

ORJİNAL ARAŞTIRMA ORIGINAL RESEARCH

DOI: 10.5336/healthsci.2024-106680

İç Hastalıkları ve Genel Cerrahi Doktorlarının Obez Hastalar Hakkında Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi: Tanımlayıcı Çalışma

Evaluation of Internal Medicine and General Surgeon Doctors' Attitudes and Behaviors About Obese Patients: Descriptive Study

Sevil NAS^a

^aİstanbul Kültür Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Beslenme Bilimleri AD, İstanbul, Türkiye

ÖZET Amaç: Sağlık çalışanları tarafından obezite bakış açısı ve değerlendirilmesi ve tedavi yöntemleri bakımından farklılıklar görülmektedir. Bu çalışmanın amacı dahiliye uzmanı ve genel cerrahi uzmanı doktorlarının obez hastalar hakkındaki tedaviye yönelik tutum ve davranışlarının değerlendirilmesidir. **Gereç ve Yöntemler:** Bu araştırma tanımlayıcı tiptedir. Katılımcılara araştırmacılar tarafından hazırlanmış 11 soru ve obezite ön yargı ölçeğinden oluşmuş anket formu katılımcılara yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanmıştır. Çalışma gönüllülük esasına dayanmaktadır. Veriler değerlendirilirken Shapiro-Wilk Testi ile birlikte normal dağılıma uyup uymadığı değerlendirilmiştir. Araştırmanın evreni Ankara'da bir devlet hastanesinde çalışan dahiliye uzmanı ve genel cerrahi uzmanlarından oluşmaktadır. 02 Ocak 2024-23 Nisan 2024 tarihleri arasında, 22-62 yaş arası, %55,2 (64) kadın-%44,8 (52) erkek olmak üzere toplam 58 (%50) dahiliye uzmanı ve 58 (%50) genel cerrahi uzmanı olmak üzere 116 katılımcı gerçekleştirilmiştir. **Sonuç:** Uzmanlık alanına göre beden kitle indeksi (BKİ) ≥ 30 kg/m² ve BKİ ≥ 40 kg/m² olduğu durumlarda tedavi önerisi bakımından farklılık göstermemiştir ($p>0,05$). İç hastalıkları uzmanlığına sahip bireylerin ilaç tedavisi önerisi genel cerrahi uzmanlığına sahip bireylere göre daha fazla tercih edildiği tespit edilmiştir ($p=0,027$). İç hastalıkları uzmanlık alanına sahip hekimlerin yaşam davranış şekli önerisi genel cerrahi uzmanlık alanına sahip hekimlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu görülmüştür ($p=0,012$). BKİ ≥ 30 kg/m² ve BKİ ≥ 40 kg/m² hastalar için diyet tedavisi, fiziksel aktivite, ilaç tedavisi ve cerrahi yöntem tercihlerine göre katılımcıların obezite ön yargı düzeyi farklılık göstermemiştir ($p>0,05$). Katılımcıların cerrahi yöntem tercihinine göre Obezite Ön Yargı Tutum puan ortalamaları farklılık göstermiştir ($p=0,044$). Katılımcıların ilaç tedavisi tercihinine göre Obezite Ön Yargı Tutum puan ortalamaları farklılık göstermiştir ($p=0,026$). Uzmanlık alanına göre tedavi önerilerinin farklılık göstermekte olduğu görülmüştür. Obezitenin tedavisinde multidisipliner yaklaşım belirlenmeli, tedavi protokolleri sıklıkla güncellenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Obezite; obezite yönetimi; sağlık personelinin tutumu

ABSTRACT Objective: There are differences in the perspective and evaluation of obesity and treatment methods by healthcare professionals. The aim of this study is to evaluate the attitudes and behaviors of internal medicine specialist and general surgery specialist doctors towards the treatment of obese patients. **Material and Methods:** This study is of descriptive type. The questionnaire form consisting of 11 questions prepared by the researchers and obesity prejudice scale was applied to the participants by face-to-face interview method. The population of the study consisted of internal medicine and general surgeon doctors working in a state hospital in Ankara between January 02, 2024- April 23, 2024, when the doctors who were on leave and report and who did not accept to participate in the study were excluded, 116 participants, including 58 (50%) internal medicine and 58 (50%) general surgeon doctors, between the ages of 22 and 62, 55.2% (64) female-44.8% (52) male. **Conclusion:** There was no difference in terms of treatment recommendation when body mass index (BMI) ≥ 30 kg/m² and BMI ≥ 40 kg/m² according to specialty ($p>0.05$). It was found that individuals with Internal Medicine specialty preferred drug treatment more than individuals with General Surgery specialty ($p=0.027$). It has been determined that physicians with Internal Medicine specialty are statistically significantly more preferred than physicians with General Surgery specialty ($p=0.012$). The level of obesity prejudice of the participants did not differ according to diet therapy, physical activity, drug therapy and surgical method preferences for patients with BMI ≥ 30 kg/m² and BMI ≥ 40 kg/m² ($p>0.05$). According to the surgical method preference of the participants, the mean scores of Obesity Prejudice Attitude differed ($p=0.044$). According to the participants' preference for drug treatment, the mean score of Obesity Prejudice Attitude differed ($p=0.026$). It was observed that treatment recommendations differed according to specialty. A multidisciplinary approach should be determined in the treatment of obesity and treatment protocols should be updated frequently.

Keywords: Obesity; obesity management; attitude of healthcare professionals

Correspondence: Sevil NAS

İstanbul Kültür Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Beslenme Bilimleri AD, İstanbul, Türkiye

E-mail: s.nas@iku.edu.tr

Peer review under responsibility of Türkiye Klinikleri Journal of Health Sciences.

Received: 07 Nov 2024

Received in revised form: 09 Jan 2025

Accepted: 09 Jan 2025

Available online: 07 Apr 2025

2536-4391 / Copyright © 2025 by Türkiye Klinikleri. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).



Obezite, sağlığı olumsuz etkileyebilecek düzeyde vücutta fazla miktarda yağ birikmesi olup önlenabilir bir hastalıktır.¹ Son 30 yılda dünya çapında önemli ölçüde artan obezite prevalansı, 21. yüzyılın en ciddi halk sağlığı sorunlarından biri olmuştur.²

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), yetişkin obezite prevalansını en yüksek 3 bölge olarak Amerika Bölgesi (%29), Avrupa Bölgesi (%23) ve Dođu Akdeniz Bölgesi (%21) olarak açıklamıştır. Ülkelerin gelir oranları artıkça obezite prevalansının da arttığı görülmektedir. Düşük gelirli ülkelerdeki nüfusun %7'sinde obezite görülmekte iken, yüksek gelirli ülkelerdeki nüfusun % 25'inin obez olduğu bilinmektedir. 2000'de %9 olan küresel obezite prevelansı, 2016'da %13'e yükselmiştir.³ 2022 de açıklanan Avrupa Bölgesi Obezite Raporuna göre; Türkiye, Avrupa Bölgesi'nde obezite sıklığının en yüksek olduğu ülke olduğu belirtilmiştir. Türkiye'de yetişkin nüfusun %66,8'i fazla ağırlıklı ve %32,1'i obez olduğu belirtilmiştir.⁴

Hiçbir bileşen obezitenin etiolojisinde sorumlu faktör olarak tek başına ön plana çıkmamaktadır. Genetik ve epigenetik, hamilelik sırasında annenin ağırlık artışı, yetersiz miktarda uyku, çeşitli psikososyal stresörler, çevresel toksinlere maruz kalma; gastrointestinal, vajinal, respiratuar boşluklara yerleşen mikrobiyotanın çeşidi obezitenin etiyojisi etkileyen faktörlerden bazılarıdır. Yaşam boyun genom, epigenom ve çevresel faktörler arasındaki etkileşimler birbirleri ile ilişkili olarak vücut ağırlığı düzenlemesini etkilemektedir.⁵

Obezitenin tedavisinde, yaşam tarzı değışikliği, farmakoterapi ve bariatrik cerrahi olmak üzere üçlü tedavi modeli uygulanmaktadır.¹⁶ Obezite tedavisinde amaç, obeziteye ilişkin morbidite ve mortalite risklerini azaltmak, bireye yeterli ve dengeli beslenme alışkanlığı kazandırarak yaşam kalitesini yükseltmektir.¹⁷ Vücut ağırlığının 6 aylık dönemde %10 azalması, yaşam kalitesinin yanı sıra obeziteyle ilişkili birçok komplikasyonu (örn. tip 2 diyabet, hipertansiyon, yağlı karaciğer hastalığı ve obstrüktif uyku apnesinin önlenmesi ve kontrolü) iyileştirir.¹⁸ Yaşam tarzı müdahaleleriyle birlikte, obezite karşıtı ilaçlar ve bariatrik cerrahi, ağırlık kaybının korunmasını ve buna

bağlı sağlık kazanımlarını iyileştiren diğer unsurlardandır.⁶ Uzun süreli çalışmalar, bariatrik cerrahi prosedürlerinin tipik olarak %25'lik kalıcı vücut ağırlığı kaybına ve obezitenin komplikasyonlarında hızlı, sürekli iyileşmelere yol açtığını göstermiştir; ancak bunlar henüz yeni nesil yüksek etkili obezite karşıtı ilaçlarla karşılaştırılmamıştır. Yaşam tarzı müdahaleleri, obezite karşıtı ilaçlar, endoskopik ve bariatrik cerrahi prosedürlerin kombinasyonları dâhil olmak üzere hastaya özel optimal tedavi stratejilerini belirlemek ve etkili tedavilere eşit erişimi sağlamak için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.⁷

Ulusal Sağlık ve Bakım Mükemmelliği Enstitüsü [The National Institute for Health and Care Excellence (NICE)] şu anda düşük kalorili diyet ve optimal fiziksel egzersize ek olarak vücut ağırlığı kaybının korunması için farmakolojik tedavi önermektedir.⁸ Bariatrik cerrahi, diğer tüm müdahalelerin başarısız olduğu durumlarda tercih edilen tedavi yöntemi olarak değerlendirilmektedir. Cerrahi tedavi, diyabet ve diğer obeziteye bağlı eşlik eden hastalıklara sahip olan bireyler için daha uygun maliyetli bir tedavi seçeneği olarak ortaya çıkmaktadır.⁹

Hastalar ve sağlık çalışanları arasındaki ilk temastan itibaren hem fiziksel hem de psikolojik sağlık için sağlıklı bir yaşam tarzının önemi konusunda motivasyon ve farkındalığa odaklanan çalışmaya başlamak, uzun vadeli sonuçları iyileştirebilir.¹⁰

Mevcut NICE kılavuzu, beden kitle indeksi (BKİ)≥40 kg/m² olan veya önemli bir obeziteyle ilişkili komorbiditesi olan 35-39,9 kg/m² BKİ'ye sahip kişiler için, yalnızca tüm cerrahi olmayan müdahaleler önce denenmişse ve kişi 3. kademe bir hizmette yönetim alıyorsa, bariatrik cerrahiye bir tedavi seçeneği olarak önermektedir.¹¹

Obez bireyler sadece ciddi tıbbi komplikasyon riskinin artmasıyla değil, aynı zamanda yaygın, esnek bir sosyal damgalama şekliyle de karşı karşıyadır. Genellikle tembel, obur, irade gücü ve öz disiplinden yoksun olarak algılanan (kanıtsız), aşırı ağırlıklı veya obezitesi olan bireyler, işyerinde, eğitimde, sağlık ortamlarında ve genel olarak toplumda damgalanma ve ayrımcılığa karşı savunmasızdır. Fazla vücut ağırlığı damgası, fiziksel ve psikolojik sonuçlar da dâhil olmak üzere bireylere önemli ölçüde zarar verebilir.

Bununla birlikte, ağırlık damgasının zararlı etkisi, bireylere zarar vermenin ötesine geçer. Obezitenin bir seçim olduğu ve daha az yemek ve daha fazla egzersiz yapma gönüllü kararlarıyla tamamen tersine çevrilebileceği yönündeki hâkim görüş, halk sağlığı politikaları, tedavilere erişim ve araştırma üzerinde olumsuz etkiler yaratabilir. Bireylerin bedeninden memnun olma durumu olarak tanımlanan beden algısı; fizyolojik, psikolojik ve kültürel birçok unsurun bireysel algılanışını kapsayan bir kavramdır.¹²

Bazı araştırmalar, doktorların vücut ağırlığı ön yargısının en sık görülen kaynaklarından biri olduğunun bildirildiğini ve vücut ağırlığı ön yargısının halk arasında olduğu kadar tıp doktorları arasında da yaygın olduğunu bulmuştur. Hastaların mevcut ağırlıkları arttıkça, hekimlerin hastalara daha az saygı duyduklarını, hastalara yardım etme isteklerinin azaldığını ve hastaların zayıf hastalara göre ilaçlara daha az bağlı olduklarını bildirdiklerini görülmektedir. Tıp eğitimi sırasında damgalamayı azaltma yönelik davranışların geliştirilmesi, aksi durumda kalabilecek ve müdahale olmadığında potansiyel olarak daha da kötüleşebilecek vücut ağırlığı ön yargılarının önlenmesine ve hafifletilmesine yardımcı olabileceği bilinmektedir.¹³

GEREÇ VE YÖNTEMLER

ARAŞTIRMANIN DESENİ

Araştırma, tanımlayıcı ve kesitsel tipte gerçekleştirilmiştir.

ARAŞTIRMA EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini 23 Ocak 2024-23 Nisan 2024 tarihleri arasında Ankara Şehir Hastanesi'nde iç hastalıkları uzmanı ve genel cerrahi uzmanı olarak çalışan katılımcılar oluşturmuştur. %95 güven düzeyi, %80 güç ve 0,3 etki büyüklüğü (Cohen'in orta düzeyde etki büyüklüğü) örneklem hesaplandığında 108 sonucuna ulaşılmıştır. 22-62 yaş arası, %55,2 (64) kadın-%44,8 (52) erkek olmak üzere toplam 116 katılımcı oluşturmuştur. Katılımcılara bilgilendirilmiş olur formu imzalatılmış olup, çalışma gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya dâhil edilme kriterleri; 1) Ankara Şehir Hastanesinde çalışıyor olmak 2) İç hastalıkları uzmanı veya genel cerrahi uzmanı

olmak. Çalışmaya dâhil edilmeme kriteri ise farklı ana bilim dalında görev yapıyor olmaktır.

VERİLERİN TOPLAMA ARAÇLARI

Çalışma verileri “yüz yüze anket çalışması” yöntemi toplanmıştır.

Veri Değerlendirme Formu

Araştırmacılar tarafından oluşturulan form 2 bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde katılımcıların demografik özellikleri ve antropometrik ölçümleri sorgulanmıştır. Katılımcıların uzmanlık alanlarına göre $BKİ \geq 30 \text{ kg/m}^2$ ve $BKİ \geq 40 \text{ kg/m}^2$ olan hastalarına uyguladıkları tedavi yöntemleri ve obezite tedavisi hakkında fikirleri sorgulanmıştır. Anketin 2. bölümdeyse GAMS-27 Obezite Ön Yargı Ölçeği bulunmaktadır. Uzman görüşleri, güvenilirlik ve geçerlik analizleri sonucunda obezite ön yargı ölçeğinde toplam 27 madde kalmıştır. Geliştirilen Obezite Ön Yargı Ölçeğinin tek boyutlu ve yüksek güvenilirlikli olduğu saptanmıştır.¹⁴

GAMS 27-Obezite Ön yargı Ölçeği

Ölçeğin puanlanması

Ölçek; “kesinlikle katılıyorum”, “katılıyorum”, “kararsızım”, “katılmıyorum” ve “kesinlikle katılmıyorum” şeklinde derecelendirilmiştir. Olumlu maddeler “kesinlikle katılıyorum” seçeneğinden başlamak üzere 5’den 1’e doğru; olumsuz maddeler ise “kesinlikle katılıyorum” seçeneğinden başlamak üzere 1’den 5’e doğru puanlanmıştır.

Olumlu maddeler (2, 4, 7, 10, 11, 14, 15, 17, 20, 22, 25, 27) “kesinlikle katılıyorum” seçeneğinden başlamak üzere 1’den 5’e doğru; olumsuz maddeler (1, 3, 5, 6, 8, 9, 12, 13, 16, 18, 19, 21, 23, 24, 26) ise “kesinlikle katılıyorum” seçeneğinden başlamak üzere 5’den 1’e doğru puanlanmıştır (Puan yükseldikçe obezite ön yargısı artıyor).

TABLO 1: Obezite ölçek puanının değerlendirilmesi¹⁵

Ölçek puanı sınıflaması	Obezite ön yargı durumu
68,00 ve altı (25.persentilin altı)	Ön yargısız
68,01-84,99 (25-75. persentil)	Ön yargıya eğilimli
85 puan ve üstü (75.persentilin üstü)	Ön yargılı

VERİLERİN TOPLANMASI

Veriler 02 Ocak 2024-23 Nisan 2024 tarihleri arasında araştırmacılar çalışmaya katılmayı kabul eden gönüllü bireyler ile yüz yüze görüşme ile amaçlı örneklem yöntemiyle toplanmıştır. Veri toplama formu her bir katılımcı için yaklaşık 10 dk sürmüştür.

ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Araştırmanın etik yönünde çalışma, Helsinki Deklarasyon prensipleri bildirgesindeki standartlar ve etik kriterler çerçevesinde yürütülmüş, araştırmanın yapıldığı sağlık kurumunun izni ve İstanbul Kültür Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurul'undan etik kurul onayı alınmıştır (tarih: 11 Ocak 2024, no: 2024/20). Veri toplanması öncesinde çalışmaya katılmaya gönüllü olan bireylere araştırma hakkında bilgi verilerek bilgilendirilmiş yazılı onay alınmıştır.

İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Araştırmada kullanılan verilerin istatistiksel analizinde SPSS (IBM, Chicago, IL, USA) programı kullanılacaktır. Kategorik değişkenler, demografik bilgiler bölümünde (uzmanlık alanı, cinsiyet, medeni durum, vücut ağırlığı memnuniyeti, yaş, boy, vücut ağırlığı, beden kitle endeksi) frekans, yüzde, ortalama ve standart sapma olarak ifade edilmiştir. Verilerin analizinde kullanılacak yöntemin belirlenmesinde normalliğe uygunluk analizlerine başvurulmuştur. Bu anlamda Shapiro-Wilk Testi ile birlikte verilerin nor-

mal dağılıma uygunluğu test edilmiştir. Araştırma %95 güven düzeyinde ($p < 0,05$) çalışılmıştır. Normal dağılım analiz sonuçları ışığında analizlerde 2 grup arasındaki istatistiksel farklılığı bulmak için t-testinden yararlanılmıştır. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkilerin incelenmesinde ki-kare analizi kullanılmıştır.

BULGULAR

Tablo 2’de uzmanlık alanına göre $BKİ \geq 30$ kg/m² olduğu durumlarda tedavi önerisi arasındaki ilişkinin incelendiği istatistiksel test sonuçlarına yer verilmiştir. Tabloya göre araştırmaya katılan bireylerin iç hastalıkları uzmanı ya da genel cerrahi uzmanı olması, diyet tedavisi, fiziksel aktivite artırımı, cerrahi yöntemler ve yaşam/davranış şekli değişikliği önerisi bakımından farklılık göstermemiştir (sırasıyla $p=0,264$, $p=0,083$, $p=0,103$, $p=0,326$). İç hastalıkları uzmanlık alanı olan hekimlerin ilaç tedavisi önerisi genel cerrahi uzmanlık alanı olan hekimlere göre daha fazla tercih edildiği istatistiksel olarak farklılık göstermiştir ($p=0,027$).

Tablo 3’e göre araştırmaya katılan bireylerin iç hastalıkları uzmanı ya da genel cerrahi uzmanı olması, diyet tedavisi, fiziksel aktivite artırımı ve cerrahi yöntemler önerisi bakımından farklılık göstermemiştir (sırasıyla $p=0,264$, $p=0,167$, $p=0,226$). İç hastalıkları uzmanlık alanı olan hekimlerin ilaç tedavisi önerisi genel cerrahi uzmanlık alanı

TABLO 2: $BKİ \geq 30$ kg/m² olduğu durumlarda önerilen tedavilerin uzmanlık alanlarına göre dağılımları

BKİ ≥ 30 kg/m ² olan hastalarınıza obezite tedavi yöntemlerinden hangisi veya hangileri önerirsiniz?								
Tedaviler		Evet		Hayır		Toplam		p değeri
		n	%	n	%	n	%	
Diyet tedavisi	İç hastalıkları uzmanı	51	48,6	7	63,6	58	50,0	0,264
	Genel cerrahi uzmanı	54	51,4	4	36,4	58	50,0	
Fiziksel aktivite artırımı	İç hastalıkları uzmanı	43	55,1	15	39,5	58	50,0	0,083
	Genel cerrahi uzmanı	35	44,9	23	60,5	58	50,0	
İlaç tedavisi	İç hastalıkları uzmanı	9	81,8	49	46,7	58	50,0	0,027
	Genel cerrahi uzmanı	2	18,2	56	53,3	58	50,0	
Cerrahi yöntemler	İç hastalıkları uzmanı	1	16,7	57	51,8	58	50,0	0,103
	Genel cerrahi uzmanı	5	83,3	53	48,2	58	50,0	
Yaşam/davranış şekli değişikliği	İç hastalıkları uzmanı	47	51,6	11	44,0	58	50,0	0,326
	Genel cerrahi uzmanı	44	48,4	14	56,0	58	50,0	

SS: Standart sapma

TABLO 3: BKİ≥40 kg/m² olduğu durumlarda önerilen tedavilerin uzmanlık alanlarına göre dağılımları

BKİ≥40 kg/m² olan hastalarınıza obezite tedavi yöntemlerinden hangisi veya hangileri önerirsiniz?								
Tedaviler		Evet		Hayır		Toplam		p değeri
		n	%	n	%	n	%	
Diyet tedavisi	İç hastalıkları uzmanı	41	47,7	17	56,7	58	50,0	0,263
	Genel cerrahi uzmanı	45	52,3	13	43,3	58	50,0	
Fiziksel aktivite artırımı	İç hastalıkları uzmanı	40	54,1	18	42,9	58	50,0	0,167
	Genel cerrahi uzmanı	34	45,9	24	57,1	58	50,0	
İlaç tedavisi	İç hastalıkları uzmanı	32	64,0	26	39,4	58	50,0	0,007
	Genel cerrahi uzmanı	18	36	40	60,6	58	50,0	
Cerrahi yöntemler	İç hastalıkları uzmanı	36	53,7	22	44,9	58	50,0	0,226
	Genel cerrahi uzmanı	31	46,3	27	55,1	58	50,0	
Yaşam/davranış şekli değişikliği	İç hastalıkları uzmanı	39	60,0	19	37,3	58	50,0	0,012
	Genel cerrahi uzmanı	26	40,0	32	62,7	58	50,0	

olan hekimlere göre daha fazla tercih edildiği istatistiksel olarak farklılık göstermiştir (p=0,007). İç hastalıkları uzmanlık alanı olan hekimlerin yaşam davranış şekli önerisi genel cerrahi uzmanlık alanı olan hekimlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla tercih edildiği tespit edilmiştir (p=0,012).

Tablo 4'e göre BKİ≥30 kg/m² hastalar için diyet tedavisi, fiziksel aktivite ve ilaç tedavisi tercihlerine göre çalışma grubundaki hekimlerin obezite ön yargı düzeyi farklılık göstermemiştir (sırasıyla p=0,272, p=0,071, p=0,502). Çalışma grubundaki hekimlerin cerrahi yöntem tercihine göre obezite ön yargı düzeyi farklılık göstermiştir (p=0,044). Tablo incelendiğinde

cerrahi yöntem önerenlerin obezite ön yargı düzeyi (60,3) önermeyenlere (68,2) göre daha düşük seviyede olduğu istatistiksel bir sonuçtur.

Tablo 5'e göre BKİ≥40 kg/m² hastalar için diyet tedavisi, fiziksel aktivite ve cerrahi yöntem tercihlerine göre çalışma grubundaki hekimlerin obezite ön yargı düzeyi farklılık göstermemiştir (sırasıyla p=0,107, p=0,295, p=0,473). Çalışma grubundaki hekimlerin ilaç tedavisi tercihine göre obezite ön yargı düzeyi farklılık göstermiştir (p=0,026). Katılımcıların yaşam/davranış şekli değişikliği tercihine göre obezite ön yargı düzeyi farklılık göstermiştir (p=0,013). Tablo incelendiğinde yaşam/davranış şekli değişikliği önerenlerin ön yargı düzeyi (69,6) önermeyen-

TABLO 4: Çalışma grubundaki hekimlerin BKİ≥30 kg/m² olan hastalarda Obezite Ön Yargı Ölçeği puan ortalamalarının tedavi önerme tutumuna göre dağılımı

Tedaviler	Obezite Ön Yargı Ölçeği	n	$\bar{X}$	SS	t değeri	p değeri
Diyet tedavisi	Evet	105	68,1	9,5	1,103	0,272
	Hayır	11	64,8	5,7		
Fiziksel aktivite artırımı	Evet	78	68,8	9,1	1,82	0,071
	Hayır	38	65,5	9,4		
İlaçlar tedavisi	Evet	11	69,5	10,8	0,673	0,502
	Hayır	105	67,6	9,1		
Cerrahi yöntemler	Evet	6	60,3	7,7	-2,039	0,044
	Hayır	110	68,2	9,2		
Yaşam/davranış şekli değişikliği	Evet	91	68,3	9,3	0,779	0,192
	Hayır	25	65,6	9,0		

SS: Standart sapma

TABLO 5: Çalışma grubundaki hekimlerin BKİ $\geq$ 40 kg/m² olan hastalarda Obezite Ön Yargı Ölçeği puan ortalamalarının tedavi önerme tutumuna göre dağılımı

Tedaviler	Obezite Ön Yargı Ölçeği	n	$\bar{X}$	SS	t değeri	p değeri
Diyet tedavisi	Evet	86	68,6	8,9	1,623	0,107
	Hayır	30	65,4	10,1		
Fiziksel aktivite artırımı	Evet	74	68,4	9,7	1,052	0,295
	Hayır	42	66,5	8,5		
İlaçlar tedavisi	Evet	50	69,9	9,5	2,252	0,026
	Hayır	66	66,1	8,8		
Cerrahi yöntemler	Evet	67	68,3	9,7	0,804	0,473
	Hayır	49	66,9	8,7		
Yaşam/davranış şekli değişikliği	Evet	65	69,6	9,1	2,523	0,013
	Hayır	51	65,4	9,1		

SS: Standart sapma

lere (65,4) göre istatistiksel olarak daha yüksek seviyede bulunmuştur ($p<0,05$).

TARTIŞMA

Bu araştırmada iç hastalıkları ve genel cerrahi uzmanlarının obez hastalara karşı tedavi tutum ve davranışları incelenmiştir. Obezite hem ülkemizde hem dünyada her yaş grubunda gittikçe artmakta ve farklı disiplinler tarafından farklı tedavi yöntemleri önerilmekte ve uygulanabilmektedir. Sağlık otoritelerinin fazla vücut ağırlığı olan ve/veya obez hastalara karşı tutum ve davranışları; tedavi sürecini ve hastaların tedaviye uyum, moral ve motivasyonlarını iyi ve/veya kötü yönde etkileyerek tedavi süreçlerinde olumlu ya da olumsuz sonuçlar doğurabilmektedir.

Bu araştırmaya, 58 (%50) iç hastalıkları uzmanı, 58 (%50) genel cerrahi uzmanı katılmıştır. Katılımcıların yaş ortalaması 34,2 yıl, BKİ ortalaması 24,4 kg/m² olarak bulunmuştur. Katılımcıların 61'i (%52,6) mevcut ağırlığından memnunken, 55'i (%47,4) memnun olmadığı bildirmiştir.

Mevcut araştırmaya katılan 116 doktorun yaklaşık her 10 doktordan 3'ünün fazla vücut ağırlığı ve her 10 doktordan 1'inin obez grubunda yer aldığı görülmüştür. Bir tıp fakültesinde öğrenim gören tüm sınıflardaki öğrencilerle yapılan bir çalışmada da fazla vücut ağırlığı ve obez olan öğrencilerin oranı mevcut çalışmada ile benzer bulunmuştur.¹⁶

Bu çalışmada ortalama ağırlık 72,5 $\pm$ 15,4 kg ve ortalama BKİ 24,4 $\pm$ 3,7 kg/m² bulunmuştur. Bak-Sos-

nowska ve ark.nın yaptığı çalışmada ortalama ağırlık 70,32 $\pm$ 13,43 kg ve ortalama BKİ 25,53 $\pm$ 4,16 kg/m² bulunarak benzer sonuçlar görülmüştür.¹⁷

Yapılan bir çalışmada metforminin antipsikotik ilaçlarla ilişkili vücut ağırlığı artışını önlemede ve tersine çevirmede etkili olduğu sonucuna varmıştır. Klinisyenler ayrıca hastalara, lif ve yağsız protein açısından yüksek, doymuş yağ oranı düşük (tam tahıl, meyve ve sebze tüketiminin artması) diyetlerin teşvik edilmesi ve şekerle tatlandırılmış içeceklerin, rafine edilmiş içeceklerin tüketiminin engellenmesi de dâhil olmak üzere, vücut ağırlığı artışı hafiflettiği gösterilen davranışlar konusunda danışmanlık yapmalıdır. Uyku yoksunluğu artan açlık ve yüksek yağlı ve şekerli atıştırmalıkların tüketimi ile ilişkili olduğundan hastalar günde 7-9 saat uyumaya teşvik edilmelidir. Kılavuzlar, hastaların düzenli fiziksel aktiviteye katılmasını ve özellikle vücut ağırlığı alımıyla ilişkilendirilen televizyon izleme gibi hareketsiz aktiviteleri sınırlamasını önermektedir. Bazı kuruluşlar, ideal olarak en az 2 gün kuvvet antrenmanı dâhil olmak üzere haftada en az 150 dk orta ila şiddetli yoğunlukta fiziksel aktivite önermektedir.¹⁸ Mevcut çalışmamızda da iç hastalıkları uzmanı ve genel cerrahi uzmanlarının %77,6'sı fiziksel aktivite tavsiyesinde bulunmuştur. Obezite daha iyi risk sınıflandırması için ek bel çevresi kullanımı, doğrudan yağlanma ve vücut kompozisyonu ölçümleri ile BKİ eşikleri ile teşhis edilir. Vücut ağırlığı odaklı bir geçmiş, mevcut yeme ve aktivite kalıplarını ve birlikte kullanılan ilaçların gözden geçirilmesini içerir. Fizik

muayene ve laboratuvar değerlendirmesi, obezitenin ve vücut ağırlığı ilişkili tıbbi durumların ikincil nedenlerinin belirlenmesine yardımcı olur. Hastaların vücut ağırlığı kaybına yardımcı olan her türlü tedavi yöntemi (diyet/davranışsal, farmakolojik) vücut ağırlığı kaybının korunmasını kolaylaştırmak için uzun vadede sürdürülür.¹⁹

Yüksek yoğunluklu yaşam tarzı değişikliği, vücut ağırlığı yönetiminin temel taşıdır ve orta derecede vücut ağırlığı kaybına neden olabilir ancak kısmen metabolik adaptasyonlardan dolayı yüksek vücut ağırlığı alma riski taşır.¹⁸ Mevcut çalışmamızda da iç hastalıkları uzmanı ve genel cerrahi uzmanlarının %78,4'ü yaşam/davranış şekli değişikliğini tavsiye etmektedir. Hastanın başlangıçtaki ağırlığına, ilgili rahatsızlıklarına ve sağlık durumuna, önceki tedavilere ve bireysel hedef ve tercihlerine bağlı olarak farmakolojik ve cerrahi müdahale düşünülebilir.

Bu çalışmada $BKİ \geq 30$ kg/m² ve $BKİ \geq 40$ kg/m² olduğu durumlarda tedavi önerisi arasındaki ilişki incelendiğinde hekimlerin iç hastalıkları uzmanı ve genel cerrahi uzmanı olmasının, obezite tedavisinde diyet tedavisi, fiziksel aktivite artırımı, cerrahi yöntemler bakımından farklılık göstermediği sonucuna varılmıştır (sırasıyla $p=0,264$, $p=0,083$, $p=0,103$, $p=0,326$) (Tablo 2). İç hastalıkları uzmanlığına sahip hekimlerin ilaç tedavisi önerisi genel cerrahi uzmanlığına sahip bireylere göre daha fazla tercih edildiği tespit edilmiştir ($p=0,027$). Ancak $BKİ \geq 40$ kg/m² olduğu durumlarda yaşam/davranış şekli değişikliği önerisi iç hastalıkları uzmanlığına sahip bireylerin genel cerrahi uzmanlığına sahip bireylere göre daha fazla tercih edildiği tespit edilmiştir ($p=0,012$) (Tablo 3).

Obezite için uzun vadede en etkili tedavinin olmadığı algısı devam etse de, onlarca yıllık araştırmalar etkili kilo azaltma ve kilo yönetimi programlarının temel unsurları konusunda bir fikir birliği oluşturmuştur. Kısa vadeli kilo kaybı için en etkili strateji, besin enerjisi alımının kısıtlanmasıdır Bununla birlikte, etkili uzun vadeli kilo azaltma ve koruma programları, besin enerjisi alımının azaltılması, artan fiziksel aktivite ve bireysel davranış değişikliğini birleştiren entegre bir yaklaşıma dayanmaktadır.²⁰

Obeziteyi tedavi eden hekimler arasında yapılan bir çalışmanın hekimlerin obezite tedavisinde,

%72,0'si egzersiz ile %61 diyet danışmanlığı ile tedavi yöntemini önerirken %16,4'ü ilaç tedavisi %36'sı ise cerrahi tedavi seçeneklerini tavsiye ettikleri görülmüştür.²¹

$BKİ \geq 40$ kg/m² olan en az 5 yıl boyunca 14 kg ağırlık kaybını koruyan bireyler üzerinde yapılan bir çalışmada, katılımcıların %80'inin beslenme, egzersiz ve davranış değişikliği stratejilerini içeren ağırlık kaybı yaklaşımını benimsedikleri görülmektedir. Sürdürülebilir günlük fiziksel aktivite seviyelerinin artışı, düşük yağlı diyetle uyum ve belirli davranış değişiklikleri, bu bireylerin çoğu için bu ağırlık kaybını korumalarının temel faktörleri olduğu belirtilmiştir.²²

İç hastalıkları ve genel cerrahi uzmanlarının obezite tedavisine yaklaşımı, hastanın klinik durumu, obezitenin derecesi, eşlik eden hastalıklar (komorbiditeler) ve hastanın yaşam tarzı gibi faktörlere bağlı olarak farklılık gösterebilmektedir. Ancak genel olarak her iki disiplin de multidisipliner bir yaklaşım izlemesi gerekmektedir.²³

İç hastalıkları uzmanları, obezite tedavisinde genellikle öncelikle diyet ve egzersiz gibi yaşam tarzı değişikliklerini önermektedirler. Ancak diyet ve egzersizle yeterli vücut ağırlığı kaybı sağlanamazsa, uygun gördükleri durumlarda obezite tedavisine yönelik ilaç tedavisi de önerebilmektedirler. Ancak bu ilaçlar, genellikle $BKİ 30$ kg/m²'in üzerinde olan veya eşlik eden hastalıkları olan bireylerde kullanılmaktadır. Genellikle obezite, diyabet, hipertansiyon, dislipidemi gibi hastalıklarla birlikte görülür. İç hastalıkları uzmanları, bu hastalıkların tedavisini de düzenleyerek obezitenin genel sağlığa etkilerini minimize etmeye çalışır.²⁴

Kahan ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada ise hekimlerin obezite tedavisinde kullandıkları yöntemler genellikle medikal ve cerrahi tedavi konusunda olup, bireylere genetik, çevresel, psikolojik, nörokimyasal etkiler gibi obezite tedavisinde önemli olan diğer potansiyel faktörler ile ilgilenmedikleri bildirilmiştir.²⁵

Bariatrik cerrahi $BKİ$ 'nin 40 kg/m² ve üzerinde olan veya 35 kg/m² ile birlikte komorbiditenin de eşlik ettiği hastalarda tercih edilmesi önerilen obezitenin tıbbi tedavi yöntemlerinden biridir. $BKİ 30$

kg/m² ve üzerinde olan hastalarda ise ilk olarak medikal tedavi yöntemleri (diyet, ilaç, davranış terapileri, egzersiz) denenmeli ve başarı sağlanamaması durumunda cerrahi tedavi gündeme gelmelidir.²⁶ Güncel kılavuzlara göre, obezite ilaçları, eşlik eden hastalığı olan veya BKİ'si 30 kg/m²'nin üzerinde olan BKİ'li hastalarda yaşam tarzı müdahalesine ek olarak endikedir. Etkililik ve güvenlik açısından, ilaçlar, 3 aylık tedaviden sonra herhangi bir önemli yan etki olmaksızın vücut ağırlığının $\geq 5\%$ 'i oranında bir vücut ağırlığı kaybına neden olurlarsa etkili kabul edilirler.²⁷

Bu çalışmada genel cerrahi ve iç hastalıkları uzmanları BKİ ≥ 30 kg/m² olan kişilere %5,2'si cerrahi yöntemleri tavsiye ederken, BKİ ≥ 40 kg/m² olan kişilere %57,8'i cerrahi yöntemleri tavsiye ettikleri görülmüştür. Genel cerrahi uzmanları, ileri derece obezite (genellikle BKİ ≥ 40 kg/m² veya BKİ ≥ 35 kg/m² olan hastalar) için bariatrik cerrahi yöntemlerini önerirler. En yaygın bariatrik cerrahi türleri arasında mide küçültme (tüp mide ameliyatı) ve gastrik bypass gibi prosedürler bulunur. Genel cerrahlar, hastanın cerrahiye uygun olup olmadığını belirlemek için kapsamlı bir değerlendirme yapmaktadırlar. Bu süreçte ve sonrasında, beslenme danışmanları, psikologlar ve diğer uzmanlarla iş birliği yaparak hastanın operasyon öncesi ve sonrası süreci yaşam tarzı değişiklikleri ile başarılı bir şekilde geçirmesini sağlamak adına sıkı bir takip yapılması gerekmektedir.²⁸

Bu çalışmada BKİ > 30 kg/m² hastalar için diyet tedavisi, fiziksel aktivite, ilaç tedavisi ve cerrahi yöntem tercihlerine göre katılımcıların obezite ön yargı düzeyi farklılık göstermemiştir (p=0,264, p=0,167, p=0,226). Katılımcıların cerrahi yöntem tercihine göre obezite ön yargı düzeyi farklılık göstermiştir (p=0,007). Cerrahi yöntem önerenlerin ön yargı düzeyi (60,3) önermeyenlere (68,2) göre daha düşük seviyede olduğu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 4).

Topluman ve özellikle sağlık hizmeti sunan kişilerin, obez ve fazla ağırlıkta olan kişilere karşı gösterdiği tepki nedeniyle kişilerde anksiyete, depresyon, suçluluk duygusu, nefret ve somatik yakınmalar gelişebilmektedir. İş bulma güçlüğü, okul ve iş çevrelerinde reddedilme gibi sosyal yaşantılarında sorunlara da neden olduğu bilinmektedir.²⁹

Sobczak ve Leoniuk tıbbi personellerin obez hastalara karşı ayrımcılığa yönelik tutumlarını araştıran çalışmasında, tıbbi profesyonellerin çoğunda (%68,5), obezite sorunu yaşayan hastalara karşı ön yargılarının yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Obez bireylerin %48,4'ünün tıbbi personel tarafından ayrımcı davranışlarına tanık olduğu gözlemlenmiştir. Uygunsuz davranışların en sık görülen biçimleri ise görünüşle alay etme (%96,6), iğrenme ve itici bakışlar (%96,2), saldırgan sözlerle tepki vermemeye (%92,0) veya bir hastayı ağırlık kaybı zorunluluğuyla korkutma (%57,7) şeklinde olduğu görülmüştür. Sağlık profesyonellerinin bu tutumları, etkili tedaviyi engelleyen temel eksikliklerdir.³⁰ Bu çalışma literatür ile uyumlu bulunmuştur.

Bu çalışmada BKİ ≥ 40 kg/m² olan hastalar için sadece ilaç tedavisi tercihinine göre obezite ön yargı düzeyi farklılık göstermiştir (p=0,012). İlaç tedavisi önerenlerin ön yargı düzeyi (69,9) önermeyenlere (66,1) göre daha yüksek seviyede olduğu istatistiksel bir sonuçtur. Katılımcıların yaşam/davranış şekli değişikliği tercihinine göre obezite ön yargı düzeyi farklılık göstermiştir (p=0,013) (Tablo 5).

Wu ve Berry'nin yaptığı çalışmada, aşırı vücut ağırlığı veya obez yetişkinlerin %42'sinin vücut ağırlığı ön yargısı yaşadığını ve bunun içselleştirilmiş vücut ağırlığı damgalanması duygularına yol açtığını bildirilmiştir. Aşırı vücut ağırlığı ve obezite ile ilişkili vücut ağırlığı ön yargısının, artan BKİ'den daha büyük bir tehdit oluşturabileceği gösterilmiştir.³¹ Kanıtlar, başlangıç BKİ'sinden bağımsız olarak, vücut ağırlığı ayrımcılığı yaşayan yetişkinlerin %60 oranında daha fazla ölüm riskine sahip olduğunu göstermektedir. Ağırlık ön yargısının yaygın doğası, aşırı vücut ağırlığı ve obez kişilerde kardiyometabolik sağlık sorunlarının uzun vadeli risklerini de artırır, bir biyobelirteç çalışması, yaşamları boyunca devam eden ağırlık ayrımcılığına maruz kalmış kişiler arasında kronik yaşam stresörleriyle ilişkili yüksek düzeyde allostatik yük riskinin %207 arttığını göstermiştir.³² Vücut ağırlığı ön yargısının ve vücut ağırlığı konusunda kişinin psikolojik durumunun obezite salgınına psikososyal katkıda bulunan faktörler olduğunu gösterilmektedir, sağlık çalışanları ve sağlık hizmeti ortamları acil ilgi gerektiren ağırlık ön yargısı kaynakları olarak belirlenmiştir.³³

Dâhili branş hekimleri, obeziteyi büyük ölçüde davranışsal bir sorun olarak görür ve obez kişilerin kişisel özellikleriyle ilgili toplumumuzun daha geniş olumsuz stereotiplerini paylaşırlar. Uygulayıcılar tedavi sonuçları konusunda gerçekçidirler ancak obezite tedavisini diğer çoğu kronik rahatsızlığın tedavisinden daha az etkili olarak görürler.³⁴ Birincil bakım hekimleri üzerinde yapılan bir çalışmada, %50'den fazlasının obez hastaları beceriksiz, çekici olmayan ve uyumsuz olarak gördüğü bulunmuştur. Bu hekimlerin 3'te 1'inden fazlası obez hastaları zayıf iradeli, özensiz ve tembel olarak nitelendirmiştir. Başka bir çalışmada, hekimlerden oluşan bir örneklemin %45'i obez bireylere karşı olumsuz tepki verdiklerini kabul etmiştir.³⁵ Aşırı vücut ağırlığı veya obezite ile yaşayan bireyler, eğitim, medya, istihdam ve ayrıca sağlık hizmetleri gibi çeşitli ortamlarda vücut ağırlıkları nedeniyle damgalanma ve çoklu ayrımcılık biçimleri yaşarlar. Genel popülasyonda ağırlık ayrımcılığı prevalansının arttığı gösterilmiştir. Obez bireyler daha az kariyer ve eğitim erişimine, daha düşük ücrete ve daha kötü sağlık hizmetine sahiptir ve kovulma, zorbalığa uğrama, alay edilme ve romantik olarak reddedilme olasılıkları önemli ölçüde daha yüksektir. Doktorlar, hemşireler, psikologlar, diyetisyenler, tıp öğrencileri ve hatta obezite konusunda uzmanlaşmış profesyoneller de dâhil olmak üzere sağlık hizmeti sağlayıcılarının vücut ağırlığı yanlılığı olduğu belgelenmiştir.³⁶ Garcia ve ark. tarafından yapılan çalışmada, tembel, uyumsuz, disiplinsiz veya düşük irade gücüne sahip gibi obez hastaları atfeden olumsuz klişeler ortaya koymuştur.³⁷

Haga ve ark. çalışmanın bulguları, sağlık çalışanlarının, hastaların karmaşık yaşam deneyimleriyle ilgili duygusal zorluklarını, bastırılmış duygusal sıkıntı açısından yansıttıklarını göstermektedir. Varoluşsal kaygıların ve duygusal yükün, hastaların yeni bir yaşam tarzını değiştirme ve sürdürme yeteneğini etkilediği düşünülmektedir. Norveç'teki sağlıklı yaşam merkezlerinde yapılan bir çalışmada, katılımcıların %77'sinin psikolojik sıkıntı yaşadığını, buna karşılık ulusal, temsili örneklemin %11'inin ve ulusal fazla vücut ağırlığı ve obez örneklemin %16'sının bulunduğu ortaya çıkmıştır. Bu çalışmadaki profesyoneller, obez olan bazı kişilerin içgüdüsel olarak altta yatan mücadeleyi engellemeye çalıştıkları belirtmiş-

lerdir. İnsanların öz bütünlüklerine yönelik bir tehditle karşılaştıkları durumlarda, bazı insanlar duygularını bastırabilmektedir. Dolayısıyla bastırılmış duygusal sıkıntı, obez olan bazı kişilerde zor duruma dayanmak için yemek yeme davranışının destekleyici bir strateji olarak görülebildiklerini göstermişlerdir.³⁸

Royal College of Physicians, 2013 yılında obeziteye karşı yayınladığı eylem planında; herkes için kapsamlı bakım başlıklı bir rapor yayınlarak özellikle sağlık çalışanları arasında bu küresel soruna ilişkin farkındalığı artırılması amaçlanmıştır. Raporda, obezite ve beslenme eğitiminin lisans müfredatlarında yeterince temsil edilmediği ve bu konunun ele alınması gerektiği belirtilmiştir. Ayrıca sağlık profesyonellerine obezite konusunda verilen eğitimin yetersiz olduğu da kabul edilmiştir.³⁹

SONUÇ

İç hastalıkları uzmanları genellikle cerrahi dışı yöntemlerle (diyet, egzersiz, ilaç tedavisi) tedaviye odaklanırken, genel cerrahlar ileri vakalarda cerrahi müdahaleyi ön plana almaktadırlar.

Dâhili branş hekimleri, obezite ve obezitenin eşlik eden hastalıklara sahip bireyleri genel tıbbi tedavi ve takip ile sağlıklı beslenmenin ve ideal vücut ağırlığını korumanın önemi konusunda eğitmek için etkili bir role sahiptirler. Multidisipliner bir yaklaşım, hekime ve hastaya kronik obezite ve eşlik eden hastalıklarını tedavi etmek için değerli çalışma fırsatı sunmaktadır.

Sağlık çalışanlarındaki vücut ağırlığı ön yargısı doğrudan artan obezite salgınına katkıda bulunabilir ve daha kötü ruh sağlığı sonuçlarının doğması ve bunun uzun vadeli sonucunda obezitenin ve komplikasyonlarının artmasına obez kişilerde erken ölüm ile sonuçlanmasına yol açabilmektedir.

Sağlık çalışanlarındaki vücut ağırlığı ön yargısı ayrıca hasta-doktor ilişkisini ve sağlık hizmeti sunumunu olumsuz etkiler obezitenin tedavisini zorlaştırabilir.

Obezite tedavisinde en etkili sonuçlar, hastaların yaşam tarzı değişikliklerine sadık kalması ve multidisipliner bir ekiple birlikte çalışmasıyla elde edilir.

Sağlık çalışanları arasında vücut ağırlığı ön yargısının değerlendirilmesini iyileştirmek ve vücut ağırlığı ön yargısını ele almak için tüm sağlık çalışanları bilgilendirmek ve bu konuda daha sağlam araştırma yöntemleri benimsemesi gerekmektedir.

Finansal Kaynak

Bu çalışma sırasında, yapılan araştırma konusu ile ilgili doğru-
dan bağlantısı bulunan herhangi bir ilaç firmasından, tıbbi alet,
gereç ve malzeme sağlayan ve/veya üreten bir firma veya herhangi
bir ticari firmadan, çalışmanın değerlendirme sürecinde, çalışma

ile ilgili verilecek kararı olumsuz etkileyebilecek maddi ve/veya
manevi herhangi bir destek alınmamıştır.

Çıkar Çatışması

Bu çalışma ile ilgili olarak yazarların ve/veya aile bireylerinin
çıkar çatışması potansiyeli olabilecek bilimsel ve tıbbi komite üye-
liği veya üyeleri ile ilişkisi, danışmanlık, bilirkişilik, herhangi bir
firmada çalışma durumu, hissedarlık ve benzer durumları yoktur.

Yazar Katkıları

Bu çalışma tamamen yazarın kendi eseri olup başka hiçbir yazar
katkısı alınmamıştır.

KAYNAKLAR

1. World Health Organization [Internet]. Obesity and Overweight. ©2021 WHO [Cited:] Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
2. Nepal G, Tuladhar ET, Dahal S, Ahamad ST, Adhikari S, Kandel A. Lifestyle practices and obesity in nepalese youth: a cross-sectional study. *Cureus*. 2018;10(2):e2209. PMID: 29686951; PMCID: PMC5910009.
3. World Health Organization [Internet]. Noncommunicable Diseases Country Profiles 2018 ©2018 WHO [Cited:] Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/274512/9789241514620-eng.pdf?sequence=1>
4. World Health Organization [Internet]. European Regional Obesity 2022. ©2022 WHO [Cited:] Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/353747/9789289057738-eng.pdf>
5. Marcelin G, Gautier EL, Clément K. Adipose tissue fibrosis in obesity: etiology and challenges. *Annu Rev Physiol*. 2022;84:135-55. PMID: 34752708.
6. Bays HE, Burrigge K, Richards J, Fitch A. Obesity pillars roundtable: excessive weight reduction with highly effective anti-obesity medications (heAOMs). *Obes Pillars*. 2022;4:100039. PMID: 37990661; PMCID: PMC10662002.
7. Perdomo CM, Cohen RV, Sumithran P, Clément K, Frühbeck G. Contemporary medical, device, and surgical therapies for obesity in adults. *Lancet*. 2023;401(10382):1116-30. PMID: 36774932.
8. Taylor C. Weight management for those with low energy requirements. *Journal of Community Nursing*. 2024;38(4):47-51. <https://www.jcn.co.uk/journals/issue/082024/article/weight-management-for-those-with-low-energy-requirements>
9. Arterburn DE, Telem DA, Kushner RF, Courcoulas AP. Benefits and risks of bariatric surgery in adults: a review. *JAMA*. 2020;324(9):879-87. PMID: 32870301.
10. Flore G, Preti A, Carta MG, Deledda A, Foschi M, Nardi AE, et al. Weight maintenance after dietary weight loss: systematic review and meta-analysis on the effectiveness of behavioural intensive intervention. *Nutrients*. 2022;14(6):1259. PMID: 35334917; PMCID: PMC8953094.
11. Wolfe BM, Kvach E, Eckel RH. Treatment of obesity: weight loss and bariatric surgery. *Circ Res*. 2016;118(11):1844-55. PMID: 27230645; PMCID: PMC4888907.
12. Merino M, Tornero-Aguilera JF, Rubio-Zarapuz A, Villanueva-Tobaldo CV, Martín-Rodríguez A, Clemente-Suárez VJ. Body perceptions and psychological well-being: a review of the impact of social media and physical measurements on self-esteem and mental health with a focus on body image satisfaction and its relationship with cultural and gender factors. *Healthcare (Basel)*. 2024;12(14):1396. PMID: 39057539; PMCID: PMC11276240.
13. Puhl RM, Lessard LM, Himmelstein MS, Foster GD. The roles of experienced and internalized weight stigma in healthcare experiences: Perspectives of adults engaged in weight management across six countries. *PLoS One*. 2021;16(6):e0251566. PMID: 34061867; PMCID: PMC8168902.
14. Ercan A, Akçil Ok M, Kızıltan G, Altun S. Sağlık bilimleri öğrencileri için obezite önyargı ölçeğinin geliştirilmesi: gams 27-obezite önyargı ölçeği [Development of obesity prejudice scale for students of health sciences: gams 27-obesity prejudice scale]. *International Peer-Reviewed Journal of Nutrition Research*. 2015;2(3):29-43. https://www.researchgate.net/publication/276117069_DEVELOPMENT_OF_OBESITY_PREJUDICE_SCALE_FOR_STUDENTS_OF_HEALTH_SCIENCES_GAMS_27_OBESITY_PREJUDICE_SCALE
15. Ercan A, Akçil Ok M, Kızıltan G, Altun S. Developing and validating an obesity bias for students of health sciences in Turkey. *Acta Scientific Medical Sciences*. 2021;5(4):146-52. <https://actascientific.com/ASMS/pdf/ASMS-05-0883.pdf>
16. Hazıroğlu C, Doğanç FB, Sarısaltık A, Hıdıroğlu S, Karavuş M, Bayram T, et al. Tıp fakültesi öğrencilerinin obez hastalar hakkındaki tutum ve inançlarının değerlendirilmesi [Attitudes and beliefs of medical faculty students towards obese patients]. *Arel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2023;7(2):101-9. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/3286509>
17. Bağ-Sosnowska M, Skrzypulec-Plinta V. Health behaviors, health definitions, sense of coherence, and general practitioners' attitudes towards obesity and diagnosing obesity in patients. *Arch Med Sci*. 2017;13(2):433-440. PMID: 28261299; PMCID: PMC5332441.
18. Gilden AH, Catenacci VA, Taormina JM. Obesity. *Ann Intern Med*. 2024;177(5):ITC65-ITC80. PMID: 38739920.
19. Ruban A, Stoenchev K, Ashrafian H, Teare J. Current treatments for obesity. *Clin Med (Lond)*. 2019;19(3):205-12. PMID: 31092512; PMCID: PMC6542229.
20. Funk LM, Jolles SA, Voils CI. Obesity as a disease: has the AMA resolution had an impact on how physicians view obesity? *Surg Obes Relat Dis*. 2016;12(7):1431-5. PMID: 27444860; PMCID: PMC6985908.
21. Hite A, Victorson D, Elue R, Plunkett BA. An exploration of barriers facing physicians in diagnosing and treating obesity. *Am J Health Promot*. 2019;33(2):217-24. PMID: 29986601.
22. Funk LM, Jolles SA, Greenberg CC, Schwarze ML, Safdar N, McVay MA, et al. Primary care physician decision making regarding severe obesity treatment and bariatric surgery: a qualitative study. *Surg Obes Relat Dis*. 2016;12(4):893-901. PMID: 26948943; PMCID: PMC8356198.

-
23. Çelik F, Doğanekin A, Nurkoç S, Kanat B, Yıldırım N, Girgin A, et al. Dahiliye Hastalıklarına Güncel Yaklaşımlar. Tunç N, editör. 1. Baskı. Lyon: Livre de Lyon; 2023.
24. Kahan S, Manson JE. Obesity Treatment, Beyond the Guidelines: Practical Suggestions for Clinical Practice. *JAMA*. 2019;321(14):1349-50. PMID: 30896727.
25. Petrin C, Kahan S, Turner M, Gallagher C, Dietz WH. Current attitudes and practices of obesity counselling by health care providers. *Obes Res Clin Pract*. 2017;11(3):352-9. PMID: 27569863.
26. Iannelli A. Bariatric surgery and liver transplant. *Liver Transpl*. 2017;23(11):1369-70. PMID: 28945954.
27. Apovian CM, Aronne LJ, Bessesen DH, McDonnell ME, Murad MH, Pagotto U, et al; Endocrine Society. Pharmacological management of obesity: an endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. 2015;100(2):342-62. Erratum in: *J Clin Endocrinol Metab*. 2015;100(5):2135-6. PMID: 25590212.
28. Altaee S, Abdullah A. Knowledge of doctors working at surgical departments and nutrition centers about bariatric surgery as treatment of obesity. *Iraqi Medical Journal*. 2022;68(1):15-20. <https://imj.edu.iq/wp-content/uploads/2023/03/03-Knowledge-of-Doctors-Working-at-Surgical-Departments-and-Nutrition-Centers-about-Bariatric-Surgery-as-Treatment-of-Obesity.pdf>
29. Mermi, O. Obezite ve psikiyatri [Obesity and psychiatry]. *Firat Tıp Dergisi*. 2018;23:54-60. https://www.firattipdergisi.com/pdf/pdf_FTD_1106.pdf
30. Sobczak K, Leoniuk K. Attitudes of medical professionals towards discrimination of patients with obesity. *Risk Manag Healthc Policy*. 2021;14:4169-75. PMID: 34675711; PMCID: PMC8504468.
31. Wu YK, Berry DC. Impact of weight stigma on physiological and psychological health outcomes for overweight and obese adults: A systematic review. *J Adv Nurs*. 2018;74(5):1030-42. PMID: 29171076.
32. Vadiveloo M, Mattei J. Perceived weight discrimination and 10-year risk of allostatic load among US Adults. *Ann Behav Med*. 2017;51(1):94-104. Erratum in: *Ann Behav Med*. 2017;51(1):105. PMID: 27553775; PMCID: PMC5253095.
33. Salles A, Awad M, Goldin L, Krus K, Lee JV, Schwabe MT, et al. Estimating implicit and explicit gender bias among health care professionals and surgeons. *JAMA Netw Open*. 2019;2(7):e196545. PMID: 31276177.
34. Alberga AS, Pickering BJ, Alix Hayden K, Ball GD, Edwards A, Jelinski S, et al. Weight bias reduction in health professionals: a systematic review. *Clin Obes*. 2016;6(3):175-88. PMID: 27166133.
35. Aveyard P, Lewis A, Tearne S, Hood K, Christian-Brown A, Adab P, et al. Screening and brief intervention for obesity in primary care: a parallel, two-arm, randomised trial. *Lancet*. 2016;388(10059):2492-500. PMID: 27789061; PMCID: PMC5121130.
36. Bucher Della Torre S, Courvoisier DS, Saldarriaga A, Martin XE, Farpour-Lambert NJ. Knowledge, attitudes, representations and declared practices of nurses and physicians about obesity in a university hospital: training is essential. *Clin Obes*. 2018;8(2):122-30. PMID: 29327430.
37. Garcia H, Gurinder B, Lee B, Lida G, Everett L. The Effects of Self-Evaluation, Lifestyle and Education on Obesity Stigma in Physical Therapy Students. *Obesity*. Silver Spring. 2023;(31):166.
38. Haga BM, Furnes B, Ueland V. Health professionals' reflections on existential concerns among people with obesity. *Scand J Caring Sci*. 2023;37(1):185-95. PMID: 35789028.
39. Ruban A, Stoenchev K, Ashrafian H, Teare J. Current treatments for obesity. *Clin Med (Lond)*. 2019;19(3):205-12. PMID: 31092512; PMCID: PMC6542229.