduğu tespit edilmiştir (maruz kalan:79, maruz kalmayan:81) ve istatistiksel açıdan önemli fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

EEÖ' ye bakıldığında medyan değerleri her iki grupta 73, EBÖ medyan değeri her iki grupta 137 olarak saptanmıştır.

Hem EEÖ ve hem EBÖ puanları değerlendirildiğin de iki grup arasında istatistiksel bir fark saptanmamıştır ( $p>0.05$ ), (Tablo 4.12).

**Tablo 4.12. Sağlık çalışanlarının vücut ağırlıkları ile ilişkili olumsuz davranışlara maruz kalma durumlarına göre OÖÖ, EEÖ ve EBÖ puanları**

	ÖLÇEK PUANI											
	Obezite Önyargı Ölçeği				Empatik Eğilim Ölçeği				Empatik Beceri Ölçeği			
Vücut ağırlıkları ile ilişkili olumsuz davranışlara	n	Medyan* (Alt-Üst)	$\bar{X}$	SS	n	Medyan <sup>o</sup> (Alt-Üst)	$\bar{X}$	SS	n	Medyan <sup>•</sup> (Alt-Üst)	$\bar{X}$	SS
Maruz kaldım	38	79 (65-97)	78.9	7.92	38	73 (52-83)	72.0	7.28	38	137 (106-167)	137.6	16.62
Maruz kalmadım	210	81 (45-108)	80.9	10.94	210	73 (51-99)	72.5	7.33	210	137 (92-199)	139.4	21.55
<b>Toplam</b>	<b>248</b>	<b>80 (45-108)</b>	<b>80.6</b>	<b>10.55</b>	<b>248</b>	<b>73 (51-99)</b>	<b>72.4</b>	<b>7.31</b>	<b>248</b>	<b>137 (92-199)</b>	<b>139.2</b>	<b>20.85</b>

\*p= 0.282, <sup>o</sup>p=0.708, <sup>•</sup>p=0.894

#### **4.13. Sağlık Çalışanlarının Cinsiyete Göre Vücut Ağırlıkları İle İlişkili Olumsuz Davranışlara Maruz Kalma Durumları ve OÖÖ Puan Sınıflamalarının Dağılımları**

Sağlık çalışanlarının cinsiyete göre vücut ağırlıkları ile ilişkili olumsuz davranışlara maruz kalma durumları ve OÖÖ puan sınıflamalarının dağılımları Tablo 4.13'de verilmiştir. Toplam 182 kadın sağlık çalışanından 29'unun vücut ağırlıkları ile ilişkili olumsuz davranışlara maruz kaldığı, 153'ünün bu tip davranışlara maruz kalmadığı bulunmuştur. Toplam 66 erkek sağlık çalışanından ise 9'unun vücut ağırlıkları ile ilişkili olumsuz davranışlara maruz kaldığı 57'sinin maruz kalmadığı bulunmuştur. Olumsuz davranışlara maruz kalan 29 kadın sağlık çalışanının %69.0'u önyargıya eğilimli, %27.6'sı önyargılı, %3.4'ü önyargısız olarak, olumsuz davranışlara maruz kalmayan 153 kadın sağlık çalışanının %50.3 önyargıya eğilimli, %34.7 önyargılı ve %15.0'i önyargısız oldu bulunmuştur. Olumsuz davranışlara maruz kalan 9 erkek sağlık çalışanının %66.7'si önyargıya eğilimli, %22.2'si önyargılı, %11.1'i önyargısız olarak, olumsuz davranışlara maruz kalmayan 57 erkek sağlık çalışanının %61.4'ünün önyargıya eğilimli, %31.6'sının önyargılı ve %7.0'sinin önyargısız olduğu tespit edilmiştir. Sağlık çalışanlarının cinsiyete göre vücut ağırlıkları ile ilişkili olumsuz davranışlara maruz kalma durumları ve OÖÖ puan sınıflamalarının dağılımları arasında istatistiksel bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.13. Sağlık çalışanlarının cinsiyete göre vücut ağırlıkları ile ilişkili olumsuz davranışlara maruz kalma durumları ve OÖÖ puan sınıflamalarının dağılımları**

Vücut Ağırlığı İlişkili Olumsuz Davranışlara Maruz Kalma Durumları															
	Kadın (n=182)					Erkek (n=66)					Toplam (n=248)				
	Kalmış		Kalmamış		p	Kalmış		Kalmamış		p	Kalmış		Kalmamış		p
	S	%	S	%		S	%	S	%		S	%	S	%	
<b>OÖÖ puan sınıflaması</b>	0.81 <sup>a</sup>					0.11 <sup>b</sup>					0.18 <sup>a</sup>				
Önyargısız	1	3.4	23	15.0		1	11.1	4	7.0		2	5.3	29	12.9	
Önyargıya eğilimli	20	69.0	77	50.3		6	66.7	35	61.4		26	68.4	138	53.3	
Önyargılı	8	27.6	53	34.7		2	22.2	18	31.6		10	26.3	81	33.8	

a: Pearson ki-kare testi, b: Likelihood ratio (Benzerlik oran testi)

#### 4.14. Sağlık Çalışanlarının Cinsiyete Göre Vücut Ağırlıkları İle İlişkili Maruz Kaldıkları Davranışlar

Çalışmaya katılan 248 sağlık çalışanından 210(%84.7)'unun vücut ağırlıkları ile ilişkili davranışlara maruz kalmadığı, 38(%15.3)'inin maruz kaldığı tespit edilmiştir. Vücut ağırlıkları ile ilişkili maruz kaldıkları davranışların dağılımı en çoktan en aza doğru sıralandığında lakap takıldı % 48.8(K:%46.7, E: %54.5), sözlü ve kaba davranışlara maruz kaldım %46.3(K:%46.7, E: %45.5), diğer (sözsüz kaba davranış, eleştiri, kilo kaynaklı şaka) %19.5(K:%20.0, E:%18.2), ayrımcılığa maruz kaldım %14.6( K:%13.3, E: %18.2), dışlanmaya maruz kaldım %9.8(K: 10.0, E:9.1) olarak tespit edilmiştir (Tablo 4.14).

**Tablo 4.14. Sağlık çalışanlarının cinsiyete göre vücut ağırlıkları ile ilişkili maruz kaldıkları davranışların dağılımları**

	Cinsiyet					
	Kadın (n=29)		Erkek (n=9)		Toplam (n=38)	
Vücut ağırlığına ilişkin maruz kalınan davranışlar*	S	%	S	%	S	%
Ayrımcılığa maruz kalmış	4	13.3	2	18.2	6	14.6
Lakap takılmış	14	46.7	6	54.5	20	48.8
Dışlanmaya maruz kalmış	3	10.0	1	9.1	4	9.8
Sözlü ve kaba davranışlara maruz kalmış	14	46.7	5	45.5	19	46.3
Diğer (sözsüz kaba davranış, eleştiri, kilo kaynaklı şaka)	6	20.0	2	18.2	8	19.5

\*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir. Yüzde değerler n sayıları üzerinden alınmıştır

#### **4.15. Sağlık alışanlarının Obez Bireylere Karşı nyargı Beyanları ve O Puan Sınıflamalarına Göre Puan Ortalamaları ve Dağılımı**

O puanına göre önyargısız olan sağlık çalışanlarından kendilerini önyargısız ifade edenlerin puanı ( $64.5\pm 3.45$ ), önyargılı olarak ifade edenlerden daha yüksek ( $64.3\pm 2.99$ ) bulunmuştur. Benzer şekilde O puanına göre önyargıya eğilimli olan ve önyargılı olan grupta en yüksek puan sırayla kendilerini önyargısız ifade edenlerde bulunmuştur ( $77.6\pm 4.29$ ), ( $92.8\pm 3.34$ ), (Tablo 4.15).

**Tablo 4.15. Sağlık çalışanlarının obez bireylere karşı önyargı beyanları ve OÖÖ puan sınıflamalarına göre puan ortalamaları ve dağılımı**

Obez bireylere karşı önyargı tutumu	OÖÖ Puan Sınıflaması												Toplam	
	Önyargısız (68.00 ve altı)				Önyargıya eğilimli (68.01-84.99)				Önyargılı (85.00 ve üstü)					
	S	%	$\bar{X}$	SS	S	%	$\bar{X}$	SS	S	%	$\bar{X}$	SS	S	%
Ön yargılıyım	4	13.8	64.3	2.99	9	6.5	75.1	4.59	1	1.2	88.0	.	14	5.6
Ön yargısızım	22	75.9	64.5	3.50	117	84.8	77.6	4.29	74	91.4	92.8	6.34	213	85.9
Fikrim yok	3	10.3	56.0	9.54	12	8.7	76.2	3.93	6	7.4	87.3	2.58	21	8.5
<b>Toplam</b>	29	100.0			138	100.0			81	100.0			248	100.0

#### 4.16. Sağlık Çalışanlarının Obez Bireylere Karşı Önyargı Beyanlarına Göre OÖÖ, EEÖ ve EBÖ Puanlarının Karşılaştırılması

Sağlık çalışanlarının obez bireylere karşı önyargı beyanlarına göre OÖÖ puanları karşılaştırıldığında önyargısız olduğunu ifade edenlerin medyan değeri 81'dir ve en yüksek değerdir. Fikrim yok beyanında bulunanların medyan değeri 78'dir. Önyargılı olduklarını beyan edenlerin medyan değeri 72'dir ve en düşüktür. Bu fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ( $p=0.002$ ). Farklılık önyargılı ve önyargısız gruplarından kaynaklıdır.

EEÖ'ye göre fikrim yok beyanında bulunan sağlık çalışanlarının en düşük medyan değeri (medyan=71), önyargısız beyanında bulunan sağlık çalışanlarının en yüksek medyan değerine (medyan=73) sahip oldukları tespit edilmiştir. Ancak bu fark istatistiksel açıdan önemli değildir ( $p>0.05$ ).

Benzer durumun EEÖ içinde geçerli olduğu görülmüştür. Buna göre en düşük medyan değeri önyargılı olduğunu beyan eden grupta (medyan=133), en yüksek medyan değeri (medyan=137) önyargısız ve fikri olmadığını beyan eden grupta tespit edilmiştir ve bu fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.16).

**Tablo 4.16. Sağlık çalışanlarının obez bireylere karşı önyargı beyanlarına göre OÖÖ, EEÖ ve EBÖ puanları**

	ÖLÇEK PUANI											
	Obezite Önyargı Ölçeği				Empatik Eğilim Ölçeği				Empatik Beceri Ölçeği			
	n	Medyan* (Alt-Üst)	$\bar{X}$	SS	n	Medyan <sup>o</sup> (Alt-Üst)	$\bar{X}$	SS	n	Medyan* (Alt-Üst)	$\bar{X}$	SS
<b>Önyargılıyım</b>	14	72 (60-88)	72.9	7.68	14	72 (51-82)	71.4	8.13	14	133 (106-168)	135.9	20.82
<b>Önyargısızım</b>	213	81 (55-108)	81.5	10.42	213	73 (52-99)	72.8	7.35	213	137 (92-199)	139.8	20.09
<b>Fikrim yok</b>	21	78 (45-91)	76.5	10.84	21	71 (60-80)	70.0	5.92	21	136 (106-170)	134.8	18.50
<b>Toplam</b>	248	80 (45-108)	80.6	10.55	248	73 (51-99)	72.4	7.31	248	137 (92-199)	139.2	20.85

\* $p=0.002$ , <sup>o</sup> $p=0.210$ , \* $p=0.538$



#### 4.17. Sağlık Çalışanlarının Obezitenin Tanı Tedavi Ve Sürecinde Yer Alma Durumlarına Göre OÖÖ, EEÖ ve EBÖ Puanlarının Karşılaştırılması

Sağlık çalışanlarının obezitenin tanı tedavi ve sürecinde yer alma durumlarına göre OÖÖ puanlarına bakıldığında; iki grup arasındaki medyan değerleri arasında 1 puanlık fark gözlemlenmiştir (yer alan:79, yer almayan:80) ve bu fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

EEÖ' ye bakıldığında medyan değerleri yer alan grupta 74, yer almayan grupta 72 olarak bulunmuştur. Bu farkın istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ( $p=0.011$ ).

EBÖ incelendiğinde obezitenin tanı, tedavi ve izlem sürecinde yer alan sağlık çalışanlarının medyan değeri 134, yer almayanların medyan değeri 137 olarak tespit edilmiştir Bu fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır ( $p>0.05$ ), (Tablo 4.17).

**Tablo 4.17. Sağlık çalışanlarının obezitenin tanı tedavi ve sürecinde yer alma durumlarına göre OÖÖ, EEÖ ve EBÖ puanları**

	ÖLÇEK PUANI											
	Obezite Önyargı Ölçeği				Empatik Eğilim Ölçeği				Empatik Beceri Ölçeği			
Obezitenin tanı, tedavi ve izlem sürecinde	n	Medyan* (Alt-Üst)	$\bar{X}$	SS	n	Medyan <sup>o</sup> (Alt-Üst)	$\bar{X}$	SS	n	Medyan* (Alt-Üst)	$\bar{X}$	SS
Yer almış	57	79 (60-107)	80.9	9.85	57	74 (51-99)	74.6	8.01	57	134 (92-199)	138.5	21.96
Yer almamış	191	80 (45-108)	80.5	10.77	191	72 (52-90)	71.8	6.98	191	137 (95-188)	139.4	20.58
<b>Toplam</b>	<b>248</b>	<b>80 (45-108)</b>	<b>80.6</b>	<b>10.55</b>	<b>248</b>	<b>73 (51-99)</b>	<b>72.4</b>	<b>7.31</b>	<b>248</b>	<b>137 (92-199)</b>	<b>139.2</b>	<b>20.85</b>

\* $p=0.810$ , <sup>o</sup> $p=0.011$ , • $p=0.777$

#### **4.18. Sağlık Çalışanlarının Cinsiyetlerine Göre Obez Bireylerin Tanı, Tedavi ve İzlem Sürecinde Yer Alma Durumu ve Karşılaştıkları Zorluklara İlişkin Dağılımlarının Değerlendirilmesi**

Sağlık çalışanlarının cinsiyetlerine göre obezitenin tanı, tedavi ve izlem sürecinde yer alma durumlarına bakıldığında; 248 sağlık çalışanının 191(%77.0)'inin yer almadığı, 57(%23)'sinin yer aldığını bulunmuştur. 57 sağlık çalışanından 49(K: 36, E:13)'unun obezitenin tanı tedavi ve izlem sürecinde zorlayan yönler olduğunu beyan ettikleri tespit edilmiştir. Obezitenin tanı tedavi ve izlem sürecindeki aşamalarda zorlukla karşılaştığını beyan eden sağlık çalışanlarının karşılaştıkları zorlukların %60'ı (K:%56.8, E:%69.2) tedavi sürecinde hastalıktan öte obezite kaynaklı komplikasyonlar nedeniyle yaşanan sorunlar(kan basıncı düzensizliği, kan parametrelerinin kontrol altına alınamaması, kabızlık sorunu, yara iyileşmesinde gecikme vb.), %54'ü (K:%59.5, E:%38.5) tedaviye uyum sorunu, %40'ı (K:%37.8, E:%46.2) fiziksel muayene (tansiyon ölçümü, stetoskop kullanımı vb.), %22'si (K:21.6, E:%23.1) hasta öyküsü/iletişim, %18'i (K: %10.8, E: %38.5) diğer sorunlar (damar yolu bulma sorunu, hasta nakili, ameliyat sonrası mobilizasyon, multi disiplinler ekip çalışması sorunları), %14'ü (K:%16.2, E:%7.7) antropometrik ölçüm (vücut ağırlığı, boy ölçümü, bel çevresi ölçümü vb.) olarak bulunmuştur (Tablo 4.18).

**Tablo 4.18. Sağlık çalışanlarının cinsiyetlerine göre obez bireylerin tanı, tedavi ve izlem sürecinde yer alma durumu ve karşılaştıkları zorluklara ilişkin dağılımı**

	Cinsiyet					
	Kadın (n=36)		Erkek (n=13)		Toplam (n=49)	
<b>Obez bireylerin tanı, tedavi ve izlem sürecinde karşılaşılan zorluklar*</b>	<b>S</b>	<b>%</b>	<b>S</b>	<b>%</b>	<b>S</b>	<b>%</b>
Hasta öyküsü/İletişim	8	21.6	3	23.1	11	22.0
Fiziksel muayene (tansiyon ölçümü, stetoskop kullanımı vb.)	14	37.8	6	46.2	20	40.0
Antropometrik ölçüm (vücut ağırlığı, boy ölçümü, bel çevresi ölçümü vb.)	6	16.2	1	7.7	7	14.0
Tedavi sürecinde hastalıktan öte obezite kaynaklı komplikasyonlar nedeniyle yaşanan sorunlar(kan basıncı düzensizliği, kan parametrelerinin kontrol altına alınamaması, kabızlık sorunu, yara iyileşmesinde gecikme vb.)	21	56.8	9	69.2	30	60.0
Tedaviye uyum sorunu	22	59.5	5	38.5	27	54.0
Diğer (damar yolu bulma sorunu, hasta nakili, ameliyat sonrası mobilizasyon, multi disiplinler ekip çalışması sorunları)	4	10.8	5	38.5	9	18.0

\*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir. Yüzde değerler n sayıları üzerinden alınmıştır

#### 4.19. Sağlık Çalışanlarının Sağlık Kuruluşlarında Obezitesi Olan Bireylere Ayrıcalık Tanınması Fikri ile OÖÖ, EEÖ ve EBÖ Puanlarının Karşılaştırılması

Sağlık çalışanlarının sağlık kuruluşlarında obezitesi olan bireylere ayrıcalık tanınması fikri ile ölçek puanları Tablo 4.19’da verilmiştir.

OÖÖ puanlarına göre iki grubun medyan değerleri arasında 1 puanlık fark gözlemlenmiştir (olmalı:80, olmamalı:79) ve bu fark istatistiksel açıdan önemlilik yaratmamıştır ( $p>0.05$ ).

Benzer şekilde EEÖ puanlarına göre iki grubun medyan değerleri arasında 1 puanlık fark gözlemlenmiştir (olmalı:73, olmamalı:74). Ancak istatistiksel açıdan fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

EBÖ puanlarına göre benzer şekilde iki grubun medyan değerleri arasında 1 puanlık fark gözlemlenmiştir (olmalı:137, olmamalı:136) ve fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.19. Sağlık çalışanlarının sağlık kuruluşlarında obezitesi olan bireylere ayrıcalık tanınması fikri ile OÖÖ, EEÖ ve EBÖ puanları**

ÖLÇEK PUANI															
		Obezite Önyargı Ölçeği			Empatik Eğilim Ölçeği				Empatik Beceri Ölçeği						
Obezitesi olan bireylere sağlık kuruluşlarında ayrıcalık	n	Medyan*		$\bar{X}$	SS	n	Medyan <sup>o</sup>		$\bar{X}$	SS	n	Medyan*			
		(Alt-Üst)					(Alt-Üst)					(Alt-Üst)			
<b>Olmalı</b>	213	80 (45-108)		80.7	10.40	213	73 (51-99)		72.4	7.45	213	137 (92-199)		139.8	21.22
<b>Olmamalı</b>	35	79 (55-105)		80.4	11.59	35	74 (58-83)		72.9	6.45	35	136 (106-190)		135.3	18.26
<b>Toplam</b>	248	80 (45-108)		80.6	10.55	248	73 (51-99)		72.4	7.31	248	137 (92-199)		139.2	20.85

\* $p=0.882$ , <sup>o</sup> $p=0.677$ , • $p=0.242$

#### 4.20. Sağlık Çalışanlarının Cinsiyete Göre Obezitesi Olan Bireyler İçin Sağlık Kuruluşlarında Ayrıcalık Tanınmasını İstedikleri Alan Beyanları

Sağlık çalışanlarının cinsiyete göre obezitesi olan bireyler için sağlık kuruluşlarında ayrıcalık tanınmasını istedikleri alan beyanlarına ilişkin dağılıma bakıldığında; 248 sağlık çalışanında 213(%85.9)'ü ayrıcalık olmalı, 35(%14.1)'i ayrıcalık olmamalı beyanında bulunmuştur.

Sağlık kuruluşlarında obezitesi olan bireylere ayrıcalık tanınsın diyen 213 (K:156, E:57) sağlık çalışanının öncelikli alan beyanlarına bakıldığında yüksekten düşüğe doğru sırasıyla; hastane içi alanlar/taşıma araçlarında %87.8(K:%87.8, E:%87.7), klinikte yatarak tedavi görülen alanlarda %86.9(K:%87.2, E:%86.0), poliklinik hizmeti alınan yerlerde %84.5(K:%84.0, E:%86.0), görüntüleme merkezlerinde %71.4(K:%73.7, E:%64.9), ameliyathane %64.3 (K:%69.2, E:%50.9)'tür (Tablo 4.20).

**Tablo 4.20. Sağlık çalışanlarının cinsiyete göre obezitesi olan bireyler için sağlık kuruluşlarında ayrıcalık tanınmasını istedikleri alan beyanlarının dağılımı**

	Cinsiyet					
	Kadın (n=156)		Erkek (n=57)		Toplam (n=213)	
	S	%	S	%	S	%
<b>Sağlık kuruluşlarında ayrıcalık tanınması istenilen alanlar*</b>						
Poliklinik hizmeti alınan yerler	131	84.0	49	86.0	180	84.5
Klinikte yatarak tedavi görülen alanlar	136	87.2	49	86.0	185	86.9
Görüntüleme merkezleri	115	73.7	37	64.9	152	71.4
Ameliyathane	108	69.2	29	50.9	137	64.3
Hastane içi alanlar/taşıma araçları	137	87.8	50	87.7	187	87.8

\*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir. Yüzde değerler n sayıları üzerinden alınmıştır.

#### 4.21. Sağlık Çalışanlarının Yaş İle OÖÖ, EEÖ ve EBÖ Arasındaki Korelasyonlar

Yaş ile OÖÖ ( $r=0.026$ ,  $p=0.682$ ) ve EEÖ ( $r=0.038$ ,  $p=0.441$ ) puanları arasında pozitif yönlü bir ilişki saptanmış ancak istatistiksel açıdan önemli bulunmamıştır. Yaş ile EBÖ ( $r=-0.072$ ,  $p=0.137$ ) puanları arasındaki ilişki negatif yönde bulunmuş ancak benzer şekilde istatistiksel açıdan önemli bulunmamıştır (Tablo 4.21).

**Tablo 4.21. Yaş ile OÖÖ, EEÖ ve EBÖ ölçek puanları arasındaki korelasyonlar**

	Obezite Önyargı Ölçeği			Empatik Eğilim Ölçeği			Empatik Beceri Ölçeği		
	n	r	p	n	r	p	n	r	p
Yaş	248	0.026	0.682	248	0.038	0.441	248	-0.072	0.137

#### 4.22. Sağlık Çalışanlarının Meslekleri İle OÖÖ, EEÖ ve EBÖ Ölçek Puanları Arasındaki Korelasyonlar

Sağlık çalışanlarının meslekleri ile OÖÖ ( $r=0.006$ ,  $p=0.929$ ), EEÖ ( $r=0.015$ ,  $p=0.754$ ) ve EBÖ ( $r=-0.070$ ,  $p=0.129$ ) puanları arasındaki ilişki istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır (Tablo 4.22).

**Tablo 4.22. Sağlık çalışanlarının meslekleri ile OÖÖ, EEÖ ve EBÖ ölçek puanları arasındaki korelasyonlar**

	Obezite Önyargı Ölçeği			Empatik Eğilim Ölçeği			Empatik Beceri Ölçeği		
	n	r	p	n	r	p	n	r	p
Sağlık Çalışanlarının Meslekleri	248	0.006	0.929	248	0.015	0.754	248	-0.070	0.129

#### 4.23. Meslek İle OÖÖ, EEÖ ve EBÖ Ölçek Puanları Arasındaki Korelasyonlar

Sadece hekim ve hemşire grubu ile OÖÖ, EEÖ ve EBÖ puanları arasındaki korelasyonlar değerlendirildiğinde; çalışmaya katılan hekimlerin hemşirelere göre OÖÖ ( $r=-0.110$ ,  $p=0.271$ ) ve EBÖ ( $r=-0.089$ ,  $p=0.372$ ) puanları daha yüksek bulunmuştur. Ancak aralarındaki ilişki istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır. EEÖ puanları ile ilişkisine bakıldığında ise hekimlerin hemşirelere göre EEÖ ( $r=0.014$ ,

p=0.868) puanları düşük bulunmuş. Ancak aralarındaki ilişki yine istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır. (Tablo 4.23).

**Tablo 4.23. Meslek ile OÖÖ, EEÖ ve EBÖ ölçek puanları arasındaki korelasyonlar**

	Obezite Önyargı Ölçeği			Empatik Eğilim Ölçeği			Empatik Beceri Ölçeği		
	n	r	p	n	r	p	n	r	p
<b>Meslek<sup>#</sup></b>	103	-0.110	0.271	103	0.014	0.868	103	-0.089	0.372

<sup>#</sup>point-biserial korelasyon katsayısı ile hesaplanmıştır.

#### 4.24. Obezitenin tanı tedavi ve izlem sürecinde yer alma durumu ile OÖÖ, EEÖ ve EBÖ Ölçek Puanları Arasındaki Korelasyonlar

Obezitenin tanı tedavi ve izlem sürecinde yer alanların almayanlara göre OÖÖ (r=-0.015, p=0.810) ve EEÖ (r=-0.118, p=0.026) puanları daha yüksek bulunmuştur. Ancak aralarındaki ilişki istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır. EBÖ puanları ile ilişkisine bakıldığında ise yer alanların almayanlara göre EBÖ (r=0.029, p=0.575) puanları düşük bulunmuştur. Ancak aralarındaki ilişki yine istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır (Tablo 4.24).

**Tablo 4.24. Obezitenin tanı, tedavi ve izlem sürecinde yer alma durumu ile OÖÖ, EEÖ ve EBÖ ölçek puanları arasındaki korelasyonlar**

	Obezite Önyargı Ölçeği			Empatik Eğilim Ölçeği			Empatik Beceri Ölçeği		
	n	r	p	n	r	p	n	r	p
<b>Obezitenin tanı, tedavi ve izlem sürecinde yer alma durumu<sup>#</sup></b>	248	-0.015	0.810	248	-0.118	0.026	248	0.029	0.575

<sup>#</sup>point-biserial korelasyon katsayısı ile hesaplanmıştır.

## 5. TARTIŞMA

Obezite; bireyleri fizyolojik, psikolojik ve sosyal yönden olumsuz etkileyen ve getirdiği hastalık yükü ile birlikte sağlık harcamalarını arttıran ciddi bir hastalık olarak değerlendirilmektedir (35-37). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların (BOH) Önlenmesine ve Kontrolüne İlişkin Küresel Eylem Planı'nda durdurulması gereken hastalıklar arasında yer alan obezite ile ilgili son 10 yılda yapılan bilimsel çalışmalarda özellikle toplumlarda yarattığı psikolojik ve sosyal sorunlara dikkat çekilmekte ve vücut ağırlığı temelli önyargı, damgalama ve ayrımcılığın psikolojik sorunlara zemin hazırladığı vurgulanmaktadır (38,47). DSÖ Ağırlık Önyargısı Avrupa Raporu'nda ise fazla kilolu veya obez bireylerin vücut ağırlıklarına yönelik önyargının özellikle sağlık profesyonellerinde %69'lara ulaştığına dikkat çekilmektedir (67).

Bu nedenle başta sağlık olmak üzere yaşamın her alanında ağırlık temelli yaklaşımların ortadan kaldırılması için uygulanacak ülke sağlık politikaları ve özellikle öğrencilik döneminde başlayan eğitimler ve devamında çalışma ortamlarındaki hizmet içi eğitim programları planlanmalıdır. Burada asıl amaç ileriye dönük obezite sorunu yaşayan kişilerin topluma kazandırılması, sorunlarının azaltılması ve nihayetinde sağlıklı bir toplum oluşumuna katkı sağlanmasıdır.

Bu çalışmaya 66(%26.6)'sı erkek, 182(%73.4)'si kadın olmak üzere toplam 248 sağlık çalışanı katılmıştır. Sağlık çalışanlarının yaş ortalamaları  $42.3 \pm 7.71$ 'dir.

Sert ve ark. (147) tarafından sağlık yüksek okulu öğrencilerinin obezite önyargıları düzeylerini araştırdıkları çalışmalarında GAMS-27 Obezite Önyargı Ölçeği (OÖÖ) kullanılmış, sağlık yüksek okulu öğrencilerinde OÖÖ toplam puan ortalaması 78.55 olarak tespit edilmiştir. Öztürk Altınkaynak ve ark. (148) tarafından yine aynı ölçekle ebelik öğrencileri arasında yapılan çalışmada OÖÖ ölçek toplam puan ortalaması 74.51 olarak, Okumuşoğlu (149) tarafından üniversitenin farklı bölümde okuyan 4.sınıf öğrencileri ile yapılan çalışmada ise 82.42 olarak bulunmuştur. Türkiye'de yapılan çalışmalar sağlık alanı öğrencileri ile yürütülmüş olup, sağlık çalışanlarının dahil edildiği herhangi bir çalışma bulunmamaktadır.



Sabin'in (64) alt örneklem olarak hekimleri temel aldığı çalışmasında Weight Implicit Association Test (IAT) uygulamış ve açık ve örtük önyargıyı bu grupta yaygın ve yüksek bulmuştur. Miller (150) tarafından 354 tıp öğrencisine aynı test uygulanmış ve öğrencilerin 1/3'den fazlasının örtük ağırlık önyargısına sahip olduğu tespit edilmiştir.

Bu çalışmada da GAMS-27 OÖÖ puan ortalaması (80.61) diğer çalışmalarda olduğu gibi yüksek bulunmuştur. Aradaki OÖÖ puan ortalama farkının çalışmanın farklı örneklem gruplarında uygulanması ve çalışmaların bazılarında farklı bir ölçek kullanılmasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Akgöz ve ark. (132) tarafından hekimler arasında yapılan çalışmada Empatik Eğilim Ölçeği (EEÖ) puan ortalaması 69,26; Özcan (125) tarafından devlet hastanesinde çalışan hemşireler arasında gerçekleştirilen çalışmada 65.95; Dizer ve İyigün (151) tarafından yoğun bakım hemşireleri arasında yapılan çalışmada 70.50 bulunmuştur. Yiğitbaş ve ark. (123) tarafından sağlık eğitimi alan bir grup öğrenci ile gerçekleştirilen çalışmada 66.07; Tutuk ve ark. (17) tarafından hemşirelik 1. ve 4. sınıflar arasında okuyan öğrencilerle yapılan çalışmada ise 66.55 bulunmuştur.

Bu çalışmada ise EEÖ toplam puan ortalaması 72.44 bulunmuştur. Aradaki puan farkının örneklem grubunda iş deneyimi olan ve olmayan bireyler ile branş çeşitliliğinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Tiryaki Şen ve ark. (152) tarafından Empati Beceri Ölçeği (EBÖ) kullanılarak 1. basamak sağlık hizmetlerinde görevli sağlık çalışanlarında yapılan çalışmada EBÖ puan ortalaması 136.15 olarak; Özcan (125) yapmış olduğu çalışmada ise 109.97 bulunmuştur. Yiğitbaş ve ark. (123) tarafından gerçekleştirilen çalışmada EBÖ puan ortalaması 124.10; Arifoğlu ve Sala Razi (153) tarafından 1.sınıf hemşirelik öğrencileri arasında gerçekleştirilen çalışmada ise EBÖ puan ortalaması 131.05 olarak bulunmuştur.

Empatinin duygusal boyutunu ölçmede kullanılan EBÖ'den alınabilecek en yüksek puan 219 puandır. Bu çalışmada sağlık çalışanlarının EBÖ puan ortalaması 139.15 olup diğer çalışmalara benzerlik göstermektedir.

Phelan ve ark. (66) tarafından tıp fakültesi öğrencilerinin açık ve örtük önyargıları araştırılmış ve çalışma sonucunda siyahi öğrencilerin diğerlerine göre; kız öğrencilerin de erkek öğrencilere göre daha az düzeyde açık veya örtük önyargıya

sahip oldukları bildirilmiştir. Okumuşoğlu (149) tarafından yapılan çalışmada cinsiyetler arasında önyargı açısından fark olmadığı saptanmıştır. Sabin ve ark. (64) tarafından geniş bir doktor örnekleminde demografik özellikler baz alınarak bireylerin açık ve örtük obezite önyargıları araştırılmış ve bütün katılımcıların örtük obezite önyargı düzeylerinin yüksek ve erkeklerin örtük önyargı düzeylerinin kadınlara göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışmada ise cinsiyetlere göre OÖÖ puanları benzer olup aradaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Bu farkın araştırmaların farklı etnik köken, farklı sosyal yapılara sahip gruplarda yapılmış olmasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Yapılan çalışmalarda kadınların EEÖ puanının erkeklere göre daha yüksek ve empati kurma yetilerinin daha fazla olduğu görülmüştür (154,155). Bu çalışmada ise EEÖ puan ortalamaları benzer şekilde kadınlarda yüksek bulunsa da istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Hojat ve ark. (156)'nın Jefferson Hekim Empati Ölçeği (Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE)) ile tıp öğrencileri arasında yaptıkları çalışmalarında kadınların erkeklere nazaran daha fazla empati kurabildikleri saptanmıştır. Karakuş ve Tümkaya (157) tarafından sınıf öğretmenlerinin empati becerilerinin incelediği çalışmada ve Tiryaki Şen ve ark. (152) tarafından yapılan çalışmada kadınların EBÖ puan ortalaması erkeklere göre yüksek bulunmuştur. Bu çalışmada da yapılan diğer çalışmalara benzer olarak kadınların EBÖ puan ortalamaları erkeklere göre yüksektir ve istatistiksel olarak önemlidir ( $p<0.05$ ). Bu durum kadınların çocuk sahibi olmalarından kaynaklanıyor olabilir.

Özcan (125) tarafından yapılan çalışmada bireylerin yaşının artması ile EEÖ ve EBÖ puan ortalamalarının yükseldiği, ancak yaş grupları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmadığı bildirilmiştir. Teke ve ark. (155) tarafından yapılan çalışmada ise hekimlerin yaşları ile empatik eğilimleri arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmuştur. Tiryaki Şen ve ark. (152) tarafından yapılan çalışmada EBÖ puanı 36-45 yaş grubunda en yüksek değerlendirilmiş ve yaş ile EBÖ arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu çalışmada da Tiryaki Şen ve arkadaşlarının çalışmasına benzer olarak en yüksek EBÖ puan ortalaması 34-41 yaş grubunda en yüksek bulunmuş ancak 41 yaş sonrasında katılımcıların EBÖ puan ortalaması azalmakla birlikte yaşlar arasındaki bu farkın istatistiksel açıdan önemli

olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ). Diğer çalışmalar arasındaki farkın; çalışma grubunun sadece hekimlerden oluşması, çalışma grubundaki hekimlerin birebir hastalarla çalışıyor olması ve genel olarak empati düzeylerinin değerlendirilmesinden kaynakladığı düşünülebilir.

Sert ve ark. (147)'nin sağlık yüksek okulu öğrencileri ile gerçekleştirdiği çalışmalarında OÖÖ ile yaş arasında negatif yönlü bir ilişki tespit edilmiş ancak istatistiksel önemlilik bulunmamıştır ( $r=-0,030$ ,  $p=0,541$ ). Bu çalışmada da yaş değişkeni ile OÖÖ puanı arasında pozitif yönlü bir ilişki görülmekle birlikte istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $r=0.026$   $p=0.682$ ). Bu fark örnekleme çalışılan kesimin dahil edilmesinden ve uzun süreli iş yaşantısından kaynaklanıyor olabilir.

Farklı disiplinlerde çalışan sağlık çalışanları ile yapılan çalışmalarda obez bireylere karşı önyargı, ayrımcılık, damgalama, negatif tutum, inanç ve davranışların olduğu saptanmış, DSÖ raporuna göre de şişman bireylere karşı önyargının sağlık çalışanları arasında %67 düzeyinde olduğu bildirilmiştir (3,47,67,87,88,95). Diğer çalışma sonuçlarına benzer olarak bu çalışmada da sağlık çalışanlarının OÖÖ puan ortalamaları yüksek bulunmuş ancak sağlık meslekleri arasında görülen sayısal fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Sağlık çalışanlarının OÖÖ puan ortalamasının yüksek olması, sağlık çalışanlarının eğitim aldıkları dönemlerindeki stajlarından başlayarak iş yaşamlarında da obez bireylerle bire bir temas ederek hizmet sırasında karşılaştıkları zorluklardan kaynaklanıyor olabilir.

Sağlık yüksekokulu hemşirelik ve ebelik bölümü öğrencileri ile çalışmakta olan hemşirelerin dahil edildiği farklı çalışmalarda EEÖ puan ortalaması 65.95-72.85 arasında, EBÖ puan ortalamaları ise 109.97-135.68 arasında bulunmuştur (17,125,152,158,159). Bu çalışmada da diğer çalışmalara benzer olarak hemşirelerin EEÖ puan ortalaması 72.85, ebelerin 71.62 ve EBÖ puan ortalaması ise hemşirelerin 141.33, ebelerin 144.19 bulunmuştur. Bu sonuç ebe ve hemşirelerin benzer eğitim sürecinden geçmelerinden kaynaklanıyor olabilir.

Kutlu ve ark. (160) tarafından hasta hekim ilişkisinde empatinin önemi hakkında yaptıkları çalışmada hekimlerin %75.6'sının empati kurulmadan gerçekleştirilecek tedavi ile elde edilecek başarımın sınırlı olduğunu ve %60'ının bakım hizmeti verirken empati kurduklarını beyan ettikleri tespit edilmiştir. Tiryaki Şen ve ark. (152)'nin çalışmasında doktorların EBÖ puan ortalamaları 126.28

bulunurken, Teke ve ark. (155) tarafından yapılan çalışmada ise dahili branşlarda çalışan hekimlerin cerrahi branşta çalışanlara göre daha fazla empatik oldukları bulunmuştur. Hojat ve ark. (156) tarafından yapılan çalışmasında ise benzer şekilde insan odaklı çalışan branşlarda puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Bu çalışmada da hekimlerin EEÖ ortalama puanı 71.91, EBÖ ortalama puanı 145.00 olarak bulunmuş olup diğer çalışmalar tarafından desteklenir niteliktedir.

Tiryaki Şen ve ark. (152)'nin çalışmasında sağlık memurlarının EBÖ puan ortalamaları 140.54 ve acil tıp teknisyeni/laborantların ise 129.45 bulunmuştur. Benzer olarak bu çalışmada da branşlar arasında en düşük puan ortalamasına sahip meslekler (sağlık memurları ve tıbbi teknolog, teknisyen (fizyoterapi, laboratuvar, röntgen, acil tıp),tekniker) olarak saptanmıştır. Sağlık memurlarının puan ortalaması 131.10, tıbbi teknolog, teknisyen (fizyoterapi, laboratuvar, röntgen, acil tıp) ve tekniker meslek grubunda olanların puan ortalaması 128.81 bulunmuştur. Bu sonucun alınan eğitim ve sosyokültürel yapıdan kaynaklandığı düşünülebilir.

Alver (161)'in rehberlik ve psikolojik danışmanlık bölümünde okuyan öğrencilerle yaptığı çalışmasında öğrencilerin EBÖ puan ortalaması kızlarda 166.53, erkeklerde 152.83'tür. Bu çalışmada ise EBÖ puan ortalaması psikologlarda 150.20 olarak bulunmuştur.

Spraggins ve ark. (162) tarafından yapılan klinik ve stajyer diyetisyenlerin empatilerini karşılaştırdıkları çalışmasında Davis Kişilerarası Reaktivite Testi (Davis Interpersonal Reactivity Index) kullanılmış ve stajyerlerin empatik kaygılarının diyetisyenlere göre daha fazla olduğu, ayrıca danışmanlık, psikoloji ya da eğitim psikoloji alanında yüksek lisans eğitimi almış olan diyetisyenlerde anlamlı olarak daha da düşük olduğu bulunmuştur. Bu çalışmaya katılan diyetisyenlerin EEÖ puan ortalamaları 72.69, EBÖ puan ortalamaları 134.00 bulunmuş olup ortalama bir değere denk gelmektedir. Türkiye'de bu sonuçları tartışabilecek benzer bir çalışma bulunmamıştır.

Meslek gruplarına göre EEÖ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Bu sonuç empatik eğilimin kişilerin doğuşundan edindikleri özellik olmasından ve bilişsel gelişimle birlikte sınırlı bir düzeyde değiştirileceğinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Meslek gruplarına göre EBÖ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak da önemlidir ( $p<0.05$ ). Bu

fark tıbbi teknolog, teknisyen fizyoterapi, laboratuvar, röntgen ve acil tıp) ve psikolog, çocuk gelişim uzmanı, ebe ve doktor grubuyla, sağlık memurlarının ise doktor, çocuk gelişim uzmanı ve ebe grubuyla farkından kaynaklanmaktadır. Bu araştırmadaki meslekler arası mevcut farklılıkların branşlar arası eğitim süresi ve düzeyi farklılıkları ile hastaların tanı, tedavi ve izlem sürecinde birincil derecede yer alan ve yer almayan branşlardan kaynaklandığı düşünülebilir.

Miller ve ark. (150) tarafından tıp öğrencilerinin anti-şişman önyargılarının farkında olup olmadıklarını araştırdıkları çalışmalarında; öğrencilerin %39'unun anti-şişman önyargısına sahip oldukları ve %67'sinin örtük anti-şişman önyargılarının farkında olmadıkları tespit edilmiştir. Bu çalışmada ise OÖÖ puan sınıflamasına göre sağlık çalışanlarının 29(%11.7)'u önyargısız, 138(%55.6)'i önyargıya eğilimli ve 81(%32.7)'i önyargılı olarak tespit edilmiştir. Önyargısız sınıfta OÖÖ puan ortalaması  $63.6 \pm 4.84$  olup bu grupta en yüksek puan ortalaması  $65.5 \pm 3.11$  ile hekimlerdedir. Yine önyargıya eğilimli grupta OÖÖ puan ortalaması  $73.3 \pm 4.31$  olup en yüksek puan ortalaması  $82.3 \pm 2.89$  ile psikologlarda; önyargılı sınıfta OÖÖ puan ortalaması  $92.4 \pm 6.28$  ve en yüksek puan ortalaması da diyetisyenlerde  $99.5 \pm 3.51$  saptanmıştır. Önyargılı grupta en yüksek puan ortalamasına sahip meslek grubunun diyetisyenler ve önyargılıya eğilimli grupta en yüksek puan ortalamasına sahip meslek grubunun psikologlar olmasının nedeni bu meslek çalışanlarının obez bireylere yönelik uzun dönem tedavi programlarında yer alarak bu kişilerle fazla sayıda görüşme yapmalarından ve obeziteye eşlik eden psikososyal sorunlarla baş etmek zorunda kalmalarından kaynaklandığı düşünülebilir.

Saygılı ve ark. (154) tarafından yapılan çalışmada öğretmenlerin meslekte çalışma süresi ile empatik eğilimlerinin pozitif ilişkili olduğu ancak istatistiksel olarak önemli olmadığı saptanmıştır. Akgöz ve ark. (132) tarafından yapılan çalışmada hekimlerin meslekte çalışma süresinin artması ile EEÖ puanının yükseldiği ve istatistiksel olarak önemli olduğunu bildirmiştir. Teke ve ark. (155) tarafından JSPE kullanılarak hekimlerle yapılan çalışmalarında ise çalışma süresi ile empati arasındaki ilişki istatistiksel olarak önemli bulunmuştur. Bu çalışmada ise meslekte çalışma süresi EEÖ puan ortalamaları arasındaki sayısal farklar küçük olup istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ). Ancak bu çalışmaya katılan tüm sağlık çalışanlarının EBÖ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemlidir ( $p < 0.05$ ). Bu farkın

çalışma süresi, yaş, çalışılan grup, mekan, sosyokültürel etmen kaynaklı olabileceği düşünülebilir.

Oberrieder ve ark. (97)'nin diyetisyenler ve diyetetik öğrencilerinin obeziteye yönelik tutumları hakkındaki araştırmasında normal BKİ aralığında olanların obeziteye karşı daha fazla negatif tutum sahibi oldukları ve fazla kilosu olan bireylere daha az toleransları oldukları bulunmuştur. Welborn (3) tarafından benzer örnekleme gerçekleştirilen ve anti-şişman tutum ve şişman fobisini araştırdığı çalışmasında ise benzer şekilde BKİ arttıkça obezite önyargısının azaldığı görülmüştür. Puhl ve ark. (163)'nin ağırlık önyargısını çok uluslu incelediği çalışmasında da daha düşük BKİ'ye sahip olanların obeziteye yönelik önyargılarını daha yüksek bulunmuştur. Bu çalışmada da benzer şekilde sağlık çalışanlarının BKİ sınıflamasına göre OÖÖ puan ortalamaları incelendiğinde tüm sınıfların önyargıya eğilimli oldukları ancak zayıf ve normal sınıfında olanların puan ortalamalarının diğer BKİ sınıflarında olanlara göre daha yüksek bulunmuş ancak bu fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Zayıf ve normal sınıfında olan bireylerin daha fazla önyargıya sahip olmalarının nedeni sosyokültürel faktörler başta olmak üzere vücut ağırlığı yüksek bir toplumun üyesi olmak istememelerinden kaynaklanıyor olabilir.

Schwartz ve ark. (12)'nin obezite alanında uzman sağlık personellerinin ağırlık önyargılarını değerlendirdikleri çalışmalarında; IAT ölçek puanına göre ailesinde şişman birey olma durumu ile açık veya örtük önyargı arasında ilişki saptanamamıştır. Bu çalışmada da benzer olarak gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır. Öztürk Altınkaynak ve ark. (148) tarafından yapılan çalışmada fazla kilolu/obez yakını olanların olmayanlara göre daha düşük OÖÖ puanına sahip olduğu bulunmuştur ve fark istatistiksel açıdan önemlidir. Ancak aynı çalışmada bu kişilerle yakınlık olarak aile ya da arkadaş çevresinde olma durumlarına göre ölçek puanları arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. Çalışmalar arasındaki bu farklılık meslek, yaş, eğitim durumu gibi demografik özelliklerden kaynaklanıyor olabilir.

Yine Schwart ve ark. (12) tarafından yapılan çalışmada şişman arkadaşları olanların anti-şişman örtük önyargıları düşük bulunmuştur. Diğer yandan Sert ve ark. (147) tarafından yapılan çalışmada ise yakın arkadaşları fazla kilolu ve/veya şişman olan ebelik bölümü öğrencilerinin hemşirelik bölümü öğrencilerine göre daha yüksek önyargı düzeyine sahip olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada da yine Sert ve ark.'nın

çalışmasına benzer olarak yakın çevresinde şişman birey bulunanların bulunmayanlara göre önyargı puanları yüksek olsa da bu fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Çalışmalar benzer özellik gösterse de farklılıkların farklı çalışma gruplarından, bireylerin şişman kişilerle arkadaşlık yaptıkları sürede bu kişilerin yaşadığı sorunlara yakından tanık olmalarından kaynakladığı düşünülebilir.

Ata ve ark. (164) tarafından yapılan beden algısı ve obezite çalışmasında BKİ'si normal bireylerin büyük kısmının kendi beden algısını normal olarak değerlendirdiği (% 97), BKİ'si şişman olanların ise çoğunluğunun kendi bedenlerini normal olarak değerlendirdiği (% 61) saptanmıştır.

Hamurcu ve ark. (165) obezitenin benlik saygısı ve beden algısına etkilerini araştırdıkları çalışmasında; BKİ sınıfında normal (%48,6) olan bireyler Beden Algısı Ölçeği'nde kendi beden görünümünü kilolu; BKİ sınıfında şişman/obez olan bireylerin ise kendilerini aşırı kilolu/aşırı obez olarak değerlendirdikleri (%39,0) saptanmıştır. Acharya ve ark. (166) tarafından Nepal'de adolesanların beden imaj memnuniyetlerini, ağırlık algılarını ve obezite bilgilerini değerlendirdikleri çalışmada; aşırı kilolu olan ergenlerin yarısından fazlasının kendilerini normal olarak algıladıkları tespit edilmiştir. BKİ sınıfına göre zayıf ve normal olanlarının büyük çoğunluğunun kendini zayıf ve normal olarak algıladıkları, BKİ'si fazla kilolu olanların çoğunluğunun kendini normal ve zayıf olarak algıladıkları, BKİ'si şişman/obez sınıfında olanların ise çoğunluğunun fazla kilolu ve şişman olarak algıladıkları hatta kendini zayıf olarak ve aşırı şişman olarak algılayan sınırlı bir grubun olduğu bulunmuştur. Benzer olarak bu çalışmada da BKİ sınıflamasına göre ve beden algılarında görülen bu farklılıkların fazla kilolu ve şişman sınıfında olanların bozulmuş beden algılarından ve sosyal damgalamadan kaynaklığı düşünülebilir. Öztürk Altinkaynak ve ark. (148) yaptığı çalışmaya göre beden algısı olarak kendini zayıf olarak tanımlayanların OÖÖ puan ortalaması en yüksek ve şişman olarak tanımlayanların en düşük olarak bulunmuştur ve fark istatistiksel olarak önemlidir. Bu çalışmada da benzer beden algısı gruplarına göre OÖÖ puanları kendini zayıf olarak tanımlayan grupta en yüksek olup gruplar arasında fark istatistiksel olarak önemlidir ( $p<0.05$ ). Beden algısı gruplarına göre EEÖ puanları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Beden algısı gruplarında en yüksek EBÖ puanı kendini normal olarak algılayan grupta, en düşük ise kendini aşırı obez ve şişman olarak

tanımlayan gruptadır. Gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Yapılan çalışmalar obezitesi olan bireylere yönelik birçok alanda önyargı, damgalama, negatif tutum, inanç ve davranışlar olduğunu göstermektedir (3,38,47,70-72,87,88). Bu çalışmada da diğer çalışmalara benzer olarak çalışma grubu içerisinde vücut ağırlığı ile ilgili olumsuz davranışlara maruz kalmış olanlar (%15.3) bulunmaktadır. Ancak olumsuz davranışlara maruz kalan ve kalmayan bireylerin OÖÖ, EEÖ ve EBÖ puanları karşılaştırıldığında aradaki farkların istatistiksel olarak önemli olmadığı görülmüştür ( $p>0.05$ ). Her ne kadar iki grup için ölçek puanları arasında istatistiksel bir fark bulunmamış olsa da alt ve üst değerlere bakıldığında alt değerlerin maruz kalanlarda kalmayanlara göre daha yüksek olduğu görülmüştür.

Çalışmaya katılanların cinsiyetlerine göre vücut ağırlığı ile ilgili olumsuz davranışlara maruz kalma durumlarına bakıldığında; kadınların %69.0'nın önyargıya eğilimli, %27.6'sının önyargılı ve yalnızca %3.4'ünün önyargısız olduğu; erkeklerin ise % 66.7'sinin önyargıya eğilimli, %22.2'sinin önyargılı ve yalnızca %11.1'inin önyargısız olduğu bulunmuştur. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak önemli olmasa da bu durumun maruziyet ile birlikte bireylerin kendilerini damgalamasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Eisenberg ve ark. (74) ile Zuba ve Warschburger (71) tarafından yapılan farklı çalışmalarda ergenlerin, akranları, arkadaşları ve aileleri tarafından vücut ağırlıkları ile ilişkili alaya maruz kaldıkları bildirilmiştir. Aksoy ve ark. (167) Bitlis ilinde obez çocuğu olan kişilerin obeziteye ve kendi çocuklarına yaklaşımlarını araştırdıkları çalışmasında, ebevyelerin %28'inin herhangi bir şekilde obez çocuklarına psikolojik veya fiziksel baskı yaptıkları, %58'inin çocuklarının obez olmasının sorun oluşturduğu ve %36'sının çocuklarının vücut ağırlığıyla ilgili onlarla alay ettikleri saptanmıştır. Bu çalışmada ise en fazla maruz kalınan davranış her iki cinsiyette de lakap/ad takılma ile sözlü ve kaba davranışlar ifade edilmiştir. Bu durum obezite önyargısının çocukluk çağından itibaren görüldüğünün kanıtı ve akran zorbalığının bir yansıması olarak da değerlendirilebilir. Welborn ve ark. (168) tarafından örtük ağırlık önyargıları kişilerin zihinlerinde yer eden bilinç ötesi tutumlar olarak değerlendirilmiştir.



Bu çalışmada ise sağlık çalışanlarının önyargı beyanlarına göre tutum olarak önyargısız, önyargılı ve fikri olmadığı beyanında bulunanların büyük çoğunluğunun önyargıya eğilimli oldukları, en yüksek OÖÖ puan ortalamasının ise önyargısız olduğunu beyan eden grupta olduğu görülmüştür ( $p<0.05$ ). Ancak çalışanların kendi önyargı beyanlarına göre EEÖ ve EBÖ arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

McArthur ve Ross (98) tarafından yapılan çalışmaya göre fazla kilolu olan bireylere hizmet veren diyetisyenlerin tutumlarının fizik tedavi uzmanları ve hemşirelerin aksine olumlu olduğu bulunmuştur. Teke ve ark. (155)'nin çalışmasında ise dahili branşlarda hizmet veren hekimlerin cerrahi branşlarda olanlara göre daha fazla empati kurabildikleri saptanmıştır. Bu çalışmada ise obezitenin tanı, tedavi ve izlem sürecinde yer alan ve almayan sağlık çalışanlarının OÖÖ puan ortalamaları farkı istatistiksel olarak önemli olmasa da EEÖ puan farkları istatistiksel olarak önemli olmasına karşın her iki grubun da obezite önyargısına eğilimli olduğu saptanmıştır. Bu durumun birincil derecede yer alan gruptaki tükenmişlik sendromu ve meslekte çalışma süresi ile monotonluğun artması sebebiyle, yer almayan grubun ise aldıkları eğitim ve bu konudaki örtük önyargıları sebebi ile olduğu düşünülebilir.

Eren ve Erdi (169) obez hastalarda meydana gelen psikiyatrik bozuklukların sıklığını araştırdıkları çalışmalarıyla bu grupta yüksek düzeyde duygu durum bozukluklarından olan major depresif bozukluk olduğunu tespit etmişlerdir. Ayrıca araştırma ile bu bireylerin sosyal fobilerinin de yüksek olduğunu ve her iki durumunda uyumu etkileyen faktörler olduğu bildirilmiştir. Nazik ve ark. (170)'nin obez bireylerde deri bulgularını araştırdıkları çalışmalarında fazla kilolu ve şişman/obez olan kişilerde bir çok bakteriyel ve mantar enfeksiyonu kaynaklı hastalık olduğu tespit edilmiştir.

Bu çalışmada obezitenin tanı, tedavi ve izlem sürecinde yer alan kadın sağlık çalışanlarının karşılaştıkları zorlukların başında tedaviye uyum sorunu, erkeklerin ise karşılaştıkları zorlukların başında tedavi sürecinde hastalıktan öte obezite kaynaklı komplikasyonlar nedeniyle yaşanan zorluklar gelmektedir. Bu durum özellikle bireylerdeki obezite varlığı ile ilişkilendirilen ruhsal ve fiziksel problemler ile hastaların uyum sorunu yaşamalarından ve hastalığın tedavi edilmesi sırasında gelişen sorunlardan kaynaklı olabileceği düşünülebilir.

Yapılan bu çalışma da obezitesi olan bireylere sağlık kuruluşlarında ayrıcalık olmalı ve olmamalı beyanında bulunan sağlık çalışanlarının önyargı düzeyleri, empati eğilim ve becerileri arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Türkiye’de hasta refahı ile ilgili yapılan çalışma sayısı az olup obez bireylerin sağlık sektöründe ortam memnuniyetini araştıran herhangi bir çalışma bulunmamaktadır. Ancak bu çalışmaya katılan 248 sağlık çalışanından 213’ünün sağlık kuruluşlarında obez bireylere bazı fiziksel ortam ayrıcalıklarının tanınmasını gerekli bulduklarını belirtmeleri dikkat çekici bir bulgudur. Bu durum hasta taşıma ve transferinin birincil ihtiyaç olmasından, uzun süreli bekleme alanlarında zaman geçirilmesinden ve yatarak tedavide birincil öncelik olarak bu kişilere uygun geniş yatak ve ortam ihtiyaından kaynaklı olarak düşünülmektedir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 6.1. Sonuçlar

Bu çalışmada, sağlık çalışanlarının obez bireylere karşı tutumları değerlendirilmiş ve aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

1. Çalışmaya 182'si kadın 66'sı erkek olmak üzere toplam 248 sağlık çalışanı katılmıştır.
2. Sağlık çalışanlarının cinsiyetlerine göre OÖÖ puanı arasında istatistiksel açıdan önemli bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).Yine cinsiyete göre EEÖ puanları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmamış ( $p>0.05$ ).Kadınların EBÖ puanları erkeklerden yüksektir ve istatistiksel olarak önemlidir ( $p<0.05$ ).
3. Sağlık çalışanlarının yaş gruplarına göre OÖÖ ve EBÖ puanları incelendiğinde yaş grupları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır. Yaş gruplarına göre EEÖ medyan puanlarının yaş arttıkça arttığı tespit edilmiştir. Ancak bu fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).
4. Sağlık çalışanlarının 56'sı doktor, 13'ü diyetisyen, 47'si hemşire, 21'i ebe, 30'u sağlık memuru, 33'ü tıbbi teknolog, teknisyen (fizyoterapi, laboratuvar, röntgen, acil tıp) ve tekniker, 35'i biyolog, 5'i sosyal hizmet uzmanı, 3'ü çocuk gelişim uzmanı, 5'i psikologdur. Meslek gruplarına göre OÖÖ puanına baktığımızda en yüksek puan (medyan puanı=97) çocuk gelişim uzmanı, EEÖ puanlarına bakıldığında en yüksek puan (medyan=79) sosyal hizmet uzmanı sağlık çalışanlarında bulunmuştur. Meslek grupları arasında OÖÖ ve EEÖ puanları arasında fark önemli bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). EBÖ puanlarına bakıldığında en yüksek puan psikolog sağlık çalışanlarında tespit edilmiştir. EBÖ puanları açısından değerlendirildiğinde gruplar arasındaki puan farkı istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur ( $p<0.05$ ).
5. Meslek gruplarına ve OÖÖ puan ortalamalarına göre obezite önyargı sınıflamasına bakıldığında önyargısız sınıfta bulunanlardan en yüksek  $65.5\pm 3.11$  puan ortalaması doktorların, önyargıya eğilimli sınıfta olanlardan en yüksek  $82.3\pm 2.89$  puan ortalaması psikologların, önyargılı sınıfta olanlarda en yüksek  $99.5\pm 3.51$  puan ortalaması diyetisyenlerde bulunmuştur.

6. Meslekte çalışma sürelerine göre 1-5 yıl arası 25, 6-10 yıl arası 28, 11-15 yıl arası 24, 16-20 yıl arası 56, 21 yıl ve üstü 112 sağlık personeli mevcuttur. Meslekte çalışma sürelerine göre OÖÖ ve EEÖ puanları arasında fark önemli bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). EBÖ puanına bakıldığında istatistiksel açıdan önemli bir fark vardır ( $p<0.05$ ).
7. Sağlık çalışanlarının beyanda buldukları kilogram cinsinde vücut ağırlıklarının, metre cinsinden boy uzunluklarının karesine bölünmesi ile hesaplanan BKİ değerine göre yapılan sınıflamaya göre OÖÖ puanı en yüksek (medyan puanı=83) normal sınıfta olanlarda tespit edilmiştir. EEÖ'ye göre en yüksek puan (medyan puanı=74) normal ve şişman/obez sınıfta olanlarda tespit edilmiştir. BKİ sınıflarına göre OÖÖ ve EBÖ puanları arasındaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). BKİ sınıflarına göre EBÖ puanları arasında farkı istatistiksel olarak önemli bulunmuştur. Farkı yaratan normal ve fazla kilolu sınıftan kaynaklanmaktadır ( $p<0.05$ ).
8. Sağlık çalışanlarından 145'inin ailesinde şişmanlık öyküsünün bulunduğu, 103'ünde bulunmadığı tespit edilmiştir. OÖÖ puanlarına göre iki grubun aynı medyan değerine sahip olduğu tespit edilmiştir ( $p>0.05$ ). EEÖ puanları incelendiğinde ailesinde şişmanlık öyküsü bulunan grubun bulunmayan gruba göre medyan puanı 1 puan yüksek bulursa da önemlilik bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). EBÖ puanlarına bakıldığında ailesinde şişmanlık öyküsü bulunmayan grubun bulunan gruba göre medyan puanı 1 puan yüksek bulunmuş ancak önemlilik yoktur ( $p>0.05$ ).
9. Sağlık çalışanlarından 205'inin yakın çevresinde şişman bireyler bulunduğu, 43'ünün çevresinde bulunmadığı tespit edilmiştir. OÖÖ puanları incelendiğinde yakın çevresinde şişman birey bulunanların bulunmayanlara göre medyan puanı 1 puan yüksektir ve istatistiksel önemlilik bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). EEÖ ve EBÖ puanları yakın çevresinde şişman birey bulunmayan grupta bulunanlara göre yüksek olduğu görülür de fark istatistiksel açıdan önemli bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).
10. Sağlık çalışanlarının kendi beden algılarına göre 64'ü zayıf, 116'sı normal, 4'ü fazla kilolu, 21'i şişman/obez, 3'ü aşırı şişman/aşırı obez sınıfta bulunmuştur. OÖÖ puanları incelendiğinde gruplar arasındaki fark istatistiksel

açından önemlidir ve farkı yaratan grup zayıf ve normal gruptur ( $p<0.05$ ). EEÖ ve EBÖ puanları incelendiğinde gruplara arasındaki fark önemli bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

11. Sağlık çalışanlarının kendi beden algıları ve BKİ sınıflamalarına göre OÖÖ puan ortalamalarına bakıldığında en düşük  $73.6\pm 5.86$  puan ortalaması ile kendini normal olarak tanımlayan ancak BKİ sınıflamasında şişman sınıfta yer alan grupta tespit edilmiştir. En yüksek puan ise  $103.0\pm 0.00$  puan ortalaması ile kendini normal olarak tanımlayan ancak BKİ sınıflamasında zayıf sınıfta yer alan grupta bulunmuştur.
12. Sağlık çalışanlarının cinsiyete göre vücut ağırlıkları ile ilişkili olumsuz davranışlara maruz kalma durumlarına göre OÖÖ puanı maruz kalan grupta maruz kalmayan gruba göre 2 puan yüksek olsa da bu fark istatistiksel önem taşımamaktadır ( $p>0.05$ ). EEÖ puanları değerlendirildiğinde iki grubun aynı medyan puanına sahip olduğu görülmüştür ( $p>0.05$ ). EBÖ puanları değerlendirildiğinde de iki grubun medyan değerleri aynı olarak bulunmuştur ( $p>0.05$ ).
13. Vücut ağırlığı ile ilişkili olumsuz davranışlara maruz kalan kadın sağlık çalışanlarından %69.0'u önyargıya eğilimli, %27.6'sı önyargılı, erkeklerin ise %66.7'si önyargıya eğilimli, % 22.2'si önyargılı olarak bulunmuştur. Vücut ağırlığı ile ilişkili olumsuz davranışlara maruz kalmayan kadın sağlık çalışanlarının %50.3 önyargıya eğilimli, % 34.7 önyargılı, erkek sağlık çalışanlarının %61.4'ü önyargıya eğilimli, % 31.6'sı önyargılı olarak tespit edilmiştir.
14. Vücut ağırlıkları ile ilişkili davranışlara maruz kalan sağlık çalışanlarının maruz kaldıkları davranışların ilk sırasında erkeklerde lakap takılma (%55.5), kadınlarda ise lakap takılma (%46.7) ve sözlü ve kaba davranışlar (%46.7) olduğu saptanmıştır.
15. OÖÖ puan sınıflamasına göre önyargısız olan sağlık çalışanından en yüksek  $64.5\pm 3.50$  puan ortalaması önyargısızım beyanında bulunanlarda, ölçek sınıflamasına göre önyargıya eğilimli olan sağlık çalışanlarından en yüksek  $77.6\pm 4.29$  puan ortalaması ile yine önyargısızım beyanında bulunanlarda,

ölçek sınıflamasına göre önyargılı olan sağlık çalışanlarından en yüksek  $92.8 \pm 6.34$  puan ortalaması ile önyargısız grupta bulunmuştur.

16. Sağlık çalışanlarının 14'ü obez bireylere karşı önyargılı, 213'ü önyargısız ve 21'i fikrim yok beyanında bulunmuşlardır. OÖÖ puanı en yüksek önyargısız grubundadır ve OÖÖ puanlarında gruplar arası fark önemlidir ( $p < 0.05$ ). Farklılık önyargılıyım ve önyargısızım gruplarından kaynaklıdır. EEÖ ve EBÖ puanları yine önyargısızım grubunda yüksektir ancak gruplar arasında her iki ölçekte de istatistiksel önemli bir fark saptanmamıştır ( $p > 0.05$ ).
17. Sağlık çalışanlarından 57'sinin obezitenin tanı, tedavi ve izlem sürecinde yer aldığı, 191'inin yer almadığı bulunmuştur. İki grubun OÖÖ puanı değerlendirildiğinde istatistiksel önemlilik saptanmamıştır ( $p > 0.05$ ). EEÖ puanları yer alanların yer almayanlara göre yüksektir ve istatistiksel olarak önemlilik görülmektedir ( $p < 0.05$ ). EBÖ puanları arasında iki grup arasında puan farkı olsa da istatistikî önem taşımamaktadır ( $p > 0.05$ ).
18. Obezitenin tanı tedavi ve izlem sürecinde yer alan sağlık çalışanlarının karşılaştıkları zorlukların dağılımına baktığımızda erkeklerin için ilk sırada tedavi sürecinde hastalıktan öte obezite kaynaklı komplikasyonlar nedeniyle yaşanan sorunlar (kan basıncı düzensizliği, kan parametrelerinin kontrol altına alınamaması, kabızlık sorunu, yara iyileşmesinde gecikme vb.) (%69.2), kadınlar için ise ilk sırada tedaviye uyum sorununun (%46.7) yer aldığı bulunmuştur.
19. Sağlık çalışanlarından sağlık kuruluşlarında obezitesi olan bireylere ayrıcalık olmalı diyenler 213 kişi, ayrıcalık olmamalı diyen sağlık çalışanı 35 kişidir. Her iki grubun OÖÖ, EEÖ ve EBÖ puanları arasında fark bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ).
20. Sağlık kuruluşlarında obezitesi olan bireyler için ayrıcalık olmalı diyen sağlık çalışanlarının ayrıcalık tanınmasını istedikleri alanların ilk sırasında her iki cinsiyette de hastane içi alanlar yer almaktadır.
21. Yaş ile OÖÖ arasında pozitif ilişki, EEÖ arasında pozitif yönlü ilişki ve EBÖ arasında negatif yönlü ilişki bulunmuştur. Ancak istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır ( $p > 0.05$ )

22. Sağlık Çalışanlarının Meslekleri ile OÖÖ, EEÖ ve EBÖ arasındaki ilişki istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).
23. Çalışmaya katılan hekimlerin hemşirelere göre OÖÖ ve EBÖ puanları daha yüksek EEÖ puanları daha düşük bulunmuştur. Ancak aralarındaki ilişki istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).
24. Obezitenin tanı tedavi ve izlem sürecinde yer alanların almayanlara göre OÖÖ ve EEÖ puanları daha yüksek ancak EBÖ puanları daha düşük bulunmuştur. Ancak aralarındaki ilişki yine istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

## 6.2. Öneriler

Ağırlık önyargısı birçok alanda karşılaşılan ve bireyleri derinden etkileyen ciddi bir sorun olarak büyük önem taşımaktadır. Eğitim, istihdam alanlarının yanı sıra özellikle sağlık alanında her geçen gün varlığı hissedilen obezite önyargısı ile çalışanlarının obezitesi olan bireylere karşı olan olumsuz tutum ve davranışları obezite tedavisi de istenen ve beklenen sonuçları engellemektedir. Bu nedenle;

- Ağırlık önyargısının ve sağlık meslekleri içindeki yaygınlığının ciddi sonuçları göz önüne alındığında mesleğe atılmadan önce eğitim dönemindeki sağlık öğrencilerinin müfredatlarında bu konuya yer verilmesi ve yalnızca teorik değil, uygulamalı olarak da yer verilmesi gereği açıkça görülmektedir. Bu çalışmalar içerisinde obezitenin nedenlerine ve her türlü sonuçlarına yönelik eğitimler yazılı materyaller, drama çalışmaları ile film gösterimlerinin kullanılması obezitesi olan bireyleri hedef alan ayrımcı, dışlayıcı ve damgalayıcı davranışların azaltılmasında etkili olacaktır.

- Obezite önyargısının azaltılmasında önemli olan empati becerilerinin geliştirilmesi, özellikle drama, rol oynama ve doğaçlama ile rolü oynayan kişinin ayrımcılığa maruz kalan bireylerin içinde bulunduğu durumu anlamasını ve bu kişilerin yerinde olsa ne hissedebileceklerinin farkına varmasını sağlayacaktır. Çalışma hayatında ise hizmet verilen kuruluş bünyesinde gerçekleştirilecek hizmet içi eğitimlerin sağlık personelinin ağırlık önyargısının azaltılmasına büyük katkısı olacaktır.

- Bireylerin mesleki deneyimlerinin artmasıyla beraber empatik becerilerinin de yükseleceği düşünülse de sağlık çalışanlarının mesleki yaşamları sırasında karşılaştıkları zorluklar göz önüne alındığında tükenmişlik sendromunun da bir sonucu olarak bu beceriler körelebilmektedir. Bu nedenle meslekte hizmet içi eğitimleri içerisinde farkındalık çalışmalarının kurgulanması ve sürdürülebilmesi gerekmektedir.

- Önyargılı davranışların okul öncesi döneme kadar uzanıyor olması belki de bu yaş grubundan başlayarak eğitim sistemimizde yalnızca tüm yaş grubu çocuklara değil aynı zamanda öğretmenlere ve eğitimde yer alan tüm ilgili kişilere de önyargıyı azaltmaya yönelik eğitim müdahalelerini gerektirmektedir.



- Öğretmenlere yönelik yapılan seminerlerde akran zorbalığı konularına yer verilmeli ve alınacak önlemler planlanmalıdır. Ayrıca müfredat içeriklerinde empati ve iletişimin geliştirilmesi konusunda her yaş grubunda da eğitimler planlanmalı ve yapılmalıdır.

- Tüm kitle iletişim araçları kullanılarak zayıf beden imajına vurgu yapılması özellikle ergenler başta olmak üzere, çocuk ve erişkinlerde birçok beden imajı sorununa neden olmaktadır. Özellikle bu konuya hassasiyetle yaklaşılması, kitle iletişim araçları kullanılarak yapılacak paylaşımlarda bu konuya öncelik verilmesi, kamuya verilecek bilgilerin oluşturulmasında hassasiyet gösterilmesi gerekmektedir.

- Giderek büyüyen ve küresel bir sorun haline gelen fazla kiloluluk ve obezite prevalansının artışı ile yaşamın pek çok alanında karşılaşılan ağırlık önyargısını azaltmaya yönelik ülke politikalarının tekrar gözden geçirilmesine ve halk sağlığı çalışmalarında hedeflerin belirlenmesine ihtiyaç duyulmaktadır.

## 7. KAYNAKLAR

1. World Health Organization, Obesity and overweight fact sheet. Erişim: (<http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>) Erişim tarihi: 03.06.2018.
2. Doll HA, Petersen SE, Stewart-Brown SL. Obesity and physical and emotional well-being: associations between body mass index, chronic illness, and the physical and mental components of the SF-36 questionnaire. *Obesity Research* 8(2):160-170, 2000.
3. 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.
4. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı (2013-2017). 3. Basım, Yayın No:773, Ankara, 2013.
5. Alberga AS, Pickering BJ, Alix Hayden K, et al. Weight bias reduction in health professionals: a systematic review. *Clinical Obesity* 6: 175–188, 2016.
6. Danięlsdóttir S, O'Brien KS, Ciao A. Anti-fat prejudice reduction: a review of published studies. *Obesity Fact* 3(1): 47-58, 2010.
7. Hansson LM, Näslund E, Rasmussen F. Perceived discrimination among men and women with normal weight and obesity. A population-based study from Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health* 38(6):587-596, 2010.
8. Puhl RM, Brownell KD. Confronting and coping with weight stigma: an investigation of overweight and obese adults. *Obesity*, 14(10): 1802-1815, 2006.
9. Paker M. Psikolojik açıdan önyargı ve ayrımcılık- Ayrımcılık çok boyutlu yaklaşımlar, İstanbul Bilgi Üniversitesi Sosyoloji ve Eğitim Çalışmaları Birimi (seçbir) Erişim: (<http://secbir.org/images/haber/2011/01/04-murat-paker-1.pdf>). Erişim tarihi: 06/11/2017.
10. Milli Eğitim Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Sağlıkta İletişim. Ankara,2015.
11. Puhl R, Brownell KD. Bias, discrimination, and obesity. *Obesity Research* 9(12): 788-805, 2001.

12. Schwartz MB, Chambliss HO, Brownell KD, et al. Weight bias among health professionals specializing in obesity. *Obesity Research* 11(9):1033-1039, 2003.
13. Keyworth C, Peters S, Chisholm A, Hart J. Nursing students' perceptions of obesity and behaviour change: implications for undergraduate nurse education. *Nurse Education Today* 33:481-485, 2013.
14. Forhan M, Salas XR. Inequities in healthcare: a review of bias and discrimination in obesity treatment. *Canadian Journal of Diabetes* 37:205-209, 2013.
15. Wanzer MB, Booth-Butterfield M, Gruber K. Perceptions of health care providers' communication: relationships between patient-centered communication and satisfaction. *Health Communication* 16(3), 363–384, 2004.
16. Bonvicini KA, Perlin MJ, Bylund CL, et al. Impact of communication training on physician expression of empathy in patient encounters. *Patient Education and Counseling* 75: 3–10, 2009.
17. Tutuk A, Derya A, Doğan S. Hemşirelik Öğrencilerinin İletişim Becerisi ve Empati Düzeylerinin Belirlenmesi. *C. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 6(2): 36-41, 2002.
18. Türk Dil Kurumu. Erişim: ([http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com\\_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5ae83c39c15601.60190056](http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5ae83c39c15601.60190056)), Erişim tarihi: 03/06/2018.
19. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *Canadian Medical Association Journal* 152 (9): 1423-1433, 1995.
20. Larson EB, Yao X. Clinical empathy as emotional labor in the patient-physician relationship. *JAMA* 293(9):1100-1106, 2005.
21. Zachariae R, Pedersen CG, Jensen AB, et al. Association of perceived physician communication style with patient satisfaction, distress, cancer-related self-efficacy, and perceived control over the disease. *British Journal of Cancer* 88:658-665, 2003.
22. World Health Organization obesity and overweight fact sheet. Erişim: (<http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>). Erişim tarihi: 03/06/2018.

23. World Health Organization Global Database on Body Mass Index. Erişim: ([http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro\\_3.html](http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html)). Erişim tarihi: 25/05/2018.
24. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Birinci Basamak Sağlık Kurumları İçin Obezite ve Diyabet Klinik Rehberi, Yayın No: 1070, Ankara, 2017.
25. World Health Organization. Waist circumference and waist-hip ratio. Report of a WHO Expert Consultation. Geneva, 2011.
26. Satman I, Yılmaz T, Sengül A, et al. Population-based study of diabetes and risk characteristics in Turkey: results of the Turkish diabetes epidemiology study (TURDEP). *Diabetes Care* 25(9):1551-1556, 2002.
27. Satman I, Omer B, Tutuncu Y, et al. Study Group. Twelve-year trends in the prevalence and risk factors of diabetes and prediabetes in Turkish adults. *European Journal of Epidemiology* 28(2):169-180, 2013.
28. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010: Beslenme Durumu ve Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi Sonuç Raporu. Erişim: ([http://beslenme.gov.tr/content/files/yayinlar/kitaplar/diger\\_kitaplar/TBSA\\_Beslenme\\_Yayini.pdf](http://beslenme.gov.tr/content/files/yayinlar/kitaplar/diger_kitaplar/TBSA_Beslenme_Yayini.pdf) ). Erişim tarihi: 03/06/2018.
29. Turkey Household Health Survey on Prevalence of NCD Risk Factors Survey 2017 Fact Sheet. Erişim: ([http://www.who.int/ncds/surveillance/steps/Turkey\\_2017\\_STEPS\\_FactSheet.pdf?ua=1](http://www.who.int/ncds/surveillance/steps/Turkey_2017_STEPS_FactSheet.pdf?ua=1)). Erişim tarihi: 03/06/2018.
30. Lee SH, Paz-Filho G, Mastronardi C, et al. Is increased antidepressant exposure a contributory factor to the obesity pandemic? *Transl Psychiatry* 6:e759, 2016
31. Wright SM, Aronne LJ. Causes of obesity. *Abdom Imaging* 37: 730-732, 2012.
32. Dünya Sağlık Örgütü. Bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesine ve kontrolüne ilişkin küresel eylem planı 2013-2020. Cenevre, İsviçre: DSÖ Doküman Üretim Servisi, 2013.
33. WHO noncommunicable diseases fact sheets. Erişim: (<http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>). Erişim tarihi: 03/06/2018.

34. Sassi F. Obesity and the economics of prevention: fit not fat. Paris: OECD Publishing, 2010. Erişim: ([https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/obesity-and-the-economics-of-prevention\\_9789264084865-en#page1](https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/obesity-and-the-economics-of-prevention_9789264084865-en#page1)). Erişim tarihi:03/06/2018.
35. Rudisill C, Charlton J, Booth HP, et al. Are healthcare costs from obesity associated with body mass index, comorbidity or depression? Cohort study using electronic health records. *Clinical Obesity* 6: 225-231, 2016.
36. Sonntag D, Ali S, De Bock F. Lifetime indirect cost of childhood overweight and obesity: A decision analytic model. *Obesity* 24(1): 200-206, 2016.
37. Tovey M. Obesity and the public purse- Weighing up the true cost to the taxpayer, London, England, 2017. Erişim: (<https://iea.org.uk/wp-content/uploads/2017/01/Obesity-and-the-Public-Purse-PDF.pdf>). Erişim tarihi: 07/06/2018
38. Djalalinia S, Qorbani M, Peykari N, et al. Health impacts of obesity. *Pakistan Journal of Medical Sciences* 31(1): 239–242, 2015.
39. Kearns K, Dee A, Fitzgerald AP, et al. Chronic disease burden associated with overweight and obesity in Ireland: The effects of a small BMI reduction at population level. *BMC Public Health* 10(14):143, 2014.
40. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases-2014. Geneva, Switzerland: WHO Press, 2014.
41. Türkiye İstatistik Kurumu Ölüm Nedeni İstatistikleri-2017. Erişim: (<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=27620>). Erişim tarihi: 03/06/2018.
42. Usta E, Akyolcu N. Cerrahi hemşirelerinin fazla kilolu/ obez hasta bakımına ilişkin bilgi ve uygulamalarının değerlendirilmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi* 22(1): 1-7, 2014.
43. European Food and Nutrition Action Plan 2015–2020. Erişim: ([http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0008/253727/64wd14e\\_FoodNut\\_AP\\_140426.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/253727/64wd14e_FoodNut_AP_140426.pdf?ua=1)) Erişim tarihi: 03/06/2018.
44. Arcos-Burgos M, Acosta MT, Martinez AF, et al. Neural plasticity in obesity and psychiatric disorders. *Neural Psychiatric* 1-3, 2016.

45. Wentz E, Bjork A, Dahlgren J. Neurodevelopmental disorders are highly over represented in children with obesity: a cross-sectional study. *Obesity* 25(1): 178-184, 2017.
46. Milaneschi Y, Lamers F, Bot M, et al. Leptin dysregulation is specifically associated with major depression with atypical features: evidence for a mechanism connecting obesity and depression. *Biological Psychiatry* 81-9: 807-814, 2017.
47. Puhl RM, King KM. Weight discrimination and bullying. *Best Practice&Research Clinical Endocrinology& Metabolism* 27: 117-127, 2013.
48. Finkelstein EA, Trogon JG, Cohen JW, et al. Annual medical spending attributable to obesity: payer-and service-specific estimates. *Health Affairs* 28(5):w822-31, 2009.
49. Trasande L, Chatterjee S. The impact of obesity on health service utilization and costs in childhood. *Obesity* 17(9): 1749-54, 2009.
50. Vellinga A, O'Donovan D, De La Harpe D. Length of stay and associated costs of obesity related hospital admissions in Ireland. *BMC Health Services Research* 8:88, 2008.
51. OECD Obesity Update 2014. Erişim: (<http://www.oecd.org/health/Obesity-Update-2014.pdf>). Erişim tarihi: 03/06/2018.
52. ukur A, Arıtı Erdem İ. Obezite Vergilerinin Obezite İle Mcadelede Yeri: Türkiye İçin Bir Değerlendirme. *Sayıştay Dergisi* 106: 121-146, 2017.
53. Weighing the cost of obesity: A case for action PwC Erişim: (<https://www.pwc.com.au/pdf/weighing-the-cost-of-obesity-final.pdf>). Erişim tarihi:03/06/2018.
54. Vartanian LR, Pinkus RT, Smyth JM. The phenomenology of weight stigma in everyday life. *Journal of Contextual Behavioral Science* 3: 196–202, 2014.
55. Murakami JM, Latner JD. Weight acceptance versus body dissatisfaction: Effects on stigma, perceived self-esteem, and perceived psychopathology. *Eating Behaviors* 19: 163–167, 2015.
56. Doğan S, Uğurlu CT, etinkaya M. retmen Görüşlerine göre obezitenin eğitim üretim süreçlerine yansımaları. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi* 14(54): 173-191, 2015.

57. Washington RL. Childhood obesity: issues of weight bias. *Preventing Chronic Disease* 8(5):A94, 2011.
58. Paker M. Psikolojik açıdan önyargı ve ayrımcılık- Ayrımcılık çok boyutlu yaklaşımlar, İstanbul Bilgi Üniversitesi Sosyoloji ve Eğitim Çalışmaları Birimi (seçbir) Erişim: (<http://secbir.org/images/haber/2011/01/04-murat-paker-1.pdf>). Erişim tarihi: 07/06/2018.
59. Tomiyama AJ, Finch LE, Belsky AC, et al. Weight bias in 2001 versus 2013: contradictory attitudes among obesity researchers and health professionals. *Obesity* 23(1): 46-53, 2015.
60. Korkmaz L. Tutumlarımızın ne kadar farkındayız? Örtük tutumlar ve örtük ölçüm yöntemleri. *Türk Psikoloji Yazıları* 20(40): 109-127, 2017.
61. Greenwald AG, Banaji MR. Implicit social cognition: attitudes, self-esteem, and stereotypes. *Psychological Review* 102(1):4-27, 1995.
62. Greenwald AG, McGhee DE, Schwartz JL. Measuring individual differences in implicit cognition: the implicit association test. *Journal of Personality and Social Psychology* 74(6):1464-80,1998.
63. Harvard University, Implicit Association Test. Erişim: (<https://implicit.harvard.edu/implicit/index.jsp>). Erişim tarihi: 03.06.2018
64. Sabin JA, Marini M, Nosek BA. Implicit and explicit anti-fat bias among a large sample of medical doctors by BMI, race/ethnicity and gender. *PloS ONE* 7(11): e48448, 2012.
65. Sabin JA, Moore K, Noonan C, et al. Clinicians' implicit and explicit attitudes about weight and race and treatment approaches to overweight for American Indian children. *Childhood Obesity* 11(4): 456-65, 2015.
66. Phelan SM, Dovidio JF, Puhl RM, et al. Implicit and explicit weight bias in a national sample of 4732 medical students: the medical student CHANGES study. *Obesity (Silver Spring)* 22(4): 1201-1208, 2014.
67. Weight bias and obesity stigma: considerations for the WHO European Region (2017). Erişim: ([http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0017/351026/WeightBias.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/351026/WeightBias.pdf?ua=1)) Erişim tarihi: 03.06.2018

68. Spahlholz J, Baer N, König HH, et al. Obesity and discrimination - a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Obesity Review* 17(1):43-55,2016.
69. Oktay C. Beden kitle indeksinin yeme bağımlılığı, dürtüsellik, depresyon ve anksiyete ile ilişkisi. Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara, 2015.
70. Jendrzyca A, Warschburger P. Weight stigma and eating behaviours in elementary school children: A prospective population-based study. *Appetite* 102:51-9,2016.
71. Zuba A, Warschburger P. The role of weight teasing and weight bias internalization in psychological functioning: a prospective study among school-aged children. *European Child & Adolescent Psychiatry* 26(10):1245-125, 2017.
72. Puhl RM, Luedicke J. Weight-based victimization among adolescents in the school setting: emotional reactions and coping behaviors. *Journal of Youth and Adolescence* 41(1):27-40, 2012.
73. Kartal H, Bilgin A. İlköğretim öğrencilerinin zorbalığın nedenleri ile ilgili algıları. *Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 11(1):25 -48,2012.
74. Eisenberg ME, Neumark-Sztainer D, Story M, Associations of weight-based teasing and emotional well-being among adolescents. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 157(8):733-8, 2003.
75. Greydanus DE, Apple RW. The relationship between deliberate self-harm behavior, body dissatisfaction, and suicide in adolescents: current concepts. *Journal of Multidisciplinary Healthcare* 4:183-9, 2014.
76. Neumark-Sztainer D, Story M, Harris T. Beliefs and attitudes about obesity among teachers and school health care providers working with adolescents. *Journal of Nutrition Education* 31-1: 1-9, 1999.
77. Friedman RR, Puhl RM. Weight bias a social justice issue a policy brief. *Rudd Report Weight Bias* 1-12, 2012.
78. Finkelstein LM, Frautschy Demuth RL, Sweeney DL. Bias against overweight job applicants: further explorations of when and why. *Human Resource Management* 46- 2: 203-223, 2007.



79. Flint SW, Čadek M, Codreanu SC, et al. Obesity discrimination in the recruitment process: "You're not hired!". *Frontiers in Psychology* 7:647, 2016.
80. Demir M. İş yaşamında ayrımcılık: Turizm sektörü örneği. *Uluslar arası İnsan Bilimleri Dergisi* 8(1):760-784, 2011.
81. Caliendo M, Lee WS. Fat chance! Obesity and the transition from unemployment to employment. *Economics and Human Biology* 11(2):121-33, 2013.
82. Baum CL, Ford WF. The wage effects of obesity: a longitudinal study. *Health Economics* 13:885-99, 2004.
83. Larose SL, Kpeltse KA, Campbell MK, et al. Does obesity influence labour market outcomes among working-age adults? Evidence from Canadian longitudinal data. *Economics and Human Biology* 20:26-41, 2016.
84. Lempert D. Women's increasing wage penalties from being overweight and obese. U.S. Bureau of Labor Statistics Working paper no. 414, 2007.
85. Rudd Center Food Policy and Obesity. Weight bias&Stigma health care. Erişim: (<http://www.uconnruddcenter.org/weight-bias-stigma-health-care>). Erişim tarihi: 03/06/2018.
86. Gudzone KA, Beach MC, Roter DL, et al. Physicians build less rapport with obese patients. *Obesity*, 21(10): 2146-2152, 2013.
87. Alberga AS, Pickering BJ, Alix Hayden K, et al. Weight bias reduction in health professionals: a systematic review. *Clinical Obesity* 6:175-188, 2016.
88. Swift JA, Hanlon S, El-Redy L, et al. Weight bias among UK trainee dietitians, doctors, nurses and nutritionists. *Journal of Human and Dietetics* 26-4: 395-402, 2013.
89. Buxton BK, Snethen J. Obese women's perceptions and experiences of healthcare and primary care providers: a phenomenological study. *Nursing Research* 62(4):252-259, 2013.
90. Phelan SM, Burgess DJ, Yeazel MW, et al. Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity. *Obesity Reviews* 16:319-326, 2015.
91. Gudzone KA, Bennett WL, Cooper LA, Patients who feel judged about their weight have lower trust in their primary care providers. *Patient Education and Counseling* 97:128-131, 2014.

92. Alkan A, Erdem R, Çelik R. Sağlık alanındaki ayrımcı tutum ve davranışlar: kavramsal bir inceleme. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi 19(3):365-390, 2016.
93. Budd GM, Mariotti M, Graff D, et al. Health care professionals' attitudes about obesity: an integrative review. *Applied Nursing Research* 24:127-37,2011.
94. Foster GD, Wadden TA, Makris AP, et al. Primary care physicians' attitudes about obesity and its treatment. *Obesity Research* 11(10): 1168-1177, 2003.
95. Brown I. Nurses' attitudes towards adult patients who are obese: literature review. *Journal of Advanced Nursing* 53(2):221-232, 2006.
96. Brown I, Thompson J. Primary care nurses' attitudes, beliefs and own body size in relation to obesity management. *Journal of Advanced Nursing* 60(5): 535–543, 2007.
97. Oberrieder H, Walker R, Monroe D, et al. Attitude of dietetics students and registered dietitians toward obesity. *Journal of The American Dietetic Association* 95(8):914-6, 1995.
98. McArthur LH, Ross JK. Attitudes of registered dietitians toward personal overweight and overweight clients. *Journal of The American Dietetic Association* 97(1):63-66, 1997.
99. Setchell J, Watson B, Jones L, et al. Physiotherapists demonstrate weight stigma: a cross-sectional survey of Australian physiotherapists. *Journal of Physiotherapy* 60:157-62,2014
100. Kaminsky J, Gadaleta D. A study of discrimination within the medical community as viewed by obese patients. *Obesity Surgery* 12(1):14-8, 2002.
101. Puhl RM, Luedicke J, Carlos M, et al. Obesity bias in training: attitudes, beliefs, and observations among advanced trainees in professional health disciplines. *Obesity* 22-4:1008-1015, 2014.
102. Moorhead SA, Coates VE, Gallagher AM, et al. Obesity communication among patients by health professionals: Findings from the Weight Care Project. *Health* 5:100-109, 2013.
103. Wiese HJ, Wilson JF, Jones RA, et al. Obesity stigma reduction in medical students. *International Journal of Obesity* 16(11):859-68, 1992.
104. Rukavina PB, Li W. School physical activity interventions: do not forget about obesity bias. *Obesity Reviews* 9(1):67-75, 2008.

105. Kushner RF, Zeiss DM, Feinglass JM, et al. An obesity educational intervention for medical students addressing weight bias and communication skills using standardized patients. *BMC Medical Education* 14:53, 2014.
106. Poustchi Y, Saks NS, Piasecki AK, et al. Brief intervention effective in reducing weight bias in medical students. *Family Medicine* 45(5):345-348, 2013.
107. Dökmen Ü. İletişim Çatışmaları ve Empati, 54. Basım, İstanbul, Remzi Kitapevi A.Ş., 2015.
108. Ioannidou F., Konstantikaki V., “Empathy and emotional intelligence: What is it really about?”. *International Journal of Caring Sciences* 1(3):118–123, 2008.
109. Tük Dil Kurumu Erişim: ([http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com\\_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5b0fdb1cd39d82.98308390](http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5b0fdb1cd39d82.98308390)). Erişim tarihi: 03/06/2018.
110. Ersoy EG, Ferdi K. Empati: Tanımı ve önemi. *Osman Gazi Tıp Dergisi* 38:1-9, 2016.
111. Anar T. Edebiyat eserlerini anlamak ve yorumlamak için farklı bir yöntem: Einfühlung teorisi. *İstanbul Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Türk Dili ve Edebiyatı Dergisi* 48(48): 23-46, 2013.
112. Lazoni S. Empathy in translation: Movement and image in the psychological laboratory. *Science in Context* 25(3): 301-327, 2012.
113. Sharma RM. Empathy-A retrospective on its development in psychotherapy. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 26: 377-390, 1992.
114. Hacker PMS. *The Passions: A Study of Human Nature*. First published. USA, John Wiley&Sons Ltd, 377, 2018.
115. Dökmen Ü. Empatinin yeni bir modele dayandırılarak ölçülmesi ve psikodrama ile geliştirilmesi. *A.Ü. Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi* 21(1-2):155-190, 1988.
116. Rogers CR. Empathic: An unappreciated way of being. *The Counseling Psychologist* 5:2-10, 1975.
117. Yalçın M. Özel eğitim kurumlarında çalışan eğitimcilerin tükenmişlik düzeylerinin empatik eğilim ve bazı değişkenler ile olan ilişkisi. Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Ana Bilim Dalı, Gaziantep, 2011.

118. Kılınç M. Sağlık çalışanlarının empatik eğilim düzeyinin saldırgan davranış düzeyleri ile ilişkisi. Yüksek Lisans Tezi, Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Konya, 2016.
119. Hasgül E. Sosyal hizmet uygulamalarında empatinin önemi ve yardım ilişkisine etkisi. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2013.
120. Dziobek I, Rogers K, Fleck S, et al. Dissociation of cognitive and emotional empathy in adults with asperger syndrome using the Multifaceted Empathy Test (MET). *Journal of Autism and Developmental Disorders* 38:464-473, 2008.
121. Hojat M, Gonnella JS, Mangione S, et al. Physician empathy in medical education and practice: experience with the jefferson scale of physician empathy, *Seminars in Integrative Medicine* 1(1):25-41, 2003.
122. Karaca A, Açıkgoz F, Akkuş D. Eğitim ile empatik beceri ve empatik eğilim geliştirilebilir mi?: Bir sağlık yüksekokulu örneği, *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 4(3):118-122, 2013.
123. Yiğitbaş Ç, Deveci SE, Açık Y, ve ark. Sağlık eğitimi alan bir grup öğrencinin empatik eğilim ve becerisi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 4(1):7-13, 2013.
124. Durakoğlu A. Gökçearslan Ş. Lise öğrencilerinin empatik eğilim düzeyinin çeşitli değişkenlerle ilişkisi. *Journal of New World Sciences Academy* 5(3): 354-364, 2010.
125. Özcan H. Hemşirelerin empatik eğilim ve empatik becerileri: Gümüşhane örneği. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 1(2):60-68, 2012.
126. Gülbahçe A, Özkurt S. Rehberlik ve psikolojik danışmanlık programını tercih edecek olan öğrencilerin empatik eğilim ve empatik becerilerinin bazı değişkenlere göre incelenmesi. *Adnan Menderes Üniversitesi Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi* 7(1):1-15, 2016.
127. Serpen AS, Hasgül E. Sosyal hizmet uygulamalarında empatinin önemi ve yardım ilişkisi üzerindeki etkisi. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi* 35: 37-52, 2015.
128. Davis CM. What is empathy, and can empathy be taught?. *Physical Therapy* 70 (11): 707-711, 1990.

129. Karadere Y. Kişilerarası iletişim sürecinde izafiyet teorisi'nin rolü. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Halkla İlişkiler ve Tanıtım Anabilim Dalı, Halkla İlişkiler ve Tanıtım Bilim Dalı, Konya, 2014.
130. Metin H. Empatik iletişim ve yönetim. İletişim Kuram ve Araştırma Dergisi 32: 177-204, 2011
131. Aktaş S, Pasinlioğlu T. Ebenin empatik iletişim becerisinin doğum eylemine ve doğum sonrası döneme etkisi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 19:38-45, 2016.
132. Akgöz S, Karavuş M. Çanakkale ili sağlık ocakları ve sağlık evlerinde çalışan evelerin empatik iletişim becerilerinin değerlendirilmesi. Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics 13: 14-19, 2005.
133. Schrooten I, de Jong MD. If you could read my mind: The role of healthcare providers' empathic and communicative competencies in clients' satisfaction with consultations. Health Communication 32(1): 111-118, 2017.
134. Blatt B, LeLacheur SF, Galinsky AD, et al. Does perspective-taking increase patient satisfaction in medical encounters? Academic Medicine 85(9):1445-1452, 2010.
135. Pollak KI, Arnold R, Alexander SC, et al. Do patient attributes predict oncologist empathic responses and patient perceptions of empathy? Support Care Cancer 18(11):1405-1411, 2010.
136. Çiftçioğlu BA, Ordun G. Hastaların hekimlerin kendileri ile kurdukları iletişiminden memnuniyet düzeylerinin ölçümüne yönelik bir araştırma. Öneri Dergisi 9(34): 109-118, 2010.
137. Howard M, Agarwal G, Hilts L. Patient satisfaction with access in two interprofessional academic family medicine clinics. Family Practice 26(5):407-412, 2009.
138. Sitzia J, Wood N. Patient satisfaction: a review of issues and concepts. Social Science & Medicine 45(12):1829-1843,1997.
139. Chu CI, Tseng CC. A survey of how patient-perceived empathy affects the relationship between health literacy and the understanding of information by orthopedic patients? BMC Public Health 13:155, 2013.

140. Parvan K, Ebrahimi H, Zamanzadeh V, et al. Empathy from the nurses' viewpoint in teaching hospitals of tabriz university of medical sciences, iran. *Journal of Caring Sciences* 3(1):29-36, 2014.
141. Başol E. Hasta ile sağlık çalışanları (doktor ve hemşire) arasındaki iletişim sorunları ve çözüm önerileri. *International Anatolia Academic Online Journal/Sosyal Bilimler Dergisi* 4(1): 76-93, 2018. Erişim:(<http://dergipark.gov.tr/download/article-file/465271>). Erişim tarihi: 04/06/2018.
142. Atıcı E. Hasta - Hekim ilişkisini etkileyen unsurlar. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 33(2): 91-96, 2007.
143. Kiosses VN, Karathanos VT, Tatsioni A. Empathy promoting interventions for health professionals: A systematic review of RCTs. *Journal of Compassionate Health Care* 3:7, 2016.
144. Halpern J. Empathy and Patient-Physician Conflicts. *Journal of General Internal Medicine* 22(5): 696-700, 2007.
145. Ercan A, Akçil Ok M, Kızıltan G. Sağlık bilimleri öğrencileri için obezite önyargı ölçeğinin geliştirilmesi: GAMS 27-obezite önyargı ölçeği, DBHAD Uluslararası Hakemli Beslenme Araştırmaları Dergisi 3(2): 29-43,2015.
146. Bhuiyan AR, Gustat J, Srinivasan SR, et al. Differences in body shape representations among young adults from a biracial (Black-White), semirural community: the Bogalusa Heart Study. *American Journal of Epidemiology* 158(8): 792-797, 2003.
147. Sert H, Seven A, Çetinkaya S ve ark. Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin obezite önyargı düzeylerinin değerlendirilmesi. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi* 1(4): 9-17, 2016.
148. Öztürk Altınkaynak S, Gür EY, Ejder Apay S ve ark. Ebelik öğrencilerinin obez gebelere karşı önyargısı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 20:3, 2017.
149. Okumuşoğlu S. Obeziteli ergenlerde beden ağırlığına ilişkin alay edilmenin fiziksel aktivite düzeyi ve diyetle ilişkin tutumlar ile ilişkisi. *Uluslararası Beşeri Bilimler ve Eğitim Dergisi* 3(2): 195-208, 2012.

150. Miller DP , Spangler JG, Vitolins MZ, et al. Are medical students aware of their anti-obesity bias? *Academic Medicine* 88(7): 978-982, 2013.
151. Dizer B, İyigün E. Yoğun bakım hemşirelerinde empatik eğilim düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 12(1): 9-19, 2009.
152. Tiryaki Şen H, Taşkın Yılmaz F, Pekşen Ünüvar Ö ve ark. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev yapan sağlık çalışanlarının empatik beceri düzeyleri. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 3(1): 6-12, 2012.
153. Arifoğlu B, Sala Razi G. Birinci sınıf hemşirelik öğrencilerinin empati ve iletişim becerileriyle iletişim yönetimi dersi akademik başarı puanı arasındaki ilişki. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi* 4(1): 7-11, 2011.
154. Saygılı G, Kırıktaş H, Gülsoy HT. Bazı değişkenlere göre öğretmenlerin empatik eğilim düzeyleri. *Bartın Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* 4(1):73-82, 2015.
155. Teke AK, Cengiz E, Demir C. Hekimlerin empatik özelliklerini ölçümü ve bu ölçümlerin demografik değişkenlere göre değişimi. *Ç.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 19(3): 505-516, 2010.
156. Hojat M, Mangione S, Gonnella JS, et al. Empathy in medical education and patient care. *Academic Medicine* 76(7):669, 2001.
157. Karakuş F, Tümkaya S. Sınıf öğretmenlerinin empatik beceri düzeylerinin sosyo-demografik değişkenlere ve tercih ettikleri disiplin türlerine göre incelenmesi. *Pegem Eğitim ve Öğretim Dergisi* 5(4): 397-418, 2015.
158. Yurttaş A, Yetin A. Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin empatik beceri ile problem çözme becerilerinin karşılaştırılması. *Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 6(1): 1-13, 2003.
159. Bekmezci H, Yurttaş ÇB, Özkan H. Ebelik bölümü öğrencilerinin empatik eğilim düzeylerinin belirlenmesi. *HSP* 2(1): 46-54, 2015.
160. Kutlu M, Çolakoğlu N, Pay Özgüvenç Z. Hasta hekim ilişkisinde empatinin önemi hakkında bir araştırma. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi* 2(2): 127-143, 2010.

161. Alver B. Psikolojik danışma ve rehberlik eğitimi alan öğrencilerin empatik beceri ve karar verme stratejilerinin çeşitli değişkenlere göre incelenmesi. Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 14:19-34, 2005.
162. Spraggins EF, Fox EA, Carey JC. Empathy in clinical dietitian and dietetic interns. Journal of the American Dietetic Association 90(2): 244-249, 1990.
163. Puhl RM, Latner JD, O'Brien K, et al. A multinational examination of weight bias: predictors of anti-fat attitudes across four countries. International Journal of Obesity 39(7): 1166–1173, 2015.
164. Ata A, Vural A, Keskin F. Beden algısı ve obezite. Ankara Medical Journal 14(3): 74-84, 2014.
165. Hamurcu P, Öner C, Telatar B, ve ark. Obezitenin benlik saygısı ve beden algısı üzerine etkisi. Türk Aile Hekimliği Dergisi 19(3): 122-128, 2015.
166. Acharya B, Chauhan HS, Bala I, et al. Adölanlarda beden imaj memnuniyeti, ağırlık algısı ve obezite bilgisi; Kaski bölgesi, Nepal. TAF Preventive Medicine Bulletin 15(5): 396-400, 2016.
167. Aksoy A, Oğur S, Aksoy Kendilci E. Bitlis ili'ndeki obez çocuga sahip ebeveynlerin obeziteye ve çocuklarına yaklaşımı. BEÜ Fen Bilimleri Dergisi 5(2):210-224, 2016.
168. Welborn SE, Lee M, Cress E, et al. Comparison of obesity bias, attitudes and beliefs among undergraduate dietetic students, dietetic interns and practicing registered dietitians. Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics 113(9): A35, 2013.
169. Eren İ, Erdi Ö. Obez hastalarda psikiyatrik bozuklukların sıklığı. Klinik Psikiyatri 6:152-157, 2003.
170. Nazik H, Kökçam İ, Demir B, ve ark. Aşırı kilolu ve obezlerde deri bulgurları. Turkderm-Deri Hastalıkları ve Frengi Arşivi Dergisi 50:59-64, 2016.



# EKLER

## EK 1: Etik Kurul Onayı



**Sayı** : 94603339-604.01.02/ 42006  
**Konu** : Proje Onayı

21/11/2017

### SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Beslenme ve Diyetetik Yüksek Lisans Programı öğrencisi Duygu Ünal tarafından yürütülecek olan KA17/301 nolu "Sağlık çalışanlarının obez bireylere karşı tutumlarının değerlendirilmesi" başlıklı araştırma projesi Kurulumuz tarafından uygun bulunmuştur. Projenin başlama tarihi ile çalışmanın sunulduğu kongre ve yayımlandığı dergi konusunda Kurulumuza bilgi verilmesini rica ederim.

**e-imzalıdır**  
Prof. Dr. Hakan ÖZKARDEŞ  
Kurul Başkanı

Not: Çalışma bildiri ve/veya makale haline geldiğinde "Gereç ve Yöntem" bölümüne aşağıdaki ifadelerden uygun olanının eklenmesi gerekmektedir.

— Bu çalışma Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu tarafından onaylanmış (Proje no:...) ve Başkent Üniversitesi Araştırma Fonunca desteklenmiştir.

— This study was approved by Baskent University Institutional Review Board (Project no:...) and supported by Baskent University Research Fund.

**Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır**

Taşkent Caddesi (Eski 1. Cadde) 77. Sokak (Eski 16. Sokak) No:11 06490 Bahçelievler / Ankara  
Birim Telefon No: 0 312 212 90 65 Faks No: 0 312 221 37 59  
E-Posta: [arastirma@baskent.edu.tr](mailto:arastirma@baskent.edu.tr) İnternet Adresi: [www.baskent.edu.tr](http://www.baskent.edu.tr)

Bilgi İçin: Lilifer TAŞBİLEK  
Unvan: Sekreter  
Telefon No: 2129065-2228



## EK 2: Makam Onayı



T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü

Sayı : 82792155-324.99  
Konu : Makam Oluru

### HALK SAĞLIĞI GENEL MÜDÜRLÜK MAKAMINA

Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Bölümünde Yüksek Lisans derslerimi tamamlamış olup, tez aşamasında bulunan Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Daire Başkanlığında Diyetisyen olarak görevli Duygu ÜNAL'ın sonuçlarının Bakanlığımız çalışmalarına da katkı sağlaması düşünülen "Sağlık Çalışanlarının Obez Bireylere Karşı Tutumlarının Değerlendirilmesi" konulu tez araştırmasının Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü çalışanlarına uygulanmasına izin verilmesi hususunu takdir ve tensiplerinize arz ederim.

e-imzalıdır.  
Doç.Dr.Nazan YARDIM  
Daire Başkanı

### OLUR

.../.../2017

e-imzalıdır.

Prof. Dr. İrfan ŞENCAN  
Halk Sağlığı Genel Müdürü

#### EKLER:

- 1- Dilekçe
- 2- Anket
- 3- Obezite Ön Yargı Ölçeği
- 4- Empatik Eğilim Ölçeği
- 5- Empatik Beceri Ölçeği

Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Daire Başkanlığı  
Sağlık Mahallesi Adnan Saygun Cad No: 55 G Blok 2. kat Sıhhiye / Ankara  
Faks No:(312) 565 63 28  
e-Posta:osman.okatan@saglik.gov.tr İnt.Adresi:

Bilgi için:Osman OKATAN  
Unvan:BİRİM SORUMLUSU  
Telefon No:(312) 365 63 34

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden b6120e78-8c48-469f-8c67-2228552a52bf kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

### **EK 3: Onam Formu**

## **BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**

### **BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU**

#### **LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!**

Bilimsel araştırma amaçlı klinik bir çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini tam olarak anlamanız ve kararınızı, araştırma hakkında tam olarak bilgilendirildikten sonra özgürce vermeniz gerekmektedir. Bu bilgilendirme formu söz konusu araştırmayı ayrıntılı olarak tanıtmak amacıyla size özel olarak hazırlanmıştır. Lütfen bu formu dikkatlice okuyunuz. Araştırma ile ilgili olarak bu formda belirtildiği halde anlayamadığınız ya da belirtilemediğini fark ettiğiniz noktalar olursa araştırmacınıza sorunuz ve sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz. Bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım **gönüllülük** esasına dayalıdır. Araştırma hakkında tam olarak bilgilendirildikten sonra, kararınızı özgürce verebilmeniz ve düşünmeniz için formu imzalamadan önce araştırmacınız size zaman tanıyacaktır. Kararınız ne olursa olsun, araştırmacınız sizin tam sağlık halinizin sağlanmasına ve korunmasına yönelik görevlerini bundan sonra da eksiksiz yapacaklardır. Araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde formu imzalayınız.

#### **1. ARAŞTIRMANIN ADI**

Sağlık Çalışanlarının Obez Bireylere Karşı Tutumlarının Değerlendirilmesi

#### **2. GÖNÜLLÜ SAYISI**

Bu çalışmada yer alması öngörülen toplam katılımcı sayısı T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü'nde çalışan ve çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden sağlık hizmeti sınıfındaki 240 sağlık çalışanından oluşmaktadır.

#### **3. ARAŞTIRMAYA KATILIM SÜRESİ**

Bu çalışmada yer almanız için öngörülen süre 20 dakika'dır.

#### **4. ARAŞTIRMANIN AMACI**

Bu araştırmanın amacı sağlık çalışanlarının obez bireylere karşı önyargı tutum ve davranışlarının saptanarak değerlendirilmesidir.

#### **5. ARAŞTIRMAYA KATILMA KOŞULLARI**

T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü çalışanı olmak çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul etmek.

#### **6. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ**

Çalışma kapsamında sağlık çalışanlarına, kendilerine ait demografik özellikler, antropetrik bilgiler ile GAMS-27 Obezite Önyargı Ölçeği, Empatik Eğilim Ölçeği ve Empatik Beceri Ölçeği'nden oluşan bir anket formu uygulanacaktır.

#### **7. GÖNÜLLÜLERİN SORUMLULUKLAR**

Katılımcıların çalışma boyunca herhangi bir sorumlulukları yoktur. Yalnızca anket sorularına tam ve doğru cevaplar vermeleri gerekmektedir.

#### **8. ARAŞTIRMADAN BEKLENEN OLASI YARARLAR**

Bu araştırma yalnızca bilimsel amaçlıdır. Sağlık çalışanlarında obezite önyargı düzeyinin saptanması ve farkındalık yaratması amacıyla yürütülecektir. Çalışmadan elde edilecek sonuçların, gösterilen ayrımcılık ve damgalama davranışlarının fazla kilolu ve obez bireylerin fiziksel ve ruhsal sağlıkları üzerine etkilerini gözlemleme ve bu konuya dikkat çekme yönünde fayda sağlayacağı düşünülmektedir.

#### **9. ARAŞTIRMADAN KAYNAKLANABİLECEK OLASI RİSKLER**

Araştırmadan kaynaklanacak herhangi bir risk bulunmamaktadır.

#### **10. ARAŞTIRMADAN KAYNAKLANABİLECEK HERHANGİ BİR ZARARLANMA DURUMUNDA YÜKÜMLÜLÜK / SORUMLULUK DURUMU**

Araştırmadan kaynaklanan herhangi bir zararlanma durumu yoktur.

## **11. ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLARDA ARANACAK KİŞİ**

Uygulama süresince, zorunlu olarak araştırma dışında kalmanızı gerektirecek bir durumla karşılaştığınızda, araştırmacıyı önceden bilgilendirmek için, araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da araştırma ile ilgili herhangi bir sorun için herhangi bir saatte adresi ve telefonu aşağıda belirtilen ilgili diyetisyene ulaşabilirsiniz.

İstediginizde Günün 24 Saati Ulaşılabilir Diyetisyenin Adres ve Telefonları:

Diyetisyen Duygu ÜNAL

T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Dairesi Başkanlığı

**Cep:** 0505 913 85 19

## **12. GİDERLERİN KARŞILANMASI VE ÖDEMELER**

Bu araştırmaya katılmanız için veya araştırmadan kaynaklanabilecek giderler için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir.

## **13. ARAŞTIRMAYI DESTEKLEYEN KURUM**

Araştırmayı destekleyen kurum Başkent Üniversitesi'dir.

## **14. KATILIMCIYA HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILIP YAPILMAYACAĞI**

Bu araştırmaya katılmanızla, araştırma ile ilgili çıkabilecek zorunlu masraflar tarafımızdan karşılanacaktır. Bunun dışında size veya yasal temsilcilerinize herhangi bir maddi katkı sağlanmayacaktır.

## **15. BİLGİLERİN GİZLİLİĞİ**

Araştırma süresince elde edilen sizinle ilgili bilgiler size özel bir kod numarası ile kaydedilecektir. Size ait her türlü bilgi gizli tutulacaktır. Araştırmanın sonuçları yalnızca bilimsel amaçla kullanılacaktır. Araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir. Ancak, gerektiğinde araştırmacının izleyicileri, yoklama yapanlar, etik

kurullar ve resmi makamlar tıbbi bilgilerinize ulaşabilecektir. Siz de istediğinizde kendinize ait bilgilere ulaşabileceksiniz

## **16. ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILMA KOŞULLARI**

Araştırma programını aksatmanız veya araştırmaya bağlı veya araştırmadan bağımsız gelişebilecek istenmeyen bir etkiye maruz kalmanız vb. nedenlerle diyetisyeniniz sizin izniniz olmadan sizi araştırmadan çıkarabilir. Bu durum yararlanmakta olduğunuz eğitim ve beslenme hizmetlerinde herhangi bir değişikliğe neden olmayacaktır. Ancak araştırma dışı bırakılmanız durumunda da, sizinle ilgili veriler bilimsel amaçla kullanılabilir.

## **17. ARAŞTIRMADA UYGULANACAK TEDAVİ DIŞINDAKİ DİĞER TEDAVİLER**

Araştırma kapsamında uygulanacak bir tedavi yoktur

## **18. ARAŞTIRMAYA KATILMAYI REDDETME VEYA AYRILMA DURUMU**

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; araştırmada yer almayı reddetmeniz veya katıldıktan sonra vazgeçmeniz halinde de kararınız size sunulan hizmetlerde herhangi bir değişikliğe neden olmayacaktır

Araştırmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda da, sizle ilgili veriler bilimsel amaçla kullanılabilir.

## **19. YENİ BİLGİLERİN PAYLAŞILMASI VE ARAŞTIRMANIN DURDURULMASI**

Araştırma sürerken, araştırmayla ilgili olumlu veya olumsuz yeni bilgi ve sonuçlar en kısa sürede size veya yasal temsilcinize iletilecektir. Bu sonuçlar sizin araştırmaya devam etme isteğinizi etkileyebilir. Bu durumda karar verene kadar araştırmanın durdurulmasını isteyebilirsiniz.

Sayın Dyt. Duygu ÜNAL tarafından Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde "Sağlık Çalışanlarının Obez Bireylere Karşı Tutumlarının Değerlendirilmesi" çalışması yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya "katılımcı" (denek) olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam diyetisyen ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda bana gerekli güvence verildi.

Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağına bilincindeyim). Ayrıca, tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı tutulabilirim.

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

İster doğrudan, ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle herhangi bir beklenmeyen sorunun ortaya çıkması halinde, her türlü müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. Bu müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim anlatıldı.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim.

## ARAŞTIRMAYA KATILMA ONAYI

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren 4 sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Araştırmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum. Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

GÖNÜLLÜ		İMZASI
İSİM SOYİSİM		
ADRES		
TELEFON		
TARİH		

ARAŞTIRMACI		İMZASI
İSİM SOYİSİM ve GÖREVİ	Duygu ÜNAL -Diyetisyen	
ADRES	T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Dairesi Başkanlığı Sıhhiye/ANKARA	
TELEFON	0 505 913 85 19	
TARİH		

ONAM ALMA İŞİNE BAŞINDAN SONUNA KADAR TANIKLIK EDEN KURULUŞ GÖREVLİSİ		İMZASI
İSİM SOYİSİM ve GÖREVİ		
ADRES		
TELEFON		
TARİH		



## EK 4: Anket Formu

### Sağlık Çalışanlarının Obez Bireylere Karşı Tutumlarının Değerlendirilmesi

Sevgili Sağlık Çalışanları. Bu anket T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü'ndeki sağlık çalışanlarının obez bireylere karşı önyargı tutumlarını saptamak amacıyla düzenlenmiştir. Lütfen soruları doğru ve tam olarak cevaplayınız. Katılımınız için teşekkür ederim.

Dyt. Duygu ÜNAL

Çalıştığı Daire/ Mesleği...../.....

Meslekte çalışma süreniz:.....

Doğum Tarihi: .....gün.....ay.....yıl

Cinsiyet: Erkek Kadın

Boy:.....cm

Vücut ağırlığı :.....kg

Doğum yeriniz:.....

Yaşamınızda en uzun süreyle bulunduğunuz yer:.....

Aile bireylerinizde şişmanlık öyküsü var mı?

a. Hayır

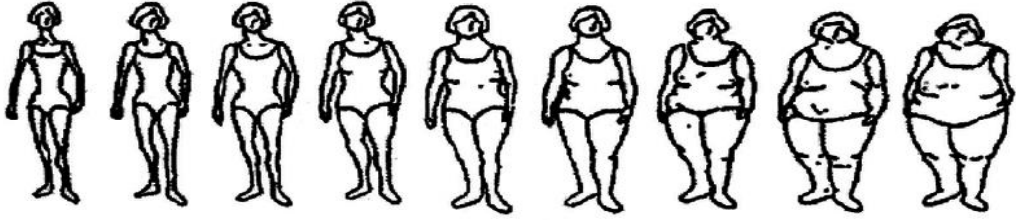
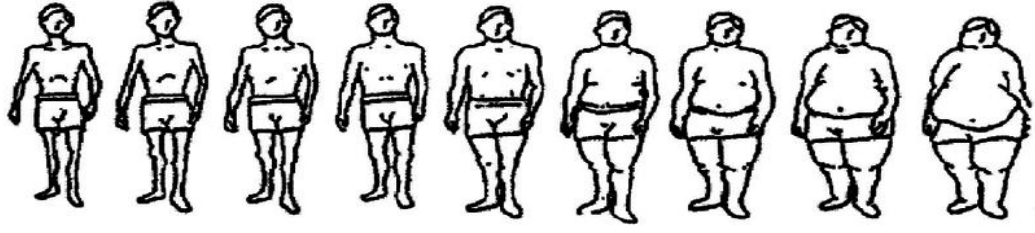
b. Evet ( Anne  Baba  Kardeş  Büyükanne/büyükbaba  
 Hala/Teyze  Amca/Dayı)

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

a. Hayır

b. Evet

Arkadaş/ İş arkadaşı  Komşu  Akraba )



Size göre aşağıdakilerden hangisi sizin vücut görünümünüz için en uygun seçenektir?( X ile işaretleyiniz)

Vücut ağırlığınızla ilişkili olarak geçmişte veya halen aşağıda yer verilen davranışlarla karşılaştınız mı? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- Ayrımcılığa maruz kaldım
- Lakap takıldı
- Dışlanmaya maruz kaldım
- Sözlü kaba davranışlara maruz kaldım
- Diğer (belirtiniz).....
- Hayır

Obez bireylere karşı tutumunuzu nasıl tanımlarsınız?

- Önyargılıyım
- Önyargısızım
- Fikrim Yok

Obez bireylerin tanı, tedavi ve izlem sürecinde hiç yer aldınız mı?

- Evet
- Hayır

Cevabınız Evet ise bu süreçte sizi zorlayan yönler oldu mu?

- Evet
- Hayır

Cevabınız Evet ise sizi zorlayan yönleri nelerdir?

- Hasta öyküsü/İletişim
- Fiziksel muayene (tansiyon ölçümü, stetoskop kullanımı vb.)
- Antropometrik ölçüm (vücut ağırlığı, boy ölçümü, bel çevresi ölçümü vb.)
- Tedavi sürecinde hastalıktan öte obezite kaynaklı komplikasyonlar nedeniyle yaşanan sorunlar(kan basıncı düzensizliği, kan parametrelerinin kontrol altına alınamaması, kabızlık sorunu, yara iyileşmesinde gecikme vb.)
- Tedaviye uyum sorunu
- Diğer(belirtiniz).....

Obez bireyler için sağlık kuruluşlarında ayrıcalık olmalı mıdır? (*Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz*)

- Poliklinik hizmeti alınan yerlerde (koltuk, sedye, tuvalet vb.)
- Kliniklerde yatarak tedavi görülen alanlarda (ölçüm araçları (baskül, tansiyon aleti vb.),yatak, duş, tuvalet vb.)
- Görüntüleme merkezlerinde
- Ameliyathane
- Hastane içi alanlar (taşıma araçları (tekerlekli sandalye, sedye vb.))
- Hayır

## EK 5: GAMS-27 Obezite Önyargı Ölçeği

	Aşağıdaki ifadeleri okuyunuz ve size göre en uygun seçeneği (✓) ile işaretleyiniz. Şişman Bireyler.....	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
1	Bencildirler					
2	Güzel yüzlüdürler					
3	Estetik değildirlirler					
4	Güler yüzlüdürler					
5	İradesizdirler					
6	Hastalıklara yatkındırlar					
7	Mutludurlar					
8	Toplumda yemek yemekten hoşlanmazlar					
9	Korkaktırlar					
10	Misafirperverdirler					
11	Çekicidirler					
12	Hareket yetenekleri kısıtlıdır					
13	Ter kokarlar					
14	Sempatiktirler					
15	Sağlıklı görünürler					
16	Hareket etmeyi sevmezler					
17	Ozgüvenlidirler					
18	Yaşam kaliteleri düşüktür					
19	Olduğundan daha yaşlı görünürler					

20	Sosyal ilişkileri güçlüdür					
21	Çabuk yorulurlar					
22	İyi dinleyicidirler					
23	Hareketlerinde yavaşlırlar					
24	Tembeldirler					
25	Güzel yemek yaparlar					
26	Görünümlerinden dolayı duygusal ilişkilerde tercih edilmezler					
27	Cana yakındırlar					

## EK 6:Empatik Eğilim Ölçeği

*Empatik Eğilim Ölçeği: Sizin için en uygun olan seçeneği işaretleyiniz.*

		Tamamen Aykırı	Oldukça Aykırı	Kararsızım	Oldukça Uygun	Tamamen Uygun
1	Çok sayıda dostum var					
2	Film izlerken bazen gözlerim yaşarır.					
3	Sıklıkla kendimi yalnız hissedirim					
4	Bana dertlerini anlatanlar yanımdan ferahlamış olarak ayrılırlar					
5	Başkalarının problemleri beni kendi problemlerim kadar ilgilendirir.					
6	Duygularımı başkalarına iletmekte güçlük çekerim.					
7	İnsanların film seyrederken ağlamaları tuhafıma gider.					
8	Birisi ile tartışırken bazen dikkatim onun söylediklerinden çok vereceğim cevap üzerinde yoğunlaşır.					
9	Çevremde çok sevilen bir insanım.					
10	TV'deki filmler mutlu sona ulaşınca rahatlarım.					
11	Düşüncelerimi başkalarına iletmekte güçlük çektiğim olur.					
12	İnsanların çoğu bencildir.					
13	Sinirli bir insanım.					
14	Genellikle insanlara güvenirim.					
15	İnsanlar beni tam olarak anlayamıyorlar.					
16	Girişken bir insanım.					
17	Bir yakınıma derdimi anlatmak beni rahatlatır.					
18	Genellikle hayatımdan memnunum.					
19	Yakınlarım bana sık sık dertlerini anlatırlar.					
20	Genellikle keyfim yerindedir.					

## **EK 7:Empatik Beceri Ölçeği**

Aşağıda altı durum ve her duruma ilişkin on iki tepki verilmiştir. Bu durumları ve bunlara ait tepkilerin her birini okuduktan sonra, her durum için, verilen on iki tepkiden sorun sahibine söylemeyi tercih edeceğiniz dört tepkiyi seçiniz ve işaretleyiniz. Katkılarınız için teşekkür ederiz.

### ***I.Kişi (ev hanımı)***

Yemek, çamaşır, temizlik, dikiş, alış-veriş, çocuklar... Bütün gün tek başıma koşturuyorum, yine de yetişemiyorum. Kendime ayıracak beş dakikam yok. Kendimi mutfakla banyo arasında hapsolmuş hissediyorum.

1. Ev işlerine yardım edecek bir yardımcı kadın tutmayı hiç düşündün mü?
2. Bütün bu işler günde kaç saatini alıyor?
3. Eşin hiç yardım ediyor mu?
4. Anladığım kadarıyla ev işleri sana çok ağır geliyor.
5. Ev işlerini yapan, dünyada bir tek sen değilsin, bu durumu böyle mesele yapmak doğru değil.
6. Haklısın, bu kadar iş insanı gerçekten bunalır.
7. Bence senin problemin, işleri becerememen değil, işlerin çok olması.
8. Senin yerinde olsam, ben de bunalırdım.
9. Sanırım bunca iş karşısında kendini çaresiz ve yalnız hissediyorsun.
10. Sana katılıyorum, ev işleri gerçekten kolaydır.
11. Annem de (veya bir başka yakınınız), senin gibi sürekli ev işi yapmaktan bunalıyor.
12. Sanırım, bu kadar çok işi tek başına yapmak zorunda kalman seni öfkeliyor.

### ***II. Kişi (bir arkadaşınız)***

Bir miras meselesi yüzünden babamla amcam kavga ettiler. Aslında ben ikisini de severim. Aralarını bulmaya çalıştım daha da kötü oldu. Babam dün “bir daha o adamla konuşmayacaksın” dedi. Gerçi, miras konusunda babam haklı gibi, ama amcamdan da

vazgeçemem ki. Bunca yıl bize ikinci baba oldu. Üç kuruş için, bu çektiğimize değer mi?

1. Her ailede böyle problemler olabilir, kardeş kardeşin ne öldüğünü istermiş ne güldüğünü.
2. Bence üzülmen gereksiz, sonunda nasıl olsa barışırsınız.
3. Anladığım kadarıyla bu kavga seni çok üzmüş.
4. Senin yerinde olsaydım ben de çok üzülürdüm.
5. Kendini iki sevdiğin kişinin arasında kalmış hissediyorsun, bu da seni çaresizliğe itiyor.
6. İki kardeşin problemini anlaşılarak çözümlerine sevindim.
7. Bence güvenilir bir hukukçu bulup onun hakemliğine başvurmalısınız.
8. İki sevdiğin kişi arasında seçim yapmak zorunda kalman seni öfkeliyor.
9. Parayla mutluluk olmaz, dostluk her şeyden önemlidir.
10. Eğer babanın tarafını tutarsan amcana karşı haksızlık ettiğini düşüneceksin.
11. Baban “amcanla konuşma” sözünü geçici bir öfke anında söylemiş olabilir.
12. Bu kavganın sebebi, aslında para değil, babanla amcanın ailede üstünlük kurma istekleri olabilir.

### ***III. Kişi (bir dostunuz)***

Son günlerde canım sıkılıyor, belli bir sebebi yok ama içimin daraldığını hissediyorum, canım hiçbir şey yapmak istemiyor, amaçsız dolanıyorum. Üstelik bu sıkıntımı kimse ile paylaşamıyorum.

1. Sıkıntının nedenini araştırdın mı?
2. Senin böyle sıkılıyor olmana üzüldüm.
3. Bence kendini meşgul edecek bir hobi bulmalısın.
4. İçinde tanımlayamadığın bir heyecan hissediyorsun ve kötü bir şeyler olacakmış gibi geliyor.
5. Bazen ben de senin gibi sıkıntı hissederim.
6. Sanırım şu sıralarda kendini yalnız hissediyorsun.
7. Herhalde bilinç altındaki bir takım duygular böyle hissetmene yol açıyordur.
8. Sebebini bilmediğin yoğun bir sıkıntı içindesin.9.



9. Geceleri sıkıntılı rüyalar gördüğün de oluyor mu?
10. Kendini böylesine bırakman doğru değil.
11. Dünyada öyle büyük dertleri olan insanlar var ki, onlar senin bu sebepsiz sıkıntını dertten saymazlar.
12. Son günlerde istediğini elde etmen beni sevindirdi.

#### ***IV. Kişi (bir genç)***

Başımın yan tarafında bir tutam saç var, ne yapsam yatıramıyorum. Islatıyorum olmuyor, bağıyorum olmuyor. Ne zaman aynaya baksam neşem kaçıyor.

1. Bu önemli bir problem değil, kafanı takma.
2. Kafanın dışı değil, içi önemlidir; sen kişiliğini geliştirmeye çalış.
3. Saçının yatmaması seni üzüyor.
4. Saçının dökülmesi beni üzdü.
5. Berber halledemiyor mu?
6. Başkalarının yanında her zaman derli-toplu gözükmek istiyorsun.
7. Her zaman kusursuz bir insan olmak istiyorsun.
8. Saçınla bu kadar uğraşmak zorunda kalman seni sinirlendiriyor.
9. Bence bu önemli bir sorun değil ama bu işin seni rahatsız etmesine üzüldüm.
10. Bunu sakın arkadaşlarına söyleme seninle dalga geçebilirler, sen de üzülürsün.
11. Küçük bir şey için bile olsa, başkaları tarafından eleştirilmek seni üzüyor.
12. Bence seni asıl kızdıran, saçının yatmaması değil, bu işe çok zaman harcıyor olman.

#### ***V. Kişi (bir genç kız)***

Annem geçen hafta doğum günümde, bana nefis bir atkı hediye etti. Verirken de “sana özel bir şey bulabilmek için şehrin altını üstüne getirdim” dedi. Dün ne öğrensem beğenirsin? Başka şehirde oturan bir ablam var. Annem, bana aldığı aynısını üç ay önce ona da almış. Bunu öğrenince perişan oldum. Şu anda son derece kötü hissediyorum kendimi.

1. Annene niçin böyle davrandığımı sordun mu?
2. Annen, hem sana hem de ablana “özel” bir hediye alabilir, çünkü ikinizi de seviyordur. Bence olaya bu açıdan bakmalısın.
3. Bence bu konuda bencillik ediyorsun.
4. Bu olay seni üzmüş.
5. Bu olay karşısında, sanırım kendini aldatılmış hissetmişsin.
6. Galiba ablanı biraz kıskanıyorsun.
7. İki atkının tamamen benzer olduğundan emin misin?
8. Annenin sana, senin sandığın kadar değer verip vermediğini merak ediyorsun.
9. Senin yerimde olsaydım ben de üzülürdüm.
10. Annenin gözünde özel bir yerin olmasına sevinmişsin, şimdi bu sevincinin yerini üzüntü aldı.
11. Annen ablanı her zaman böyle eleştirir mi?
12. Annene oldukça öfkelisin.

## ***VI. Kişi (bir öğrenci)***

Son zamanlarda hiç ders çalışmıyorum. Sürekli kahvedeyim. Kağıt oynamak zevk veriyor ama kahveden çıkarken her seferinde derin bir pişmanlık duyuyorum, böyle giderse okulu bitiremeyeceğim. Bitiremezsem halim ne olur? Ne iş yaparım? Sonra anama-babama, konuya-komşuya ne derim?

1. Bu durumu ailen öğrenirse, her halde çok üzülürler.
2. Sınıfınızda senin durumunda olan başka arkadaşların da var mı?
3. Hayatta başarılı olmanın tek yolu okul bitirmek değildir. Okul bitirmemiş nice başarılı insan var.
4. İçinde bulunduğun durum seni çok sıkıyor, kaygılanmana yol açıyor.
5. Çalışmak istediğin halde çalışmıyorsun, kendi kendine söz geçiremiyor olman seni huzursuz ediyor.
6. Bence rahatlamak için bir psikoloğa başvurmalısın.
7. Konu komşunun ne düşüneceklerini kafana takma, kendini derslere ver.
8. Bu problemin beni üzdü.

9. Hem gelecekte iyi bir yaşantı elde edememekten hem de ana babanı incitmekten korkuyorsun.

10.Hiçbir derse mi çalışamıyorsun yoksa bazı derslere mi?

11.Bence kendine fazla yükleniyorsun, telaşın ve sıkıntın bu yüzden.

12.Çok çalıştığın halde dersleri başaramaman üzücü.