T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TIP FAKÜLTESİ EĞİTİMİNİN TIP ÖĞRENCİLERİNİN OBEZİTE ALGISI ÜZERİNDEKİ ETKİSİNİN ARAŞTIRILMASI

ŞEYMA BAHAR

DANIŞMAN
PROF. DR. VOLKAN DEMİRHAN YUMUK

İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

BESLENME PROGRAMI

İSTANBUL-2022

İTHAF

Aileme ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

Tez çalışmamda bana danışmanlık yapan hocam Prof. Dr. Volkan Demirhan YUMUK'a saygılarımı sunar, teşekkür ederim.

Beni eğitim hayatım boyunca hep destekleyen ve bu süreçte de yanımda olan annem Nursel BAHAR'a, kardeşlerim Sema BAHAR ERDEM, Azize BAHAR TÜRK, Beyza BAHAR'a,

Stresli olduğum her an beni yapabileceğime inandıran, cesaretlendiren ve inanan Ümit Adaletli'ye,

Tez çalışmamda istatistik verilerin değerlendirilmesinde bana destek olan arkadaşlarım Berkan BASANÇELEBİ ve Selin Buse COŞKUNER'e de ayrıca teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI ..... İİ
BEYAN ..... İİİ
İTHAF ..... İV
TEŞEKKÜR V
İÇİNDEKİLER ..... Vİ
TABLOLAR LİSTESİ ..... Vİİİ
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ ..... İX
ÖZET X
ABSTRACT ..... Xİ
1. GİRİŞ VE AMAÇ 1
2. GENEL BİLGİLER 2
2.1. Obezitenin Tanımı 2
2.2. Obezitenin Epidemiyolojisi 3
2.3 Obezitenin Etiyolojisi 4
2.3.1.Genetik Etmenler 5
2.3.2.Yaş 6
2.3.3.Cinsiyet 7
2.3.4.Beslenme Alışkanlıkları 7
2.3.5.Fiziksel Aktivite 9
2.3.6.Sosyoekonomik Düzey 9
2.3.7.İlaçlar ve Sigara 10
2.3.8.Psikolojik Durum 10
2.2. Obezite tedavisi önündeki engeller 11
2.3.Obezite Tedavisinde Stigma 13
2.4.Obezite Damgalamasının Sonuçları 14
2.5.Sağlık Hizmetlerinde Kilo Damgası 15
3. GEREÇ VE YÖNTEM 17
3.1.Araştırmanın Yeri ve Zamanı 17
3.2. Araştırmanın Tipi 17
3.3. Araştırma Evreni ve Örneklemi 17
3.4. Araştırmanın Hipotezleri 17

3.5.Araştırma Verilerinin Toplanması ve Değerlendirilmesi 17
4. BULGULAR.....19
4.1. Sınıflara Göre Anket Cevapları 21
4.2. BKİ'ye Göre Soruların Cevapları 30
4.3. Cinsiyete Göre Cevaplar 36
5. TARTIŞMA 39
KAYNAKLAR 49
EKLER.....66
HAM VERİLER 69
FORMLAR 70
ETİK KURUL KARARI 71
PATENT HAKKI İZNİ 72
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI.....73
ÖZGEÇMİŞ 74

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 2-1: Yetişkinlerde BKİ'ye göre zayıflık, fazla kiloluluk ve obezitenin sınıflandırılması 2
Tablo 2-2: Cinsiyete göre bel çevresi 3
Tablo 4-1: Tüm Öğrencilerin Beden Ölçümlerinin Minimum, Maksimum, Ortalama ve Standart Sapma Değerleri 19
Tablo 4-2: Tüm Öğrencilerin Tanımlayıcı Özellikleri 20
Tablo 4-3: Cinsiyete göre sınıf dağılımı 20
Tablo 4-4: Sınıflara Göre BKİ Kategorik Dağılımı 20
Tablo 4-5: Şişman İnsanlara Ne Kadar Sıcak ya da Soğuk duygular Beslersiniz? 21
Tablo 4-6: Zayıf İnsanlara Ne Kadar Sıcak ya da Soğuk duygular Beslersiniz? 22
Tablo 4-7: Hangi İfade Seni En İyi Tanımlar? 23
Tablo 4-8: Kendinizi Zayıf İnsanlarla Ne Kadar Özdeşleştiriyorsunuz? 23
Tablo 4-9: Kendinizi Şişman İnsanlarla Ne Kadar Özdeşleştiriyorsunuz? 24
Tablo 4-10: Eğer İsterseniz 3-5 Kilogram Vermek Ne Kadar Zor Olurdu? 25
Tablo 4-11: Kilonuz Kimliğiniz Açısından Ne Kadar Önemlidir? 26
Tablo 4-12: Çoğunluk 'Şişman İnsanları Zayıf İnsanlara Tercih' Mi Ediyor? 27
Tablo 4-13: İnsanların Kiloları Üzerinde Ne Kadar Kontrolleri Vardır? 28
Tablo 4-14: Başka İnsanlara Göre Kilom 28
Tablo 4-15: Şu Anki Kilom 29
Tablo 4-16: Başkalarına Kıyasla Kilom 30
Tablo 4-17: Zayıf İnsanlara Ne Kadar Sıcak ya da Soğuk Duygular Beslersiniz? 31
Tablo 4-18: Hangi İfade Seni En İyi Tanımlar? 32
Tablo 4-19: Kilonuz Kimliğiniz Açısından Ne Kadar Önemlidir? 33
Tablo 4-20: Başka İnsanlara Göre Kilom 34
Tablo 4-21: Şu Anki Kilom 35
Tablo 4-22: Başkalarına Kıyasla Kilom 36
Tablo 4-23: Hangi İfade Seni En İyi Tanımlar? 37
Tablo 4-24:Eğer İsterseniz 3-5 Kilo Vermek Ne Kadar Zor Olurdu? 38

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

ABD: Amerika Birleşik Devletleri
AFA: Yağ Karşıtı Tutumlar
(Antifat Attitudes Questionnaire)
ATOP: Obez Kişilere Yönelik Tutumlar Ölçeği
(Attitudes Towards Obese People Scale)
BAOP: Obez İnsanlara İlişkin İnançlar
(Beliefs About Obese People)
BKİ: Beden Kütle İndeksi
CDC: Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri
(Centres for Disease Control and Prevention)
DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü
FPS: Yağ Fobi Ölçeği
(Fat Phobia Scale)
IAT: Örtük İlişkilendirme Testi
(Implcit Assocation Test)
NCD: Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar
(Noncommunicable diseases)
NHANES: Ulusal Sağlık ve Beslenme İnceleme Anketi
(National Health and Nutrition Examination Survey)
NICE: Ulusal Sağlık ve Bakım Mükemmelliği Enstitüsü
(National Institute for Health and Care Excellence)
PT: Fizik Tedavi
(Physical Theraphy)
TBSA: Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması
TEKHARF: Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri
TURDEP: Türkiye Diyabet, Obezite ve Hipertansiyon Epidemiyolojisi
WHO: Dünya Sağlık Örgütü
(World Health Organization)

ÖZET

Bahar, Ş. (2022). Tıp Fakültesi Eğitiminin Tıp Öğrencilerinin Obezite Algısı Üzerindeki Etkisinin Araştırılması. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İç Hastalıkları ABD. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Bu çalışma, üniversite öğrencilerinin obezitesi olan kişilere bakış açılarını ve tıp fakültesinde alınan eğitimin öğrencilerin obeziteye ilişkin önyargı ve olumsuz tutumlarını nasıl etkilediğini araştırmak amacıyla yapılmıştır. Çalışma verileri Ekim 2020- Haziran 2021 tarihleri arasında, Cerrahpaşa Tıp Fakültesinde eğitim gören birinci sınıf (n=37) ve altıncı sınıf (n=43) öğrencinin katılımıyla elde edilmiştir. Öğrencilerin demografik ve antropometrik özellikleri Harvard Üniversitesi tarafından geliştirilen IAT (Implicit Assosation Test) ölçeğinin birinci kısmındaki veriler alınarak toplanmıştır. Obezite önyargısını değerlendirmek için Weight IAT ölçeğinin ikinci ve son kısmındaki sorulara verilen yanıtlar da çalışmada kullanılmıştır. Öğrencilerin yaş ortalaması 21,82±2,98 (18-27) yıldır. Öğrencilerin boy uzunluğu ortalaması 170,70±8,44 (153- 196) cm olup ortalama vücut ağırlıkları 60,00±13,70 (45-98) kg ve ortalama BKİ değerleri 22,08±3,00 (16,98-28,98) kg/m² dir. Öğrencilerin %56,3'ü kadın öğrencilerden ve %43,8'i erkek öğrencilerden oluşmaktadır. Birinci sınıf öğrencileri katılımcıların %46,3'ünü, altıncı sınıf öğrencileri ise %53,8'ini oluşturmaktadır. Öğrencilerin BKİ değerlerine göre %15'i (n=12) zayıf (BKİ 18,5'ten küçük), %58,8'i (n=47) normal (BKI 18,5-24,0), %26,3'ü (n=21) fazla kilolu grupta yer almaktadır. Birinci ve altıncı sınıf öğrencilerinin şişman insanlara bakış açısı dağılımı anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p<0,05$). Birinci sınıf öğrencileri kilo vermenin daha zor olduğunu düşünürken; altıncı sınıf öğrencileri daha kolay olacağını düşünmektedir ($p<0,05$). Beden Kütle İndeksi daha düşük olan öğrenciler, sahip oldukları kilonun kimlikleri açısından daha önemli olduğunu düşünürken; BKİ arttıkça kilonun kimlik açısından öneminin daha az olduğu paylaşılmıştır ($p<0,05$). Çalışmada birinci ve altıncı sınıf öğrencilerinin obeziteye ve obezitesi olan kişilere karşı tutum ve davranışlarında bir değişiklik olmadığı; alınan tıp fakültesi eğitiminin obezite önyargısı üzerinde etkili olmadığı görülmüştür. Tıp Fakültesi'nde öğrencilerdeki obezite önyargısını ve tedavide ayırımcılığı azaltmak ve hastaların tedaviye katılımını sağlamak yönünde tıp öğrencilerine daha fazla eğitim verilmesi gerektiği önerilmiştir.

Anahtar Kelimeler: obezite, stigma, kilo önyargısı, obezite önyargısı

ABSTRACT

Bahar, Ş (2022). Investigation of the Effect of Medical Faculty Education on Obesity Perception of Medical Students. İstanbul University-Cerrahpasa, Institute of Graduate Studies. İstanbul.

This study was conducted to investigate the perspectives of university students towards people with obesity and how the education at the medical school affects the prejudice and negative attitudes toward obesity. The data were obtained with the participation of first-grade (n=37) and sixth-grade (n=43) students studying at Istanbul Cerrahpaşa University Faculty of Medicine between October 2020 and June 2021. Demographic and anthropometric characteristics of the students were collected by taking the data in the first part of the IAT (Implicit Association Test) scale developed by Harvard University. The answers to the questions in the second and last part of the Weight IAT scale were also used in the study to assess obesity bias. The mean age of the students is 21.82±2.98 (18-27) years. The average height of the students was 170.70±8.44 (153-196) cm, their average body weight was 60.00±13.70 (45-98) kg, and their mean BMI was 22.08±3.00 (16.98- 28.98) kg/m². 56.3% of the students are female students and 43.8% are male students. First-grade students make up 46.3% of the participants, while sixth-grade students make up 53.8%. According to the BMI values of the students, 15% (n=12) were weak (BMI less than 18.5), 58.8% (n=47) were normal (BMI 18.5-24.0), 26%, 3 (n=21) of them are in the overweight group. The distribution of first and sixth-grade students' perspectives on obese people does not show a significant difference ($p<0.05$). While first-grade students think that it is more difficult to lose weight, sixth-grade students think it is easier ($p<0.05$). While students with lower Body Mass Index think that their weight is more important for their identity, it was shared that the importance of weight in terms of identity was less as BMI increased ($p<0.05$). In the study, there was no change in the attitudes and behaviors of first and sixth graders towards obesity and people with obesity; It was found that the medical school education was not effective on obesity bias. In the Faculty of Medicine, it has been suggested that more education should be given to medical students in order to reduce the obesity prejudice and discrimination in treatment and enable patients to participate in treatment.

Keywords: obesity, stigma, weight bias, obesity bias

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Obezite, görülme sıklığı her geçen gün artan kronik bir hastalık olmakla birlikte fiziksel etkilerinin dışında psikolojik ve sosyal etkilere de sahiptir. Toplumun her kesimi obezite ile karşılaşmakta ve özellikle ülkemizde obezite oranları hızla artmaya devam etmektedir (WHO 2018).

Obezite hem çevresel hem genetik etmenlere bağlı ortaya çıkmaktadır ancak tedavisi büyük ölçüde mümkündür. Toplum genelinde obezitesi olan kişilere karşı damgalama yaygındır. Ağırlık damgalaması bu kişilerin tedaviye katılımını azaltmaktadır. Günümüzde medyada, çevremizde, işyerlerinde obezitesi olan bireylere karşı daima; yavaş hareket eden, tembel, iradesiz, motivasyonu düşük, özgüveni eksik, olumsuz beden algısına sahip bireyler olarak bakılması toplumun obezitesi olan kişileri olumsuz algılamalarına neden olmaktadır (Yılmaz ve Dinç 2010; Ercan ve ark. 2015). Bu durum obezitesi olan bireylerin toplum tarafından ön yargı, damgalanma ve ayrımcılık gibi davranışlara maruz kalmasına neden olmaktadır (Paker 2012).

Obezite üzerine yapılan çalışmalarda sağlık kurumlarında çalışan kişilerin obezitesi olan kişilere karşı önyargılı olmaları nedeniyle etkili tedavi uygulayamadığı görülmektedir. Bununla birlikte sağlık çalışanları obezitesi olan kişilerin başarısız, iradesiz olduğunu düşünmektedir (Puhl ve Brownell 2001; Puhl ve Heuer 2009). Obezite önyargısının azaltılması bu kişilerin tedaviye uyumlarını arttıracak ve yaşam kalitelerinin artışında etkili olacaktır. Bu amaçla sağlık çalışanlarının bu konuda bilinçlendirilmesi gerekmektedir. İleride sağlık alanının en önemli uzmanlarından biri olacak tıp fakültesi öğrencilerinin de obezitesi olan kişilere karşı önyargılı olmaması, toplum sağlığı açısından önemli bir sorun olan obezitenin azaltılması ve tedavisi için oldukça önemlidir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Obezitenin Tanımı

Obezite hem ülkemizde hem de dünyada sıklıkla görülen bir halk sağlığı problemidir. Obezitenin tanımlanmasında birçok parametre kullanırken sıklıkla Beden Kütle İndeksi (BKİ) tercih edilir. Kolay ve hızlı hesaplanan bir yöntem olmasına rağmen bu ölçütün tek başına yeterli olmadığı halen tartışma konusudur.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) obeziteyi sağlığı bozabilecek anormal veya aşırı yağ birikimi olarak tanımlamaktadır (WHO 2018). Şimdiye kadar obezitenin tanımlanmasında birçok farklı yöntem kullanılmış olsa da en pratik ve sık kullanılan yöntem olan BKİ'ye göre bir kişinin kilogram cinsinden ağırlığının metre cinsinden boyunun karesine (kg / m^2) bölünmesiyle bulunan değere dayanarak sınıflandırma yapılır (Mardolkar 2017). Yetişkinlerde boy ve kiloya göre 8 farklı sınıflandırma yapılabilir (Tablo 2-1).

Tablo 2-1: Yetişkinlerde BKİ'ye göre sınıflandırma

Sınıflandırma	**BKİ (kg/m^2)**
Zayıf	<18.5
Normal	18,5-24,9
Fazla kilolu	25,0-29,9
I. Derece obez	30,0-34,9
II. Derece obez	35,0-39,9
III. Derece obez	≥ 40,0

Bu değerlendirme tek başına yeterli olmayıp risk faktörlerini belirlemek için vücuttaki toplam yağ kütlesinin miktarı ve bu yağın dağılımı önemlidir. Bu nedenle son zamanlarda bir diğer kriter olarak bel çevresi ve bel/ kalça oranı kullanılmaktadır (Switzer ve ark. 2013).

Kadın ve erkekler için bu değerler farklılık göstermektedir. Yetişkin kadınlarda vücut ağırlığının %25-30'unu ve erkeklerde %15-20'sini yağ kütlesi oluşturması normal kabul edilirken bu değerlerin üzerine çıkması durumunda obezite varlığından söz edilebilir (NICE 2013). Bel çevresi cinsiyete göre değerlendirilirken risk altında ve obezite olarak iki sınıfta görülmektedir (Tablo 2-2). Bununla birlikte farklı gruplarda bu değerler yetersiz kalmaktadır. Çocuklar için gelişimlerini takip etmek amacıyla persentil

eğrileri kullanılırken; yaşlılarda ve sporcularda daha farklı parametreler değerlendirilmektedir.

Tablo 2-2: **Cinsiyete göre bel çevresi**

	Risk altında	Obezite
Kadın	≥80 cm	≥88 cm
Erkek	≥94 cm	≥102 cm

2.2. Obezitenin Epidemiyolojisi

Obezitenin görülme sıklığı her geçen gün artmakta ve obeziteye toplumun her kesiminde her yaş grubunda rastlanmaktadır. Tek başına bir hastalık olmasının yanında birçok komplikasyona neden olarak yaşam süresi ve kalitesini de olumsuz etkilemektedir (NCD 2017). DSÖ de obeziteyi toplumu etkileyen en büyük sağlık problemi olarak görmektedir.

DSÖ tarafından yapılan 12 yıllık MONICA çalışmasına göre, 10 yılda obezite prevalansında %10-30 arasında bir artış saptandığı bildirilmiştir. DSÖ 2016 yılı verilerine göre 18 yaş üzeri dünya nüfusunun %35'i fazla kiloya, %13'ü ise obeziteye sahiptir. Bununla birlikte yaş arttıkça obezitenin görülme sıklığı her iki cinsiyette de artmaktadır (WHO 2018).

Dünya Sağlık Örgütü, 2008 yılında 1,4 milyar insanın fazla kilolu olduğunu ve dünyada 200 milyondan fazla erkek ve 300 milyondan fazla kadının obezitesi olduğunu rapor etmiştir. Avrupa Birliği'nde yılda 300.000 insanın obezite ve fazla kilolu olmanın neden olduğu hastalıklar nedeniyle öldüğü belirtilmiştir. DSÖ'ye göre Avrupa'da geçmiş 20 yılda obezitesi olan insanların sayısı üç katına çıkmıştır (Berghöfer ve ark. 2008).

Obezitenin en sık görüldüğü ülke olan Amerika Birleşik Devletleri'nde (A.B.D.) Centres for Disease Control and Prevention (CDC) tarafından çocuklarda ve adölesanlarda obezite prevalansının National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) çalışmasının değerlendirilmesi sonucunda 2003-2006 yıllarında 2-19 yaş grubu çocuklar ve adölesanların %16,3'ünün obez olduğu bildirilmiştir. Çalışmanın verilerine göre 2003-2004 yıllarında obezite prevalansı erkeklerde %31,1 kadınlarda %33,2 iken bu oran 2005-2006 yıllarında erkeklerde %33,3 kadınlarda ise %35,3'e yükseldiği rapor edilmiştir. Bu değerlerin 2025 yılında %40'a ulaşacağı tahmin edilmektedir (Bayraktar 1995; Ogden 2014).

Türkiye, obezite prevelansının çok yüksek olduğu ülkelerden biridir. Türkiye'de obezite sıklığının ne kadar olduğunu araştıran ilk epidemiyolojik çalışma TEKHARF olup bu çalışmaya dahil olan kişilerin zaman içinde ne kadar kilo aldıkları ve bu kilo değişimlerine göre kardiyometabolik etkileri incelenmiştir. Özellikle abdominal obezite ile ilişkili kardiyometabolik risk faktörlerinden bir kısmı bu çalışmada tanımlanabilmiştir (Onat 2017). TEKHARF 2001/02 yılı takibinde 30 yaş üstü erişkinlerden oluşan kohortunda, obezite prevalansı, erkeklerde %25,3 kadınlarda %44,2 olarak görülmüştür. 1990 taramasına göre, obezitesi olan kişilerin sayısı yaklaşık %90 oranında artmıştır. Bu verilere göre obezite prevalansının son 10 yılda nüfus artışı ve yaştan bağımsız olarak %20 oranında arttığı görülmektedir (Onat A ve ark. 1999; Altun ve ark. 2005; Gündoğan ve ark. 2013). DSÖ'nün Türkiye verilerine bakıldığında ülkemizde obezite sıklığı toplum genelinde %27,8 kadınlarda %34 ve erkeklerde %21,7'dir (WHO 2018).

Türkiye Diyabet, Obezite ve Hipertansiyon Epidemiyolojisi (TURDEP) çalışmalarından 1998 yılında TURDEP I çalışmasında obezite prevalansı kadınlarda %29,9 erkeklerde %12,9 genel obezite sıklığı %22,3 iken; 2010 yılında yapılan TURDEP II çalışmasında obezite prevalansı %40 artarak %32,2'ye ulaşmıştır (Satman ve ark. 2002; Satman ve ark. 2011).

Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA) 2010 verilerine göre Türkiye'deki obezite sıklığı; erkeklerde %20,5 kadınlarda %41 toplamda ise %30,3 olarak bulunmuştur. Fazla kilolu olanların sıklığı %34,6 fazla kilolu ve obezitesi olanlar %64,9 ileri derece obezitesi olanların sıklığı ise %2,9 olarak bulunmuştur (T.C. Sağlık Bakanlığı 2019).

Yapılan tüm ulusal epidemiyolojik çalışmalar, obezitenin hem kadınlarda hem erkeklerde son 30 yılda gittikçe artmakta olduğu ve bu artışın erkeklerde daha belirgin şekilde olduğu görülmektedir (Yumuk 2005; Erem 2015). Ülkemiz obezite riski açısından diğer ülkelere kıyasla daha tehlikeli durumda olup bu veriler incelendiğinde Avrupa'da obezite görülme sıklığının en fazla olduğu ülke konumundadır (Ogden 2014).

2.3 Obezitenin Etiyolojisi

Obezitenin nedenleri ile ilgili bugüne kadar yapılmış birçok çalışma mevcuttur. Bu çalışmalar obezitenin hem genetik hem de çevresel nedenlere bağlı olarak gelişebildiğini göstermektedir. Özellikle son yıllarda yapılan çalışmalarda obezitenin tek

bir nedene bağlı değil birden fazla nedene bağlı olarak geliştiği görüşü hakimdir (Kiess ve ark. 2001).

En temel anlatımla obezite, alınan ve harcanan enerji arasındaki dengeye (dengesizliğe) bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Bu enerji dengesizliği aşırı yağ birikimini destekleyen genetik, davranışsal, çevresel, fizyolojik, sosyal ve kültürel faktörlerin sonucudur. Bu faktörlerin her birinin göreceli katkısı kapsamlı bir şekilde incelenmiş ve genlerin vücut ağırlığının düzenlenmesinde önemli bir rol oynamasına rağmen, Dünya Sağlık Örgütü Obezite Konseyi tarafından, davranışsal ve çevresel faktörlerin son yirmi yıldaki obezite artışının en önde gelen sorumlusu olduğu bildirilmiştir (WHO 2002).

2.3.1.Genetik Etmenler

Son yıllarda yapılan çalışmalar obezitenin genetik etmenlere bağlı olarak geliştiğini göstermektedir. Obezitenin etiyolojisi açısından inceleme yapılırken alt gruplar dikkate alınmıştır. Bu alt gruplardan biri monojenik obezite diğeri sendromik obezite ve poligenik veya genel popülasyonu etkileyen yaygın obezitedir (Herrera ve ark. 2010).

Monojenik obeziteye neden olan ilk tek gen mutasyonu 1997'de tanımlanmıştır ve bugüne kadar otozomal bir obezite formu ile sonuçlanan yaklaşık 20 tek gen mutasyonu bulunmuştur (O'Rahilly 2009). İlginç bir şekilde, tüm bu mutasyonlar merkezi sinir sistemindeki leptin/melanokortin yolağının tüm vücut enerji homeostazının düzenlenmesinde kritik bir yolak olarak konumlandırmakta ve bu vakalarda obezite artan iştah ve azalmış doyma hissinin sonucu olarak görülmektedir (Coll ve ark. 2004).

Sendromik obezite, çeşitli genetik kusurlardan veya birkaç gendeki kromozomal anomalilerden kaynaklanır ve otozomal veya X'e bağlı olabilir. Sendromik obezitenin en iyi bilinen biçimlerinden biri, Prader-Willi sendromudur. Prader-Willi Sendromu, merkezi sinir sistemindeki disfonksiyonun neden olduğu hiperfajiden kaynaklanan erken başlangıçlı obezite ile karakterizedir (Shapira ark. 2005). Turner sendromu, Down sendromu, Klinefelter sendromu, Cohen sendromu, Karpenter sendromu gibi kromozomal bozukluklarda obezite görülme sıklığı daha fazladır (Bray 1989).

Obezitenin genetik etkileri farklı şekillerde gerçekleşmektedir. Bunlar enerji depolama merkezinde görülen anormallikler, iştah üzerine etki eden ya da bireyin yemek yeme isteğinde artış yaratan anormal ve genetik psikolojik etkiler, karbonhidrat ve yağ depolanması ile ilişkili kalıtımsal sorunlar olarak sıralanabilir (Hall ve Guyton 2016).

Obezitenin genetik etkisiyle ilgili makaleler daha çok ikiz kardeşler üzerinde yapılan çalışmalar hakkında yazılmıştır. Yapılan çalışmalarda beden kütle indeksinin genetik aktarımla ortaya çıkabileceği düşünülmüştür (Sengier 2005; Wangensteen ve ark. 2005). Evlat edinilen ve kendi ailesiyle birlikte aynı yerde kalan ikizler gözlemlendiğinde, BKİ ve yağ oranlarının %25-40 oranında değişiklik gösterdiği bildirilmiştir (Malczewska-Malec ve ark. 2004; Drapeau ve ark. 2004). Obezitesi olan çocukların aileleri incelendiğinde ebeveynlerinin de sıklıkla obezitesi olduğu görülmüştür. Aile öyküsünde obezite görülen kişilerin obeziteye sahip olma ihtimali de ortalama 2-3 kat fazladır (Nelson ve ark. 2000).

Birinci derece akrabalarda da obezitenin genetik olarak aktarıldığı ve riskin yüksek olduğu gösterilmiştir. Obezite oranı arttıkça obezitenin genetik aktarım riskinin de arttığı görülmüştür (Katzmarzyk ve ark. 1999; Lee ve ark. 1997).

Bazı hastalıkların ilgili gen bölgelerindeki hasara bağlı olarak, obeziteye yatkınlık oluşturduğu görülmektedir. Bu hastalıklardan biri olan Alstrom Hastalığı da kronik hiperglisemi, hiperinsülinemi ve nörosensör defekt ile bağlantılı çocukluk çağı obezitesi ile tanımlanan otozomal resesif bir hastalıktır (Shawky ve Sadik 2012). Kırılgan X Sendromu zihinsel gerilik, makroorşidizm, büyük kulaklar, makrosefali, yüksek sesle konuşma ve obezite ile ayırt edilir (Shawky ve Sadik 2012). Mehmo Sendromu X kromozomuna bağlı bir hastalıktır ve zeka geriliği, epileptik nöbetler, hipogenitalizm, mikrosefali ve obezite ile kendini gösterir (Leshinsky-Silver ve ark. 2002).

2.3.2.Yaş

Her yaşta görülebilen obezite, son yıllarda çocukluk döneminde de sıklıkla ortaya çıkmaktadır (GBD 2015 Obesity Collaborators 2017). Yapılan çalışmalar sonucunda obezitenin farklı dönemlerde gelişim gösterdiği görülmüştür. Özellikle doğum öncesi, 5-7 yaş ve ergenlik dönemi kritik öneme sahiptir (Cinaz ve Bideci 2003). Çocukluk ve erişkinlikte görülen obezitede yağ hücre sayısı ve büyüklüğü arasında farklar bulunmaktadır. Yağ hücrelerinde yaşam boyu değişiklikler meydana gelir ve bunlar anne karnında başlar. Doğumda vücutta bulunan yağ dokusu ilerleyen dönemlerde hipertrofi ve hiperplaziyle birlikte artış gösterir. Çocukluktan erişkinliğe geçiş olarak bilinen ergenlik döneminde ise kızlarda yağ doku oranı erkeklere göre daha fazla artış göstermektedir. Bu dönem kalıcı yağlanmanın meydana geldiği son kritik noktadır. Yaş

ilerledikçe bazal metabolizma hızında düşüş yaşanmaktadır. Buna bağlı olarak da obezitenin görülme sıklığı artmaktadır (Cinaz ve Bideci 2003).

2.3.3.Cinsiyet

Obezite her iki cinsiyette de görülmekle birlikte kadınlarda erkeklere oranla daha sık karşılaşılmaktadır. Ergenlik dönemine gelindiğinde kızların yağ oranı %20-25 iken erkeklerin %15-18 arasındadır (Erkaya ve ark. 2018). Bu oran erişkin dönemde de benzer şekildedir. Kadınlarda gebelik ve emziklilik de kilo artışında bir etmen olarak karşımıza çıkmaktadır. Özellikle doğum sonrası bebeği emzirme süresi kısa olursa, yeterli fiziksel aktivite ve dengeli beslenme sağlanmazsa kilo vermek oldukça zorlaşır (Doğan ve ark. 2012). Menopoz dönemi sonrasında östrojen seviyelerinde değişmeler olup buna bağlı olarak diğer hormonlarda da değişiklikler meydana gelmektedir. Kadınların erkeklere göre daha çok diyet döngüsü yaşaması ve bu diyet döngülerinin enerji alımı üzerine etkileri nedeniyle de besin tercihleri değişkenlik göstermektedir. Bu besin tercihlerine bağlı olarak yağ artışı ve tokluk hissini etkileyen leptin hormonu seviyelerinde düşüş olduğu görülmüştür (Dulloo ve ark. 2015). Yavaşlayan metabolizma yeme davranışlarında farklılıklar görülmesine neden olmaktadır. Bu yeme davranışlarına bağlı olarak yağ birikimi artar ve kilo artışı görülür.

2.3.4.Beslenme Alışkanlıkları

Dünya Sağlık Örgütü Obezite Danışmanlık Kurulu'na göre obezitenin genetik nedenleri olsa da davranışsal ve çevresel faktörler (hareketsiz yaşam ile yüksek enerji alımı) son yıllarda obezitenin dramatik artışına neden olmaktadır (Racette ve ark. 2003). Ülkemizde yöresel olarak yeme alışkanlıkları değişkenlik göstermektedir. Özellikle yüksek yağlı ve yüksek karbonhidratlı beslenme genellikle yaygındır. Bununla birlikte büyük şehirlere göçlerin artması, çalışma sürelerinin uzaması, alım gücünün azalması, reklamların yaygınlaşmasıyla birlikte "fast food" tarzı kolay tüketilebilir gıdalara yönelim artmıştır. Yüksek sosyoekonomik düzeye sahip ailede büyüyen bireyler istediği besine ulaşmakta zorluk çekmeyip fazla beslenmeye bağlı kilo alırken; düşük sosyoekonomik düzeye sahip ailelerde büyüyen bireyler yetersiz ve dengesiz beslenmeye bağlı olarak kilo almaktadır (Özenoğlu ve ark. 2000). Okul dönemi çocuklarında en kolay ulaşılabilen ve en ucuz enerji kaynakları olarak paketli yiyeceklerin tüketimi nedeniyle yüksek yağ ve rafine şeker alımı gerçekleşmektedir. Bu yiyecekler çocukların sağlıklı gelişimi için ihtiyacı olan besin ögeleri açısından yetersiz olmakla birlikte tokluk hissini

uyarmada zayıf kalan yiyecekler olduğu için daha fazla tüketime sebep olmaktadır. Bu döngü nedeniyle çocukluk döneminde de besin tercihlerine bağlı olarak kilo artışı yaşanmaktadır.

Bebeklik döneminde yeterli anne sütü almamak, ek besine doğru zamanda başlamamak da yetişkin dönemde obeziteye eğilimi arttırmaktadır (Gillman ve ark. 2001). Yapılan araştırmalarla günlük alınan total enerjinin yanında diyette karbonhidrat, protein ve yağ oranının önemli olduğu bulunmuştur. Besin tercihlerine bağlı olarak vücuda alınan besin ögeleriyle termogenez gerçekleşmekte ve enerji kaybı yaşanmaktadır. Diyette protein miktarı yüksek, karbonhidrat miktarı düşük olursa daha çok enerji kaybı gerçekleşir. Karbonhidratların enerjisinin %6-8'i, proteinlerin %25-30'u, yağların %2-3'ü termik etkiye sahiptir (Jequier 2002).

Bir diğer faktör ise öğün zamanı ve sıklığıdır. Gün içinde sık aralıklarla yüksek kalorili beslenmeye dayalı bir düzen obeziteye yatkınlığı arttırmaktadır. Öğünlerin zamanlaması incelendiğinde çocuklarda yapılan bir çalışmada kahvaltı yapmayan çocuklarda obezite görülme oranı daha yüksek bulunmuştur (Freedman ve ark. 2003). Başka bir çalışmada ise günde üç veya daha fazla öğün yapan ve bu öğünleri düzenli tüketen kişilerde; öğünlerini atlayan, iki veya daha az öğün yapan kişilere göre daha az sıklıkta obeziteyle karşılaşılmıştır (Hamulu 1999). Öğün aralarında uzun sürelerin olması açlık seviyelerini arttıracağı için bu durum besin tercihlerini de etkilemektedir. Bu durum genellikle yağ ve karbonhidrat açısından zengin besinlerin tüketimine olan eğilimi arttırmaktadır.

Besin seçimlerine bağlı olarak yemekten sonra kanda bulunan glikoz, yağ asidi konsantrasyonu ve insülin sekresyonu farklılık göstermektedir. İnsüline duyarlı dokularda glikoz kullanımını sağlamak için glikoliz gerçekleşir. Sonrasında pürivat dehidrogenaz aktive olarak glikoz asetil- coA'ya dönüşür ve krebs döngüsüne katılır. Aynı zamanda insülin lipaz aktivitesini baskılayarak lipoliz ve lipid oksidasyonunu durdurur. Böylece karbonhidrat oranı yüksek bir öğünden sonra glikoz oksidasyonu artar, yağ oksidasyonu azalır (Acheson ve ark. 1985).

Ancak yapılan çalışmalar, yağ oranı yüksek diyetlerin obezite prevalansındaki artışı açıklamaya yeterli olmadığını göstermektedir. Yüksek oranda yağ içeren diyet tüketen kişilerin, yağı oksitleme kapasitesi yüksek olanların kilo alma riskinin düşük olduğu görülmektedir. Aynı zamanda, yağ oksidasyonunu uyarmanın en etkili yolu orta

şiddette ve uzun süreli fiziksel aktivite yapmak olduğu unutulmamalıdır (van Aggel-Leijssen DP ve ark. 2001).

2.3.5.Fiziksel Aktivite

Epidemiyolojik çalışmalar obezitenin oluşmasında en önemli etmenlerden birinin de hareketsiz yaşam olduğunu söylemektedir. Masa başı işlerde çalışan kişilerin artması, teknolojinin gelişmesiyle minimum harekete dayalı yaşamın tercih edilmesi, televizyon ve bilgisayar başında daha uzun süreler geçirilmesi fiziksel aktivitenin azalmasının başlıca sebepleridir. Bununla birlikte şehirleşmenin artmasıyla hareket alanlarının azalması, bireylerin alım gücüne denk olmayan spor aktivitelerinin yaygınlaşması sedanter yaşamı desteklemiştir (Cinaz ve Bideci 2003; Sothern 2003; Bray 2000).

Enerji harcamayı arttırdığı için fiziksel aktivite düzeyi yüksek olan kişilerde obezite görülme riski daha düşüktür. Negatif enerji dengesi sağlamak obeziteyi engellediği gibi yağ yakımını ve kas yapımını arttırır (Robinson 1999).

2.3.6.Sosyoekonomik Düzey

Eğitim seviyesi düşük bireylerde obezite görülme oranı daha yüksektir. Bu durum o ailede büyüyen çocukların da benzer beslenme alışkanlıkları edinmesine ve yaşam tarzının bu yönde ilerlemesine neden olmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı 2017). Eğitim seviyesi düşük kişilerin gelir düzeyi de benzer şekilde düşüktür. Buna bağlı olarak yeterli ve dengeli beslenme sağlanamamakta, bazen temiz ve güvenli gıdaya ulaşım bile zorlaşmaktadır.

Türkiye'de obezitenin sosyoekonomik belirleyicileri ile ilgili en kapsamlı çalışma Karaoğlan ve Tansel tarafından 2008, 2010 ve 2012 Türkiye Sağlık Araştırması verileri incelenerek oluşturulmuştur (Karaoğlan ve Tansel 2018). Bu çalışmada bireylerin yaş ve cinsiyet dışında fiziksel aktivite durumlarına da bakılmıştır. Yapılan çalışmalara göre eğitim seviyesinin sağlık davranışlarını ve obezite yaşama ihtimalini arttıran en önemli faktör olduğu belirtilmiştir. Türkiye'de eğitim seviyesi daha yüksek kişilerin meyve, sebze tüketiminin yüksek olduğu bununla birlikte daha fazla egzersiz yaptıkları saptanmıştır. Tüm bu çalışmanın sonucunda eğitim seviyesi yüksek kişilerin obezite yaşama ihtimalinin daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

Türkiye'de yapılan başka bir çalışmaya göre eğitim düzeyi ve fiziksel aktivite durumunun obezite riskini azalttığı, yaş ve hane gelirindeki artışın ise bu riski arttırdığı bulunmuştur (Erem 2015).

2.3.7.İlaçlar ve Sigara

Bazı hastalıklar obeziteye veya kilo almaya neden olabilir. Bunlardan bazıları Cushing Sendromu ve Polikistik Over Hastalığıdır.

Kilo artışı tedavide kullanılan birçok ilacın yan etkisi olarak ortaya çıkabilmektedir. Bu ilaçlar şu şekilde özetlenmiştir (Doğan ve ark. 2012).

1. Antidepresanlar: Doksepin, Amitriptilin, Mirtazapin, İmipramin, Nortriptilin, Fenelzin

1. Antidiyabetikler: Sülfonüreler, bütün insülin preparatları, glitazonlar
2. Duygudurum ilaçları: Lityum, valproik asit, karbamazepin
3. Migren ilaçları ve antihistaminikler: Siproheptadin, flunarizin, pizotifen
4. Beta blokörler: Non spesifik (örnek: propranolol)
5. Antipsikotikler: Klorpromazin, klozapin, tioridazin, olanzapin, sertindol, risperidon, trifluperazin
6. Glikokortikoidler: Farmakolojik dozları
7. Seks hormonları: Östrojen (yüksek doz), megestrol asetat, tamoksifen

Sigara kullanımının ve bırakılmasının da obeziteyi arttırdığı yönünde düşünceler vardır. Genellikle sigara bırakıldıktan sonra yeme isteğinin arttığı bilinmektedir, bu kontrol altına alınmazsa ve yanlış besin tercihleri yapılırsa da kilo artışına neden olur. Aynı zamanda sigara metabolizmayı hızlandırır ve kilo kaybını sağlayabilir. Ancak sigara bunun yanında birçok zararlı etkiye sahip olduğu için kilo vermek için kullanılacak bir yöntem değildir (Sims 1989).

2.3.8.Psikolojik Durum

Son yıllarda obezitenin psikolojik nedenleri ve etkileri üzerine çalışmalar yaygınlaşmaktadır. Farklı duygu durum hallerinde farklı yeme davranışları gösterildiği savunulmaktadır. Psikosomatik görüşe göre obezite, stres altında yeme alışkanlığının değişmesi ve aşırı yemeye bağlı olarak oluşmaktadır (Day ve ark. 1998).

Yaşamın ilk dönemlerinden itibaren yiyecek tüketimi stres durumunu azaltmak için başvurulan bir yöntem olarak karşımıza çıkmaktadır. Bir annenin ağlayan bebeğine neredeyse her zaman karnını doyuracak bir besinle karşılık vermesi ilerleyen dönemlerde de benzer stresi yaratacaktır (Schecter 1959; Williams ve ark.1986). Bazı aileler çocuklarının zayıf olmaması kaygısıyla fazla yemek yedirmeye yönelirler. Özellikle Türkiye'de yeme kültürünün etkileri nedeniyle çocuklar doymuş olsa bile daha fazla

yemeleri için ısrarlara maruz kalmaktadır. İdeal kilosunda olan bir çocuk için bile daha fazla yemek yedirme davranışı uzun sürede obeziteye yol açmaktadır.

Diyet kültürünün dayatması ve medyada, reklamlarda zayıf olmanın ön plana çıkarılması nedeniyle özellikle kadınların zayıflama çabalarının artmasına yol açılmıştır. Bu çabaların sonunda fiziksel, sosyal ve psikolojik yönlerden kötü sonuçlarla karşılaşılmıştır. Yapılan bir çalışmaya göre obez bireylerin kilo verdikçe beden algısının iyi yönde değil kötü yönde değiştiği görülmüştür. Kilolu olmanın sağlıklı olmak ya da güçlü olmak ile özdeşleştirildiği de bilinmektedir. Çocukluk ve adolesan dönemde maruz kalınan travmatik durumların etkisi yetişkin dönemde de obezite için bir etmen olarak karşımıza çıkmaktadır (Atkinson 2005; Marti ve ark. 2004). Yapılan bir çalışmaya göre, çocukluk döneminde duygusal istismar, fiziksel istismar, cinsel istismar yaşayanların büyük çoğunluğunun ileri dönemde obezitesi olduğu görülmüştür.

Başka bir çalışmada çocukluk dönemi alışkanlıklarının yeme bağımlılığı ile ilişkisi olduğuna dayanan incelemeler yapılmış ve obezitesi olan kişilerin tedavisi için öncelikle çocukluk dönemi alışkanlıklarının, dürtü kontrol bozukluğunun ve bağımlı kişilik yapısının araştırılması gerektiği söylenmiştir. Çalışmayı yürüten kişiler, egonun yeme bozukluğu davranışında kullanıldığı savunma mekanizmalarını, çocukluk dönemindeki farklı alışkanlıkların ve dürtü bozukluklarının da mücadele ederken kullandığını ve obezitesi olan kişilerin egosunda inkar, yer değiştirme, dışsallaştırma, bilinçten uzak tutma ve yalan söyleme gibi mekanizmaların ciddi seviyede önemli olduğunu öne sürmüştür (Wilson 1991).

2.2. Obezite tedavisi önündeki engeller

Stigma sosyal bilimlerde kullanılan bir terim olmakla birlikte damgalama, ayrımcılık anlamlarına gelmektedir (Corrigan 2005). Stigma kavramını ilk defa tanımlayan araştırmacı Erwing Goffman'dır. Kültürel ve toplumsal olarak kabul görmeyen, toplumun genel inanış ve davranışlarına uygun olmayan durumlar için kullanılan stigma kelimesi tanımlandığı günden beri birçok farklı durum için kullanılmıştır (Kocabaşoğlu ve Aliustaoğlu 2003; Puhl ve Brownell 2003).

Stigma daha çok psikolojik rahatsızlıklar için kullanılsa da son zamanlarda obezitesi olan kişilerin de stigmaya maruz kaldıkları görülmektedir. Önyargı ve ayrımcılık, obezitesi olan kişilerin yaşamını olumsuz şekilde etkilemektedir. Hatta yaşamın ilk yıllarındaki çocuklar, arkadaş olarak obez olmasındansa herhangi bir özürü

olan kişileri tercih edeceklerini belirtmişlerdir (Stafferi 1967). Erişkinler de obez bir birey olmaktansa herhangi bir engellerinin olmasını, kör ya da sağır olmayı tercih edeceklerini söylemişlerdir (Maddox ve ark. 1968).

Obezite tedavi edilebilir bir hastalık olmasına rağmen obezitesi olan kişilere uygulanan stigma hastalık yükünü arttırmakta ve hastalığın kontrolünü zorlaştırmaktadır (Weiss ve ark. 2006). Stigma obezitenin kendisi kadar tehlike olabilmektedir. Obezitesi olan kişilere karşı kullanılan dilin o kişilerin kişiliğine yönelik küçük düşürücü, alaylı olmamasına dikkat edilmeli ve seviyeli olmasına özen gösterilmelidir (Kocabaşoğlu ve Aliustaoğlu 2003; Obesity Action Organization 2021). Obezitenin birçok farklı nedeni olduğu yapılan çalışmalarla gösterilmiştir. Buna bağlı olarak obezitesi olan kişilere yaklaşırken obezitenin bir tercih olmadığının farkında olup, bu hastalığın tedavi edilebilir olduğu hatırlanmalıdır. Bu kişilerin tedaviye katılımını sağlamak için doğru dil kullanılmalıdır. "Obez" kelimesinin yerine "obezitesi olan birey" veya "obeziteyle mücadele eden birey" benzeri ifadelerin kullanımı önerilmektedir.

Obezitenin nedenlerine bakıldığında basit bir enerji dengesizliği olduğu düşünülse de bunun altında yatan çok daha karmaşık mekanizmalar vardır. Yapılan çalışmalar obezitenin alınan ve harcanan enerji dengesine bağlı olarak geliştiğini söylemesine rağmen bireylerin enerji alımı ve harcamasını etkileyen, kendi kontrolleri dışında etmenlere maruz kaldığını da göstermektedir. Bu çalışmalar incelendiğinde bireylerin obezitenin tek sorumlusunun kendi tercihleri olmadığının ve kişiliklerinin bir yansıması olmadığının farkında olmak tedavi sürecinde başarı oranlarını arttıracaktır.

Modern toplumların bir sorunu olarak yeterli ve dengeli beslenmeyi sağlayacak besinlerin ulaşılabilirliği, doğru beslenme bilgisi ve bireylerin sosyoekonomik durumları hatta yaşanılan şehirlerin planlanması (kaldırımların yürümeye, yolların bisiklet binmeye uygunluğu) gibi birden çok faktör, bireylerin besin tercihlerini ve hareketliliğini değiştirmektedir. Bununla birlikte genetik yatkınlıkların varlığı da tüm bu faktörlerle birlikte değerlendirilmelidir (Hartlev 2014).

Obezitesi olan kişilerin tedavi sürecine katılımını ve başarı oranlarını azaltan nedenlerin başında önyargı ve negatif tutumlar gelmektedir (Phelan ve ark. 2015). Yapılan çalışmalar obezitesi olan kişilerin sağlık çalışanları tarafından da damgalandığını göstermektedir. Bununla birlikte bazı tıp etiği uzmanlarının genel bir kanı olarak kilolu bireyleri damgalamanın ve kilo kaybını teşvik etmek için sosyal baskı uygulamanın toplum sağlığını iyileştireceğine dair bazı iddiaları da vardır (Callahan 2013; 2014).

Benzer şekilde bu ayrımcılığı hisseden kişilerin tedavi sürecine katılımının arttığını ancak beden ağırlıklarının ayrımcılığı hissetmeyen kişilere göre daha az kayıp sağladığını gösteren çalışma da mevcuttur (Gudzune ve ark. 2014). En son yapılan çalışmalar, obezite önyargısının zayıf metabolik sağlık ve artan kilo ile bağlantılı olarak fizyolojik ve davranışsal değişikliklere sebep olabileceğini göstermektedir (Puhl ve Suh 2015).

Obezitesi olan kişilerin yaşadığı bu gibi problemlerin önüne geçememek, mevcut olan başarısızlık ve iradesizlik hissiyle birleşince tedaviyi daha kötü etkilemektedir. Sağlık profesyonellerinin olabildiğince hastanın tedaviye devam etmesine yardımcı olacak tutum ve davranışları kazanması, tedavi sürecinin sonundaki başarı oranlarını arttıracağı bilinmektedir.

2.3.Obezite Tedavisinde Stigma

Obezite önyargısı, kişinin obezitesi olması nedeniyle maruz kaldığı negatif davranışlardır (Puhl ve Heuer 2009). Araştırmalar, bu tür ağırlık damgalamasının hedefi olan kişilerin ruh sağlığında kötü sonuçlar, daha fazla fiziksel hastalık, daha düşük bireysel refah, düşük akademik performans, eğitim ve iş fırsatlarına erişimde güçlükler yaşadıklarını, ayrımcılığa maruz kaldıklarını göstermektedir (Puhl ve Heuer 2009; Himmelstein ve Tomiyama 2015). Sağlık, iş ve sosyal ilişkiler dahil olmak üzere farklı alanlarda, derin psikososyal sonuçları olan bir sorun olmaktadır. Bu tür damgalanmaların psikososyal sonuçları çoğunlukla damgalamanın kurbanı olanlarda incelenmiştir, ancak damgalanmaya maruz kalanlar kadar buna sebep olan aile, arkadaşlar, tanıdıklar, hizmet sağlayıcılar gibi gruplarda da daha fazla çalışma yapılmaya ihtiyaç vardır.

Vücut ağırlığına bağlı stigma ciddi bir toplum sağlığı problemidir (Giel ve ark. 2012). Obezitesi olan kişilerin maruz kaldığı bu durum yıllardır mevcuttur. Özellikle modern hayatın dayatmaları nedeniyle her geçen gün artan bir sorun haline gelmiştir. Obezitenin damgalanması hem obez hem de sağlıklı deneklerde araştırılarak, obeziteli bireylerin algıları, yaş, cinsiyet ve etnik kimlik gibi sosyodemografik yönlerinin dikkate alınmasına ilişkin farklılıklar tespit edilmeye çalışılmıştır. Araştırmalar, damgalamanın erkeklere ve kadınlara eşit olarak gerçekleştiğini göstermektedir, ancak bu damgalamanın kurbanları kadın olduğunda, erkeklere kıyasla daha düşük öz saygıya ek olarak daha kötü bir yaşam kalitesine ve daha düşük bir refah seviyesine sahip oldukları bilinmektedir. Aynı zamanda işyeri ile ilgili yaşanan sorunların kadınlarda daha fazla olduğu bilinmektedir (Latner ve ark. 2005; Wee ve ark. 2014).

Obezite damgalaması üzerine yapılan çeşitli araştırmalar, obezite durumu için bireysel sorumluluğun daha fazla atfedildiği durumlarda daha fazla damgalayıcı tutumlar olduğu sonucuna varmaktadır (Schmalz ve Colistra 2016; Brady 2016). Obezitesi olan kişiler yeme ile ilgili davranış kalıplarını değiştirmelerini engelleyen durumun kişilik özellikleriyle ilişkilendirildiğini ve obezitenin bundan muzdarip olan kişi tarafından kontrol edilebileceğine inanmaktadır (Ebneter ve ark. 2011; Holub ve ark. 2011). Bununla birlikte, çoğu insan obezitenin genetik faktörlere bağlı olarak geliştiğini bilmemektedir, bu da obezitenin ahlaki bir kusur olarak algılanmasına ve yalnızca obezite ile ilişkilendirildiğinde bu duruma sahip kişilere yönelik damgalanmayı arttırmaktadır.

Diğer damgalanmış grupların aksine obez insanların obez olmayan insanlara göre kendilerini daha çok damgaladıkları görülmektedir (Latner ve ark. 2005). Obezitenin damgalanmasından kaynaklanan ayrımcı uygulamalar sağlık ortamlarından kaçınmaya ve uzmanlarla yapılan müdahaleye düşük terapötik bağlılığa yol açabileceğinden, bu patolojiye müdahale eden sağlık ekiplerinin damgalamadan kaçınmaları önemlidir (Puhl ve Heuer 2009; MacLean ve ark. 2009).

2.4.Obezite Damgalamasının Sonuçları

Damgalanma mağdurları, fiziksel engellere ve sosyal reddedilmeye maruz kalmanın yanı sıra, genellikle üçüncü şahıslardan olumsuz yorumlar aldıklarını veya çevrenin kendileri hakkında olumsuz varsayımlarda bulunduğunu bildirmektedir (Puhl ve Brownell 2006; Friedman ve ark. 2005). Fazla kilolu veya obez olan kişiler yalnızca bu nedenden dolayı bile önemli sosyal eşitsizliklerle karşı karşıya kalmaktadır.

Ekonomik olarak, normal beden ağırlığındaki kişilere kıyasla aynı iş için daha düşük ücret aldıkları ve kariyerlerindeki ilerlemenin daha yavaş olduğu bildirilmiştir (Puhl ve Heuer 2009). Obezite damgasının aynı zamanda psikolojik uyumsuzlukla da ilişkilendirildiği ve esas olarak depresyon, kaygı, beden memnuniyetsizliği ve düşük benlik saygısı ile bağlantılı olduğu gösterilmiştir (Friedman ve ark. 2005). Obezitenin kişilerin özsaygısı üzerindeki etkisi yaşamın erken dönemlerinden itibaren gözlemlenebilir. Sağlık davranışları üzerinde yansımaları olduğu düşünülürse, damgalamanın obezitesi olan kişiler üzerindeki etkisi daha fazladır. Aynı zamanda bu damgalama sebebiyle daha çok gıda alımı, başarısız diyet denemeleri ve daha az fiziksel aktivite yaptıkları bildirilmiştir (Murakami ve Latner 2015).

Ağırlık damgasının zararlı etkileri, tüm nedenlere bağlı ölümlere kadar gitmektedir. BKİ'yi kontrol eden, bu ilişkiyi açıklayan temel mekanizmalar kronik sosyal stresin doğrudan ve dolaylı etkilerini yansıtmaktadır. Bu durumun bir nedeni kilo damgalamasına maruz kalan kişilerin yüksek C-reaktif protein düzeyine sahip olmasından kaynaklanmaktadır (Sutin ve ark. 2014). Yapılan diğer çalışmalarda, kilo damgalamasının ayrıca abdominal obezite ile HbA1c ve daha genel olarak metabolik sendrom arasındaki ilişkiyi güçlendirdiği gösterilmiştir (Pearl ve ark. 2017).

Kilo damgalamasının ruh sağlığı üzerinde de derin olumsuz etkileri vardır; kilo bazında ayrımcılığa uğradığını algılayan bireylerin, ruh hali veya anksiyete bozuklukları yaşama olasılığının, ruhsal hastalık için standart risk faktörlerini hesaba katarak kabaca 2,5 kat daha fazla olduğunu göstermektedir (Hatzenbuehler ve ark. 2009). Daha da önemlisi, kanıtlar bu ilişkinin çoğunlukla ayrımcılıktan kaynaklı kötü ruh sağlığına doğru ilerlediğini göstermektedir ancak bunun tersi de geçerlidir.

Hızla büyüyen bir dizi çalışma, bu ilişkilerin daha yüksek kilolu bireylerin daha kötü sağlıkları veya kiloyla ilgili ayrımcılığı algılama olasılığının daha yüksek olmasıyla basitçe açıklanamayacağını gösteriyor. Aslında, BKİ değerleri dikkate alındığında 'normal' bir BKİ'ye sahip bireyler arasında bile, kişinin kendini aşırı kilolu olarak algılamasının ileriye dönük olarak sağlıksız kan basıncı, C-reaktif protein, HDL kolesterol, trigliseritler, glukoz ve HbA1c seviyeleri ile ilişkili olduğu görülmüştür (Daly ve ark. 2017). Ortaya çıkan kanıtlar, bu zararlı döngünün nesiller arası bile olabileceğini, ebeveynleri tarafından fazla kilolu olarak algılanan çocukların, çocuğun gerçek ağırlığından bağımsız olarak çocukluk boyunca aşırı kilo alma riskinin daha yüksek olduğunu göstermektedir (Robinson ve Sutin 2016).

2.5.Sağlık Hizmetlerinde Kilo Damgası

Sağlık hizmeti, toplum refahını arttıran ve her bireyin temel ihtiyacı olurken kilo damgasının yaygın olduğu ve daha yüksek kilolu hastaların sağlığı için özellikle önemlidir. Obezite ile ilgili konularda uzmanlaşan profesyoneller arasında bile yüksek düzeyde ayrımcılığın varlığı gözlemlenmektedir ve son yıllarda kilolu kişilere karşı önyargı duygularını onaylayan davranışlar artmaktadır (Tomiyama ve ark. 2014). Sağlık hizmeti veren kişilerin bu ayrımcılığı obezitesi olan kişileri 'tembel', 'zayıf iradeli' ve 'kötü' gibi terimler de dahil olmak üzere olumsuz klişelerin onaylanmasını, bu hastalara

daha az saygı duyulmasını ve onları hasta olarak bildirme olasılığını kapsar (Phelan ve ark. 2015).

Bu damgalamanın, obezitesi olanlara sağlanan hizmetlerin kalitesi ve doğası üzerinde doğrudan ve gözlemlenebilir sonuçları vardır ve kilo damgasının daha kötü sağlık oranlarına katkıda bulunabileceği başka bir potansiyel soruna yol açması muhtemeldir. Daha yüksek BKİ'li erkek hastalar, doktorların daha düşük BKİ'li hastalarıyla harcadıkları zamana kıyasla kendileriyle daha az zaman harcadıklarını bildirmektedir. Ek olarak, doktorlar daha yüksek BKİ'li hastalara daha az sağlık eğitimi vermektedir (Hebl ve ark., 2003).

İletişim kalitesi açısından, daha yüksek kilolu hastalar, klinik ortamda hoş karşılanmadıkları veya değersizleştirildikleri, klinik ortamlarda sıklıkla görmezden gelindikleri ve kötü muamele gördüklerini bildirmektedir. Ayrıca obezitesi olan hastalar, sağlık profesyonellerinin kendilerini tedavi etmemeyi tercih edeceklerini düşünmektedirler (Hebl ve ark. 2003). Sonuç olarak, BKİ'si daha yüksek olan hastalar, damgalanmanın verdiği rahatsızlık nedeniyle sağlık hizmeti aramaktan kaçındıklarını bildirmektedir. Tıbbi bakım arasalar bile, hastalar birinci basamak sağlık hizmeti sağlayıcılarının kendilerini kilolarına göre değerlendirdiğini algıladıklarında, kilo verme girişimlerinin daha az başarılı olduğu görülmektedir (Gudzune ve ark. 2014).

Tıp uzmanları da kilo önyargısına sahiptir. BKİ'si daha yüksek olan tıp öğrencileri, klinik çalışmanın özellikle zorlayıcı olabileceğini ve daha yüksek BKİ'ye sahip olan kişilerin daha fazla depresif belirtiler ve alkol veya madde kötüye kullanımı rapor ettiğini bildirmektedir (Phelan ve ark. 2015).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırmada İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, birinci ve altıncı sınıf tıp öğrencilerine Ekim 2020 -Haziran 2021 tarihleri arasında anket uygulandı.

3.2. Araştırmanın Tipi

Araştırma kesitsel ve tanımlayıcıdır.

3.3. Araştırma Evreni ve Örneklemi

Araştırmamızın evrenini Cerrahpaşa Tıp Fakültesi birinci ve altıncı sınıf öğrencileri oluşturmaktadır. Örneklem ise Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nde araştırmaya katılmayı kabul eden ve ulaşılabilen birinci sınıf (n=37) ve altıncı sınıf (n=43) öğrencileri olmak üzere toplam 80 katılımcıdan oluşmaktadır.

Araştırmamıza alınma ölçütü İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi birinci ve altıncı sınıf öğrencisi olmak ve çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul edip ölçeği yapmak; dışlanma ölçütü ise çalışma anketi sorularından en az birini cevapsız bırakılması olarak kararlaştırılmıştır.

3.4. Araştırmanın Hipotezleri

H1: Tıp fakültesinde alınan eğitimin öğrencilerin, obezitesi olan kişilere karşı tutum ve davranışlarına etkisi yoktur.

H2: Obezitesi olan kişiler tıp fakültesi öğrencileri tarafından damgalanmaktadır.

H3: Kadın öğrenciler erkek öğrencilere göre beden ölçüleri ile ilgili daha fazla önyargılıdırlar.

H4: BKİ'si normalin üzerinde olan öğrenciler obezitesi olan kişileri kendilerine daha yakın hissetmektedir.

3.5.Araştırma Verilerinin Toplanması ve Değerlendirilmesi

Araştırmada yüz yüze eğitime ara verilmiş olup sanal eğitim yapıldığı için öğrencilere sanal ortamda bir ölçek gönderilmiş ve sonuçlarını paylaşmaları istenmiştir. Araştırmada Harvard Üniversitesi'nde geliştirilmiş olan ölçek uygulanmıştır (Weight

Implicit Association Test). Çalışmamızın amacı fakülte öğrencilerinin aldıkları tıp eğitiminin, obezitesi olan kişilere bakış açılarını nasıl etkilediğini değerlendirmektir.

Kullanılan ölçeğin ilk kısmında öğrencilerin yaş, boy, kilo, cinsiyet, BKİ değerleri istenmiştir. İkinci kısımda ise katılımcıların karşısına bazı resimler ya da yazılar getirilmiştir. Bu kısımda karşılarına çıkan resim ya da yazılara bağlı olarak hangi ifadeyi kendilerine yakın buldukları sorulmuştur. Tanımlamada iyi/kötü ya da zayıf/şişman tarzında ifadeler yer almıştır. Son kısımda ise yine zayıf/şişman kişilere karşı tutumlarını ölçmek için bazı sorular yöneltilmiştir (EK-1).

Veriler araştırmacı tarafından SPSS 22 istatistik paket programı ile analiz edilmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi olarak "$p < 0,05$" kabul edilmiştir. Anketteki sosyo-demografik değişkenlere ait tanımlayıcı veriler tablolaştırılıp yorumlanmıştır. Normal dağılıma uygunluk One Sample Kolmogrov Smirnov ve Spiro Wilk testleri ile değerlendirilmiştir. Veriler normal dağılım göstermediğinden non-parametrik hipotez testleri uygulanmıştır. Cinsiyet ve eğitim durumunu araştıran sorulara verilen cevaplara göre yapılan karşılaştırmalarda Mann Whitney-U testi anlamlılık düzeyi 0,05 olarak kabul edilmiştir. Eğitim dönemine göre yapılan karşılaştırmalarda Kruskall Wallis testi kullanılmıştır. Testin sonuçlarına göre farkın hangi grup ya da gruplardan kaynaklandığı Mann Whitney-U testi ile araştırılmıştır. Bonferroni düzeltmesi uygulanarak anlamlılık düzeyi 0,0125 olarak kabul edilmiştir (Dört farklı grup için test yapılırken her birinin kendi alfa yanılma yüzdesi olduğundan p değeri olan 0,05 dörde bölünmüştür).

4. BULGULAR

Bu çalışmaya İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nde birinci ve altıncı sınıflarda eğitim gören 80 öğrenci katılmıştır. Öğrencilerin yaş ortalaması 21,82±2,98 (18-27) yıldır. Öğrencilerin boy uzunluğu ortalaması 170,70±8,44 (153- 196) cm olup ortalama vücut ağırlıkları 60,00±13,70 (45-98) kg ve ortalama BKİ değerleri 22,08±3,00 (16,98-28,98) kg/m² dir (Tablo 4-1).

Tablo 4-1: Tüm Öğrencilerin Beden Ölçümlerinin Minimum, Maksimum, Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

	Yaş	**Boy**	**Kilo**	**BKİ**
Minimum	18,0	153,0	45,0	16,98
Maksimum	27,0	196,0	98,0	28,98
Ortalama	21,82	170,70	64,95	22,08
Standart sapma	2,98	8,44	13,70	3,00

Araştırmaya katılan öğrencilerin %46,3'ü (n=37) birinci sınıf öğrencisi; %53,8'i (n= 43) altıncı sınıf öğrencisidir (Tablo 4-2). Birinci sınıf öğrencilerinin yaş ortalaması 18,72±0,69 (min:18; max:20); altıncı sınıf öğrencilerinin yaş ortalaması 24,48±0,79 (min:23; max:27)'tür (Tablo 4-3).

Araştırmaya katılan öğrencilerinin %56,3'ü kadın öğrencilerden ve %43,8'i erkek öğrencilerden oluşuyor (Tablo 4-2). Birinci sınıf öğrenciler katılımcıların %46,3'ünü, altıncı sınıf öğrenciler ise %53,8'ini oluşturmaktadır (Tablo 4-3).

Öğrencilerin BKİ değerlerine göre %15'i (n=12) zayıf (BKİ 18,5'ten küçük), %58,8'i (n= 47) normal (BKI 18,5-24,0), %26,3'ü (n= 21) fazla kilolu grupta yer almaktadır (Tablo 4-2).

Tablo 4-2: Tüm Öğrencilerin Tanımlayıcı Özellikleri

		n	%
Cinsiyet	Kadın	45	56,3
	Erkek	35	43,8
Sınıf	Birinci	37	46,3
	Altıncı	43	53,8
BKI Kategorisi	Zayıf	12	15
	Normal	47	58,8
	Fazla kilolu	21	26,3
Yaş	18	15	18,8
	19	17	21,3
	20	5	6,3
	23	2	2,5
	24	23	28,7
	25	14	17,5
	26	3	3,8
	27	1	1,3

Tablo 4-3: Sınıflara Göre Cinsiyet Dağılımı

	1. Sınıf		**6.Sınıf**		**Toplam**	
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Kadın	21	26,25	24	30	45	56,25
Erkek	16	20	19	23,75	35	43,75
Toplam	37	46,25	43	53,75	80	100

Birinci sınıf öğrencilerinin BKİ kategorik dağılımına göre %18,9'u zayıf, %59,5'i normal, %21,6'sı fazla kiloludur. Altıncı sınıf öğrencilerinin %11,6'sı zayıf, %58,1'si normal, %30,3'ü fazla kiloludur (Tablo 4-4).

Tablo 4-4: Sınıflara Göre BKİ Kategorik Dağılımı

	Zayıf	**Normal**	**Fazla Kilolu**	**Toplam**
Birinci Sınıf	7	22	8	37
Altıncı Sınıf	5	25	13	43
Toplam	12	47	21	80

4.1. Sınıflara Göre Anket Cevapları

Tablo 4-5: Şişman İnsanlara Ne Kadar Sıcak ya da Soğuk Duygular Beslersiniz?

	Birinci Sınıf	Altıncı Sınıf	Toplam
Orta Soğuk	1	1	2
Neredeyse Soğuk	1	0	1
Az Soğuk	3	5	8
Ne Soğuk Ne Sıcak	14	28	42
Az Sıcak	6	2	8
Neredeyse Sıcak	3	1	4
Orta Sıcak	7	4	11
Çok Sıcak	0	1	1
Aşırı Sıcak	2	1	3
Toplam	37	43	80

Araştırmaya katılan birinci sınıf öğrencilerinin şişman insanlara bakış açışı yüzde olarak; %2,7 (n=1) orta soğuk, %2,7 (n=1) neredeyse soğuk, %8,1 (n=3) az soğuk, %37,8 (n= 14) ne soğuk ne sıcak, %16,2 (n=6) az sıcak, %8,1 (n=3) neredeyse sıcak, %18,9 (n=7) orta sıcak, %5,4 (n=2) aşırı sıcaktır (Tablo 4-5).

Altıncı sınıf öğrencilerinin şişman insanlara bakış açısı yüzde olarak dağılımı; %2,3 (n=1) orta soğuk, %11,6 (n=5) az soğuk, %65,1 (n=28) ne sıcak ne soğuk, %4,7 (n=2) az sıcak, %2,3 (n=1) neredeyse sıcak, %9,3 (n=4) orta sıcak, %2,3 (n=1) çok sıcak, %2,3 (n=1) aşırı sıcaktır (Tablo 4-5).

Birinci ve altıncı sınıf öğrencilerinin şişman insanlara bakış açısı dağılımı anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p<0,05$). Birinci ve altıncı sınıf öğrencilerinin verdikleri cevaplara göre en fazla dağılım ne soğuk ne sıcak yani nötr olarak gözlemlenmiştir.

Tablo 4-6: Zayıf İnsanlara Ne Kadar Sıcak ya da Soğuk Duygular Beslersiniz?

	Birinci Sınıf	Altıncı Sınıf	Toplam
Orta Soğuk	0	1	1
Az Soğuk	1	5	6
Ne Soğuk Ne Sıcak	16	28	44
Az Sıcak	8	2	10
Neredeyse Sıcak	4	1	5
Orta Sıcak	2	5	7
Çok Sıcak	4	1	5
Aşırı Sıcak	2	0	2
Toplam	37	43	80

Araştırmaya katılan birinci sınıf öğrencilerinin zayıf insanlara bakış açışının yüzde olarak; %2,7 (n=1) az soğuk, %43,2 (n= 16) ne soğuk ne sıcak, %21,6 (n=8) az sıcak, %10,8 (n=4) neredeyse sıcak, %5,4 (n=2) orta sıcak, %10,8 (n=4) çok sıcak, %5,4 (n=2) aşırı sıcaktır (Tablo 4-6).

Altıncı sınıf öğrencilerinin zayıf insanlara bakış açısının yüzde olarak dağılımı; %2,3 (n=1) orta soğuk, %11,6 (n=5) az soğuk, %65,1 (n=28) ne sıcak ne soğuk, %4,7 (n=2) az sıcak, %2,3 (n=1) neredeyse sıcak, %11,6 (n=5) orta sıcak, %2,3 (n=1) çok sıcaktır (Tablo 4-6).

Birinci ve altıncı sınıf öğrencilerinin zayıf insanlara bakış açısı dağılımı anlamlı bir farklılık göstermektedir ($p<0,05$) Birinci sınıf öğrenciler zayıf insanlara büyük çoğunlukla sıcak bakarken; altıncı sınıf öğrenciler zayıf insanlara büyük çoğunlukla nötr bakmaktadır ($p=0,017$)

Tablo 4-7: Hangi İfade Seni En İyi Tanımlar?

	Birinci Sınıf	Altıncı Sınıf	Toplam
Şişmanı Zayıfa Orta Derecede Tercih	0	2	2
Şişmanı Zayıfa Az Tercih	1	7	8
Şişman ve Zayıf Eşit Tercih	20	19	39
Zayıfı Şişmana Az Tercih	11	10	21
Zayıfı Şişmana Orta Derecede Tercih	1	4	5
Zayıfı Şişmana Güçlü Tercih	4	1	5
Toplam	37	43	80

Birinci sınıflarda hangi ifade seni en iyi tanımlar sorusuna verilen cevapların dağılımı; şişmanı zayıfa az tercih %2,7 (n=1), şişman ve zayıf eşit tercih %54,1 (n=20), zayıfı şişmana az tercih %29,7 (n=11), zayıfı şişmana orta derecede tercih %2,7 (n=1), zayıfı şişmana güçlü tercih %10,8 (n=4) tür (Tablo 4-7).

Altıncı sınıflarda hangi ifade seni en iyi tanımlar sorusuna verilen cevapların dağılımı; şişmanı zayıfa orta derecede tercih %4,7 (n=2), şişmanı zayıfa az tercih %16,3 (n=7), şişman ve zayıf eşit tercih %44,2 (n=19), zayıfı şişmana az tercih %23,3 (n=10), zayıfı şişmana orta derecede tercih %9,3 (n=4), zayıfı şişmana güçlü tercih %2,3 (n=1) tür (Tablo 4-7).

Birinci ve altıncı sınıf öğrencilerinin hangi ifade seni en iyi hangisi tanımlar sorusuna verilen cevapları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p \geq 0,05$). Birinci sınıf öğrencilerinin ve altıncı sınıf öğrencilerinin sıklıkla şişman ve zayıf insanları eşit tercih etmektedir.

Tablo 4-8: Kendinizi Zayıf İnsanlarla Ne Kadar Özdeşleştiriyorsunuz?

	Birinci Sınıf	Altıncı Sınıf	Toplam
Aşırı Yakın	4	2	6
Çok Yakın	5	10	15
Orta Derecede Yakın	1	12	13
Neredeyse Yakın	23	12	35
Hiç Yakın Değil	4	7	11
Toplam	37	43	80

Birinci sınıflarda kendinizi zayıf insanlarla ne kadar özdeşleştiriyorsunuz sorusuna verilen cevapların dağılımı; %10,8 aşırı yakın (n=4), %13,5 (n=5) çok yakın, %2,7 (n=1) orta derecede yakın, %62,2 (n=23) neredeyse yakın, %10,8 (n=4) hiç yakın değildir (Tablo 4-8).

Altıncı sınıflarda kendinizi zayıf insanlarla ne kadar özdeşleştiriyorsunuz sorusuna verilen cevapların dağılımı; %4,7 aşırı yakın (n=2), %23,3 (n=10) çok yakın, %27,9 (n=12) orta derecede yakın, %27,9 (n=12) neredeyse yakın, %16,3 (n=7) hiç yakın değildir (Tablo 4-8).

Birinci ve altıncı sınıf öğrencilerinin kendinizi zayıf insanlarla ne kadar özdeşleştiriyorsunuz sorusuna verilen cevapları arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Birinci sınıf öğrencilerinin ve altıncı sınıf öğrenciler sıklıkla zayıf insanlara kendini yakın bulurken; altıncı sınıf öğrencilerinin tercihleri arasındaki dağılım daha yakındır ($p=0,004$).

Tablo 4-9: Kendinizi Şişman İnsanlarla Ne Kadar Özdeşleştiriyorsunuz?

	Birinci Sınıf	**Altıncı Sınıf**	**Toplam**
Aşırı Yakın	3	0	3
Çok Yakın	2	7	9
Orta Derecede Yakın	1	11	12
Neredeyse Yakın	20	14	34
Hiç Yakın Değil	11	11	22
Toplam	37	43	80

Birinci sınıflarda kendinizi şişman insanlarla ne kadar özdeşleştiriyorsunuz sorusuna verilen cevapların dağılımı; %8,1 aşırı yakın (n=3), %5,4 (n=2) çok yakın, %2,7 (n=1) orta derecede yakın, %54,1 (n=20) neredeyse yakın, %29,7 (n=11) hiç yakın değildir (Tablo 4-9).

Altıncı sınıflarda kendinizi şişman insanlarla ne kadar özdeşleştiriyorsunuz sorusuna verilen cevapların dağılımı; %16,3 (n=7) çok yakın, %25,6 (n=11) orta derecede yakın, %32,6 (n=14) neredeyse yakın, %25,6 (n=11) hiç yakın değildir (Tablo 4-9).

Birinci ve altıncı sınıf öğrencilerinin kendinizi şişman insanlarla ne kadar özdeşleştiriyorsunuz sorusuna verilen cevapları arasında anlamlı bir farklılık

bulunmuştur (p<0,05). Birinci sınıf öğrencilerinin ve altıncı sınıf öğrencilerinin sıklıkla kendilerini şişman insanlarla neredeyse yakın hissetmektedir (p=0,005).

Tablo 4-10: Eğer İsterseniz 3-5 Kilogram Vermek Ne Kadar Zor Olurdu?

	Birinci Sınıf	Altıncı Sınıf	Toplam
Çok Zor	4	3	7
Orta Derecede Zor	0	11	11
Neredeyse Zor	17	17	34
Neredeyse Kolay	4	8	12
Orta Derecede Kolay	3	1	4
Çok Kolay	9	3	12
Toplam	37	43	80

Birinci sınıflarda eğer isterseniz 3-5 kilogram vermek ne kadar zor olurdu sorusuna verilen cevapların dağılımı; %10,8 çok zor (n=4), %45,9 (n=17) neredeyse zor, %10,8 (n=4) neredeyse kolay, %8,1 (n=3) orta derecede kolay, %24,3 (n=9) çok kolaydır (Tablo 4-10).

Altıncı sınıflarda eğer isterseniz 3-5 kilogram vermek ne kadar zor olurdu sorusuna verilen cevapların dağılımı; %7 çok zor (n=3), %39,5 (n=17) neredeyse zor, %18,6 (n=8) neredeyse kolay, %2,3 (n=1) orta derecede kolay, %7 (n=3) çok kolaydır (Tablo 4-10).

Birinci ve altıncı sınıf öğrencilerinin eğer isterseniz 3-5 kilogram vermek ne kadar zor olurdu sorusuna verilen cevapları arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur (p<0,05). Birinci sınıf ve altıncı sınıf öğrencileri sıklıkla bu soruya neredeyse zor cevabını vermiştir (p=0,007).

Tablo 4-11: Kilonuz Kimliğiniz Açısından Ne Kadar Önemlidir?

	Birinci Sınıf	Altıncı Sınıf	Toplam
Aşırı Önemli	4	2	6
Çok Önemli	3	6	9
Orta Derecede Önemli	6	9	15
Az Önemli	20	18	38
Hiç Önemli Değil	4	8	12
Toplam	37	43	80

Birinci sınıflarda kilonuz kimliğiniz açısından ne kadar önemli sorusuna verilen cevapların dağılımı; %10,8 (n=4) aşırı önemli, %8,1 (n=3) çok önemli, %16,2 (n=6) orta derecede önemli, %54,1 (n=20) az önemli, %10,8 (n=4) hiç önemli değil olmuştur (Tablo 4-11).

Altıncı sınıflarda kilonuz kimliğiniz açısından ne kadar önemli sorusuna verilen cevapların dağılımı; %4,7 (n=2) aşırı önemli, %14 (n=6) çok önemli, %20,9 (n=9) orta derecede önemli, %41,9 (n=18) az önemli, %18,6 (n=8) hiç önemli değil olmuştur (Tablo 4-11).

Birinci ve altıncı sınıf öğrencilerinin kilonuz kimliğiniz açısından ne kadar önemli sorusuna verilen cevapları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p \geq 0,05$). Birinci sınıf öğrencileri ve altıncı sınıf öğrencileri en fazla kilonun kimlik üzerinde az önemli olduğunu söylemiştir ($p=0,513$).

Tablo 4-12: Çoğunluk 'Şişman İnsanları Zayıf İnsanlara Tercih' Mi Ediyor?

	Birinci Sınıf	Altıncı Sınıf	Toplam
Zayıfı Şişmana Güçlü Tercih	16	3	19
Zayıfı Şişmana Orta Derecede Tercih	0	4	4
Zayıfı Şişmana Az Tercih	12	15	27
Zayıfı ve Şişman Eşit Tercih	6	14	20
Şişmanı Zayıfa Az Tercih	1	4	5
Şişmanı Zayıfa Orta Derecede Tercih	0	3	3
Şişmanı Zayıfa Güçlü Tercih	2	0	2
Toplam	37	43	80

Birinci sınıflarda çoğunluk şişman insanları zayıf insanlara tercih mi ediyor sorusuna verilen cevapların dağılımı; %43,2 (n=16) zayıfı şişmana güçlü tercih, %32,4 (n=12) zayıfı şişmana az tercih, %16,2 (n=6) zayıf ve şişman eşit tercih, %2,7 (n=1) şişmanı zayıfa az tercih, %5,4 (n=2) şişmanı zayıfa güçlü tercih olmuştur (Tablo 4-12).

Altıncı sınıflarda çoğunluk şişman insanları zayıf insanlara tercih mi ediyor sorusuna verilen cevapların dağılımı; %7 (n=3) zayıfı şişmana güçlü tercih, %9,3 (n=4) zayıfı şişmana az tercih, %34,9 (n=15) zayıf ve şişman eşit tercih, %32,6 (n=14) şişmanı zayıfa az tercih, %9,3 (n=4) şişmanı zayıfa güçlü tercih olmuştur (Tablo 4-12).

Birinci ve altıncı sınıf öğrencilerinin çoğunluk şişman insanları zayıf insanlara tercih mi ediyor sorusuna verilen cevapları arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Birinci sınıf öğrencileri en fazla zayıfı şişmana güçlü bir tercih olduğunu düşünürken; altıncı sınıf öğrencileri en fazla zayıfı şişmana az tercih olduğunu düşünmektedir. Her iki grupta da zayıfı şişmana tercihin daha fazla olduğunu düşündükleri görülmektedir ($p\leq0,001$).

Tablo 4-13: İnsanların Kiloları Üzerinde Ne Kadar Kontrolleri Vardır?

	Birinci Sınıf	Altıncı Sınıf	Toplam
Biraz Kontrolleri Var	16	13	29
Orta Kontrolleri Var	0	20	20
Oldukça Kontrolleri Var	18	10	28
Çok Kontrolleri Var	3	0	3
Toplam	37	43	80

Birinci sınıflarda insanların kiloları üzerinde ne kadar kontrolleri vardır sorusuna verilen cevapların dağılımı; %43,2 (n=16) biraz kontrolleri var, %48,6 (n=18) oldukça kontrolleri var, %8,1 (n=3) çok kontrolleri var olmuştur (Tablo 4-13).

Altıncı sınıflarda insanların kiloları üzerinde ne kadar kontrolleri vardır sorusuna verilen cevapların dağılımı; %30,2 (n=13) biraz kontrolleri var, %46,5 (n=20) orta kontrolleri var, %23,3 (n=10) oldukça kontrolleri var olmuştur (Tablo 4-13).

Birinci ve altıncı sınıf öğrencilerinin insanların kiloları üzerinde ne kadar kontrolleri vardır sorusuna verilen cevapları arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Birinci sınıf öğrencileri en fazla insanların kiloları üzerinde oldukça kontrolleri olduğunu düşünürken; altıncı sınıf öğrencileri en fazla insanların kiloları üzerinde orta kontrolleri olduğunu düşünmektedir ($p\leq0,001$).

Tablo 4-14: Başka İnsanlara Göre Kilom

	Birinci Sınıf	Altıncı Sınıf	Toplam
Orta Derecede Şişmanım	0	2	2
Az Şişmanım	11	13	24
Ne Şişmanım Ne Zayıf	12	18	30
Az Zayıfım	10	3	13
Orta Derecede Zayıfım	1	6	7
Aşırı Zayıfım	3	1	4
Toplam	37	43	80

Birinci sınıflarda başka insanlara göre kiloları hakkındaki düşüncelerinin dağılımı; %29,7 (n=11) az şişmanım, %32,4 (n=12) ne şişmanım ne zayıfım, %27 (n=10) az zayıfım, %2,7 (n=1) orta derecede zayıfım, %8,1 (n=3) aşırı zayıfım olmuştur (Tablo 4-14).

Altıncı sınıflarda başka insanlara göre kiloları hakkındaki düşüncelerinin dağılımı; %4,7 (n=2) orta derecede şişmanım, %30,2 (n=13) az şişmanım, %41,9 (n=18) ne şişmanım ne zayıfım, %7 (n=3) az zayıfım, %14 (n=6) orta derecede zayıfım, %2,3 (n=1) aşırı zayıfım olmuştur (Tablo 4-14).

Birinci ve altıncı sınıf öğrencilerinin başka insanlara göre kiloları hakkındaki düşüncelerinin arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p \geq 0,05$). Birinci ve altıncı sınıf öğrenciler en fazla ne şişmanım ne zayıfım cevabını vermiştir ($p = 0,045$).

Tablo 4-15: Şu Anki Kilom

	Birinci Sınıf	**Altıncı Sınıf**	**Toplam**
Orta Derecede Kiloluyum	0	1	1
Az Kiloluyum	10	15	25
Ne Kiloluyum Ne Zayıfım	18	19	37
Az Zayıfım	5	7	12
Orta Derecede Zayıfım	1	1	2
Aşırı Zayıfım	3	0	3
Toplam	37	43	80

Birinci sınıflarda şu anki kiloları hakkındaki düşüncelerinin dağılımı; %27 (n=10) az kiloluyum, %48,6 (n=18) ne kiloluyum ne zayıfım, %13,5 (n=5) az zayıfım, %2,7 (n=1) orta derecede zayıfım, %8,1 (n=3) aşırı zayıfım olmuştur (Tablo 4-15).

Altıncı sınıflarda şu anki kiloları hakkındaki düşüncelerinin dağılımı; %2,3 (n=1) orta derecede zayıfım, %34,9 (n=15) az kiloluyum, %44,2 (n=19) ne kiloluyum ne zayıfım, %16,3 (n=7) az zayıfım, %2,3 (n=1) orta derecede zayıfım olmuştur (Tablo 4-15).

Birinci ve altıncı sınıf öğrencilerinin kilonuz üstünde ne kadar kontrolünüz var sorusuna verilen cevapları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (p≥0.05) Birinci ve altıncı sınıf öğrenciler en fazla ne şişmanım ne zayıfım cevabını vermiştir (p=0,423).

Tablo 4-16: Başkalarına Kıyasla Kilom

	Birinci Sınıf	Altıncı Sınıf	Toplam
Aşırı Kiloluyum	0	1	1
Orta Derecede Kiloluyum	0	2	2
Az Kiloluyum	13	9	22
Ne Kiloluyum Ne Zayıfım	12	18	30
Az Zayıfım	38	7	15
Orta Derecede Zayıfım	1	5	6
Aşırı Zayıfım	3	1	4
Toplam	37	43	80

Birinci sınıflarda başkalarına kıyasla kiloları hakkındaki düşüncelerinin dağılımı; %35,1 (n=13) az kiloluyum, %32,4 (n=12) ne kiloluyum ne zayıfım, %21,6 (n=8) az zayıfım, %2,7 (n=1) orta derecede zayıfım, %8,1 (n=3) aşırı zayıfım olmuştur (Tablo 4-16).

Altıncı sınıflarda başkalarına kıyasla kiloları hakkındaki düşüncelerinin dağılımı; %2,3 (n=1) aşırı kiloluyum, %4,7 (n=2) orta derecede kiloluyum, %20,9 (n=9) az kiloluyum, %41,9 (n=18) ne kiloluyum ne zayıfım, %16,3 (n=7) az zayıfım, %11,6 (n=5) orta derecede zayıfım, %2,3 (n=1) aşırı zayıfım olmuştur (Tablo 4-16).

Birinci ve altıncı sınıf öğrencilerinin başkalarına kıyasla kiloları hakkındaki düşünceleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (p≥0.05). Birinci ve altıncı sınıf öğrenciler en fazla ne şişmanım ne zayıfım cevabını vermiştir (p=0,220).

4.2. BKİ'ye Göre Soruların Cevapları

Şişman insanlara ne kadar sıcak ya da soğuk duygular besliyorsunuz sorusuna BKI kategorik sınıflandırmaya göre verilen cevaplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Tablo 4-17: Zayıf İnsanlara Ne Kadar Sıcak ya da Soğuk Duygular Beslersiniz?

	BKİ Kategori			Toplam
	Zayıf	Normal	Fazla Kilolu	
Orta Soğuk	1	0	0	1
Az Soğuk	0	2	4	6
Ne Soğuk Ne Sıcak	5	29	10	44
Az Sıcak	2	6	2	10
Neredeyse Sıcak	3	2	0	5
Orta Sıcak	0	5	2	7
Çok Sıcak	0	3	2	5
Aşırı Sıcak	1	0	1	2
Toplam	12	47	21	80

Beden kütle indeksi kategorik sınıflandırmaya göre zayıf insanlara ne kadar sıcak ya da soğuk duygular beslersiniz sorusuna tüm öğrencilerin verdikleri cevapların dağılımı; %1,3 (n=1) orta soğuk, %7,5 (n=6) az soğuk, %55 (n= 44) ne soğuk ne sıcak, %12,5 (n=10) az sıcak, %6,3 (n=5) neredeyse sıcak, %8,8 (n=7) orta sıcak, %6,3 (n=5) çok sıcak, %2,5 (n=2) aşırı sıcaktır (Tablo 4-17).

Kategorik sınıflandırmaya göre zayıf olan öğrencilerin zayıf insanlara ne kadar sıcak ya da soğuk duygular beslersiniz sorusuna verdikleri cevapların yüzde olarak dağılımı; %8,3 (n=1) orta soğuk, %41,7 (n=5) ne sıcak ne soğuk, %16,7 (n=2) az sıcak, %25 (n=3) neredeyse sıcak, %8,3 (n=1) aşırı sıcaktır (Tablo 4-17).

Normal kiloda olan öğrencilerin zayıf insanlara ne kadar sıcak ya da soğuk duygular beslersiniz sorusuna verdikleri cevapların dağılımı; %4,3 (n=2) az soğuk, %61,7 (n=29) ne sıcak ne soğuk, %12,8 (n=6) az sıcak, %4,3 (n=2) neredeyse sıcak, %10,6 (n=5) orta sıcak, %6,4 (n=3) çok sıcaktır (Tablo 4-17).

Fazla kilolu olan öğrencilerin zayıf insanlara ne kadar sıcak ya da soğuk duygular beslersiniz sorusuna verdikleri cevapların dağılımı; %19 (n=4) az soğuk, %47,6 (n=10) ne sıcak ne soğuk, 9,5 (n=2) az sıcak, %9,5 (n=2) orta sıcak, %9,5 (n=2) çok sıcak, %4,8 (n=1) aşırı sıcaktır (Tablo 4-17).

Kategorik sınıflandırmaya göre zayıf insanlara karşı nasıl duygular beslersiniz sorusuna verilen cevaplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur (p<0,05).

Tablo 4-18: Hangi İfade Seni En İyi Tanımlar?

	BKİ Kategori			Toplam
	Zayıf	Normal	Fazla Kilolu	
Şişmanı Zayıfa Orta Derecede Tercih	1	1	0	2
Şişmanı Zayıfa Az Tercih	0	3	5	8
Şişman ve Zayıf Eşit Tercih	5	25	9	39
Zayıfı Şişmana Az Tercih	2	15	4	21
Zayıfı Şişmana Orta Derecede Tercih	1	2	2	5
Zayıfı Şişmana Güçlü Tercih	3	1	1	5
Toplam	12	47	21	80

Kategorik sınıflandırmaya göre zayıf olan öğrencilerin hangisi seni en iyi tanımlar sorusuna verilen cevapların dağılımı; şişmanı zayıfa az tercih %8,3 (n=1), şişman ve zayıf eşit tercih %41,7 (n=5), zayıfı şişmana az tercih %16,7 (n=2), zayıfı şişmana orta derecede tercih %8,3 (n=1), zayıfı şişmana güçlü tercih %25 (n=3) tir (Tablo 4-18).

Normal kiloda olan öğrencilerden hangisi seni en iyi tanımlar sorusuna verilen cevapların dağılımı; şişmanı zayıfa orta derecede tercih %2,1 (n=1), şişmanı zayıfa az tercih %6,4 (n=3), şişman ve zayıf eşit tercih %53,2 (n=25), zayıfı şişmana az tercih %31,9 (n=15), zayıfı şişmana orta derecede tercih %4,3 (n=2), zayıfı şişmana güçlü tercih %2,1 (n=1) dir (Tablo 4-18).

Fazla kilolu olan öğrencilerin hangisi seni en iyi tanımlar sorusuna verdikleri cevapların dağılımı; %23,8 (n=5) şişmanı zayıfa az tercih, %42,9 (n=9) şişman ve zayıf eşit tercih, %19 (n=4) zayıfı şişmana orta derecede tercih, %9,5 (n=2) zayıfı şişmana güçlü tercih, %4,8 (n=1) zayıfı şişmana güçlü tercihtir (Tablo 4-18).

BKİ kategorik sınıflandırmaya göre seni en iyi hangisi tanımlar sorusuna verilen cevapları arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur (p<0,05).

Tablo 4-19: Kilonuz Kimliğiniz Açısından Ne Kadar Önemlidir?

	BKİ Kategori			Toplam
	Zayıf	Normal	Fazla Kilolu	
Aşırı Önemli	2	1	3	6
Çok Önemli	3	6	0	9
Orta Derecede Önemli	1	12	2	15
Az Önemli	3	20	15	38
Hiç Önemli Değil	3	8	1	12
Toplam	12	47	21	80

BKİ kategorik sınıflandırmaya göre kilonuz kimliğiniz açısından ne kadar önemli sorusuna zayıf olan öğrencilerin verdikleri cevapların dağılımı; %2,1 (n=1) aşırı önemli, %12,8 (n=6) çok önemli, %25,5 (n=12) orta derecede önemli, %42,6 (n=20) az önemli, %17 (n=8) hiç önemli değil olmuştur (Tablo 4-19).

Normal kiloda olan öğrencilerin kilonuz kimliğiniz açısından ne kadar önemli sorusuna verilen cevapların dağılımı; %2,1 (n=1) aşırı önemli, %12,8 (n=6) çok önemli, %25,5 (n=12) orta derecede önemli, %42,6 (n=20) az önemli, %17 (n=8) hiç önemli değil olmuştur (Tablo 4-19).

Fazla kilolu olan öğrencilerin kilonuz kimliğiniz açısından ne kadar önemlidir sorusuna verdikleri cevapların dağılımı; %14,3 (n=3) aşırı önemli, %9,5 (n=2), %71,4 (n=15) az önemli, %4,8 (n=1) hiç önemli değildir (Tablo 4-19).

BKİ kategorik sınıflandırmaya göre kilonuz kimliğiniz açısından ne kadar önemli sorusuna verilen cevaplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 4-20: Başka İnsanlara Göre Kilom

	BKİ Kategori			Toplam
	Zayıf	Normal	Fazla Kilolu	
Orta Derecede Şişmanım	0	0	2	2
Az Şişmanım	0	10	14	24
Ne Şişmanım Ne Zayıfım	1	24	5	30
Az Zayıfım	7	6	0	13
Orta Derecede Zayıfım	1	6	0	7
Aşırı Zayıfım	3	1	0	4
Toplam	12	47	21	80

Zayıf olan öğrencilerin başka insanlara göre kiloları hakkındaki düşüncelerinin dağılımı; %8,3 (n=1) ne şişmanım ne zayıfım, %58,3 (n=7) az zayıfım, %8,3 (n=1) orta derecede zayıfim, %25 (n=3) aşırı zayıfim olmuştur (Tablo 4-20).

Normal kiloda olan öğrencilerin başka insanlara göre kiloları hakkındaki düşüncelerinin dağılımı; %21,3 (n=10) az şişmanım, %51,1 (n=24) ne şişmanım ne zayıfım, %12,8 (n=6) az zayıfim, %12,8 (n=6) orta derecede zayıfim, %2,1 (n=1) aşırı zayıfım olmuştur (Tablo 4-20).

Fazla kilolu olan öğrencilerin başka insanlara göre kiloları hakkındaki düşüncelerinin dağılımı; %9,5 (n=2) orta derecede şişmanım, %66,7 (n=14) az şişmanım, %23,8 (n=5) ne şişmanım ne zayıfım olmuştur (Tablo 4-20).

BKİ kategorik sınıflandırmaya göre öğrencilerin kilonuz üstünde ne kadar kontrolünüz var sorusuna verilen cevapları arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 4-21: Şu Anki Kilom

	BKİ Kategori			Toplam
	Zayıf	Normal	Fazla Kilolu	
Orta Derecede Kiloluyum	0	0	1	1
Az Kiloluyum	0	9	16	25
Ne Kiloluyum Ne Zayıfım	4	29	4	37
Az Zayıfım	4	8	0	12
Orta Derecede Zayıfım	2	0	0	2
Aşırı Zayıfım	2	1	0	3
Toplam	12	47	21	80

Zayıf olan öğrencilerin şu anki kiloları hakkındaki düşüncelerinin dağılımı; %33,3 (n=4) ne kiloluyum ne zayıfım, %33,3 (n=4) az zayıfım, %16,7 (n=2) orta derecede zayıfım, %16,7 (n=2) aşırı zayıfım olmuştur (Tablo 4-21).

Normal kiloda olan öğrencilerden şu anki kiloları hakkındaki düşüncelerinin dağılımı; %19,1 (n=9) az kiloluyum, %61,7 (n=29) ne kiloluyum ne zayıfım, %17 (n=8) az zayıfım, %2,1 (n=1) aşırı zayıfım olmuştur (Tablo 4-21).

Fazla kilolu olan öğrencilerden şu anki kiloları hakkındaki düşüncelerinin dağılımı; %4,8 (n=1), %76,2 (n=16) az kiloluyum, %19 (n=4) ne kiloluyum ne zayıfım olmuştur (Tablo 4-21).

BKİ kategorik sınıflandırmaya göre öğrencilerin şu anki kiloları hakkındaki düşüncelerinin dağılımı arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 4-22: Başkalarına Kıyasla Kilom

	BKİ Kategori			Toplam
	Zayıf	Normal	Fazla Kilolu	
Aşırı Kiloluyum	0	0	1	1
Orta Derecede Kiloluyum	0	0	2	2
Az Kiloluyum	1	12	9	22
Ne Kiloluyum Ne Zayıfım	1	20	9	30
Az Zayıfım	5	10	0	15
Orta Derecede Zayıfım	3	3	0	6
Aşırı Zayıfım	2	2	0	4
Toplam	12	47	21	80

Zayıf olan öğrencilerde başkalarına kıyasla kiloları hakkındaki düşüncelerinin dağılımı; %8,3 (n=1) az kiloluyum, %8,3 (n=1) ne kiloluyum ne zayıfım, %41,7 (n=5) az zayıfım, %25(n=3) orta derecede zayıfım, %16,7 (n=2) aşırı zayıfım olmuştur (Tablo 4-22).

Normal kiloda olan öğrencilerin şu anki kiloları hakkındaki düşüncelerinin dağılımı; %25,5 (n=12) az kiloluyum, %42,6 (n=20) ne kiloluyum ne zayıfım, %21,3 (n=10) az zayıfım, %6,4 (n=3) orta derecede zayıfım, %4,3 (n=2) aşırı zayıfım olmuştur (Tablo 4-22).

Fazla kilolu olan öğrencilerde görüştüğüm pek çok insana kıyasla kendi kiloları hakkındaki düşüncelerinin dağılımı; %4,8 (n=1) aşırı kiloluyum, %9,5 (n=2) orta derecede kiloluyum, %42,9 (n=9) az kiloluyum, %42,9 (n=9) ne kiloluyum ne zayıfım olmuştur (Tablo 4-22).

BKİ kategorik sınıflandırmaya göre öğrencilerin başkalarına kıyasla kiloları hakkındaki düşünceleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$).

4.3. Cinsiyete Göre Cevaplar

Tablo 4-23: Hangi İfade Seni En İyi Tanımlar?

	Kadın	Erkek	Toplam
Şişmanı Zayıfa Orta Derecede Tercih	1	1	2
Şişmanı Zayıfa Az Tercih	1	7	8
Şişman ve Zayıf Eşit Tercih	22	17	39
Zayıfı Şişmana Az Tercih	12	9	21
Zayıfı Şişmana Orta Derecede Tercih	4	1	5
Zayıfı Şişmana Güçlü Tercih	5	0	5
Toplam	45	35	80

Kadın öğrencilerden hangi ifade seni en iyi tanımlar sorusuna verilen cevapların dağılımı; şişmanı zayıfa orta derecede tercih %2,2 (n=1), şişman ve zayıf az tercih %2,2 (n=1), şişman ve zayıf eşit tercih %48,9 (n=22), zayıfı şişmana az tercih %26,7 (n=12), zayıfı şişmana orta derecede tercih %8,9 (n=4), zayıfı şişmana güçlü tercih %11,1 (n=5) dir (Tablo 4-23).

Erkek öğrencilerde hangi ifade seni en iyi tanımlar sorusuna verilen cevapların dağılımı; şişmanı zayıfa orta derecede tercih %2,9 (n=1), şişmanı zayıfa az tercih %20 (n=7), şişman ve zayıf eşit tercih %48,6 (n=17), zayıfı şişmana az tercih %25,7 (n=9), zayıfı şişmana orta derecede tercih %2,9 (n=1) dur (Tablo 4-23)

Cinsiyete göre öğrencilerin seni en iyi hangisi tanımlar sorusuna verilen cevapları arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 4-24:Eğer İsterseniz 3-5 Kilo Vermek Ne Kadar Zor Olurdu?

	Kadın	Erkek	Toplam
Çok Zor	7	0	7
Orta Derecede Zor	4	7	11
Neredeyse Zor	21	13	34
Neredeyse Kolay	9	3	12
Orta Derecede Kolay	2	2	4
Çok Kolay	2	10	12
Toplam	37	43	80

Kadın öğrencilerde eğer isterseniz 3-5 kilo vermek ne kadar zor olurdu sorusuna verilen cevapların dağılımı; %15,6 çok zor (n=7), %8,9 (n=4) orta derecede zor, %46,7 (n=21) neredeyse zor, %20 (n=9) neredeyse kolay, %4,4 (n=2) orta derecede kolay, %4,4 (n=2) çok kolaydır (Tablo 4-24)

Erkek öğrencilerde eğer isterseniz 3-5 kilo vermek ne kadar zor olurdu sorusuna verilen cevapların dağılımı; %20 (n=7) orta derecede zor, %37,1 (n=13) neredeyse zor, %8,6 (n=3) neredeyse kolay, %5,7 (n=2) orta derecede kolay, %28,6 (n=10) çok kolaydır (Tablo 4-24).

Cinsiyete göre öğrencilerin seni en iyi hangisi tanımlar sorusuna verilen cevapları arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$).

5. TARTIŞMA

Obezite hem ülkemizde hem dünyada çok yaygın olarak karşılaşılan bir sağlık problemi olarak görülmektedir. Obezitesi olan kişiler her yaştan, cinsiyetten ya da farklı sosyoekonomik sınıflara dahil olarak karşımıza çıkmaktadır ve obezitenin hem çevresel hem de genetik etmenlere bağlı ortaya çıkabileceği yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (Bilge ve Çam 2010; Onat 2017; Wahba ve Mak 2007).

Obezite aynı zamanda tedavi edilebilir ve önlenebilir de bir hastalıktır. Obezitenin kendisinden daha büyük olan bir tehlike ise obezitesi olan kişilere olan bakış açısıdır. Obezitesi olan kişilerin toplum tarafından, işyerlerinde, sağlık çalışanları tarafından damgalanması onların tedavi sürecine olan katılımlarını olumsuz etkilemekte ve çözümsüz bırakılmaktadır. Obezitesi olan kişilere karşı damgalama ve ayrımcılığın bu kadar fazla olmasına rağmen; bu konu yeterince önemsenmemektedir (Puhl ve Heuer 2010; Budd ve ark. 2011; Wee ve ark. 2012).

Yıllar boyunca değişen beden algıları, her dönem yaratılan mükemmel bedende olma çabaları nedeniyle insanlar belli kalıplara maruz bırakılmıştır. Günümüzde kapitalist düzenin dayatmış olduğu ve hızla gelişen ulaşılabilen medya, reklamlar insanların bedenleri üzerinde kontrolleri olması gerektiği ve zayıf olması gerektiği yönünde dayatmalara neden olmuştur. Bu dayatmalar toplumun beklentisine uymayan bedenlere sahip olan kişilerin dışlanmasına ve bu kişilerin ayrımcılığa maruz kalmalarına neden olmaktadır (Wang ve ark. 2004; Balcıoğlu ve Başer 2008).

Obezitesi olan kişilerin tedaviye katılımı ve sürecin verimliliği açısından sağlık çalışanlarına büyük görevler düşmektedir. Sağlık çalışanlarının, özellikle doktorların, obezitesi olan kişilere karşı tutumu oldukça önemlidir. Daha önce yapılan çalışmalarda sağlık çalışanlarının da obezitesi olan bireylere yönelik bu duruma neden olduğu görülmüştür (Puhl ve Brownell 2006). Biz de bu çalışmamızı ileride sağlık alanının en önemli parçalarından biri olacak doktorların, eğitim sürecinde bu konuyla ilgili nasıl bir bakış açısı geliştirdiğini, alınan eğitimin obezitesi olan kişilere bakış açısını etkileyip etkilemediğini değerlendirmek ve bununla ilgili önerilerde bulunmak amacıyla yaptık.

Yapılan çalışmalarda, sağlık profesyonellerinin de obezitesi olan kişilere karşı ayrımcı ve önyargılı davranışlar uyguladığı görülmektedir. Bu konuda farklı çalışmalar mevcuttur ancak obezite önyargısını belirlemek amacıyla yapılan araştırmalarda değişik

ölçekler kullanılmıştır ve bu durum çalışmaların belli kısıtlamalara neden olduğu görülmektedir.

Hemşirelik ile Beslenme ve Diyetetik bölümünden toplam 157 son sınıf öğrencisi ile gerçekleştirilen bir çalışmada bilgi formu ve GAMS-27 Obezite Önyargı Ölçeği kullanılarak veriler toplanmıştır. Her iki bölümde de öğrencilerin yaş ortalamaları benzer olmakla birlikte GAMS-27 Obezite Önyargı Ölçeği puanı Hemşirelik bölümü öğrencileri için 79,97±11,45, Beslenme ve Diyetetik bölümü öğrencileri için 76,58±10,26 puan elde edilmiş olup, iki bölümdeki öğrencilerin puanları arasında belirgin bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Çalışmaya katılan öğrenciler kullanılan ölçeğe göre obezitesi olan kişilere karşı önyargıya eğilimli bulunmuştur ve bu önyargı hemşirelik bölümü öğrencileri için daha fazla olsa da bölümler arasında belirgin bir farklılık bulunmamıştır (Hemşirelik bölümü %51,6; Beslenme ve Diyetetik bölümü %58,2) (Uyanık ve ark. 2020). Benzer şekilde beslenme ve diyetetik bölümü öğrencileri ve diyetisyenler için yapılan bir çalışmada da diyetisyenlerin (n=234) ve öğrencilerin (n=64) obeziteye yönelik tutumlarının her iki grup tarafından olumsuz olduğu bildirilmiş ve obeziteye karşı daha fazla olumsuz tutum ifade eden kişilerin, kendilerini "sağlıklı kilolu" olarak değerlendirdiği kaydedilmiştir (Cotugna ve Mallick 2010). Bizim çalışmamızda da benzer şekilde birinci ve altıncı sınıflar arasında obezitesi olan kişilere karşı ayrımcı ve önyargılı düşüncelerin olduğu görülmekte ve her iki grup arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. BKİ'si daha yüksek olan kişilerin obezitesi olan kişilere karşı daha az önyargılı olduğu ve obezitesi olan kişileri kendilerine daha yakın gördüğü de görülmektedir.

Çalışmamıza katılan öğrencilerin çoğunluğu kişilerin kilo kontrolü üzerinde etkisi olduğunu düşünmektedir. Bu durum büyük olasılıkla bu kişilerin iradesiz ve başarısız olduğuna dair bir önyargıya sebep olmaktadır. Oysa obezitenin birden fazla sebebi olduğunu yapılan çalışmalar göstermektedir.

Aynı çalışmada öğrencilerin obezite önyargısı ile ilgili öz değerlendirmelerine göre, kendisini obeziteye karşı önyargısız olarak tanımlayan öğrencilerin GAMS-27 ölçek puan ortalaması, önyargılı olarak tanımlayanlardan yüksektir. Her iki bölümdeki öğrencilerin cinsiyet, kendi vücut ağırlığını tanımlama durumu, yaşamında kendini şişman bulduğu bir dönemin varlığı ve ailede şişmanlık öyküsü varlığına göre GAMS-27 ölçek puanları farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Hemşirelik bölümünde BKİ'si zayıf olan öğrencilerin GAMS-27 ölçek puanları daha yüksektir. Araştırma bulgularına göre,

öğrenciler obeziteye karşı önyargıya eğilimlidir (Uyanık ve ark. 2020). Diğer bir çalışmada kendilerini kilo açısından farklı değerlendiren diyetisyenlerin obeziteye karşı bakış açısı arasında anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir (Cotugna ve Mallick 2010). Bizim çalışmamızda BKİ'ye göre kategorik sınıflandırma yapıldığında zayıf, normal ve fazla kilolu öğrencilerin şu anki kiloları hakkındaki düşünceleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Bu verilere göre başkalarına kıyasla kendi beden ölçülerinin farkında oldukları ve kendilerini beden ölçülerine uyumlu olarak, oldukları kiloda hissettikleri görülmektedir.

C. Allyson Jones & Mary Forhan'ın yaptığı bir çalışma fizyoterapistlerin, obezitesi olan hastalara yönelik tutumları ve obezite hakkındaki inançları, kilo yanlılığı ve damgalamaya katkıda bulunmaları üzerinedir. Katılımcılara eklem replasmanı geçiren obezite hastalarının karşılaştığı zorluklar ve bu popülasyonla nasıl etkili ve hassas bir şekilde çalışılacağına ilişkin stratejiler hakkındaki bir eğitim seminerine katıldıktan sonra obezitesi olan kişilere olan tutum ve/veya inançlarının değişip değişmediği ölçülmüştür. Seminer sonrası ATOP puanlarının azaldığı, daha az olumsuz tutuma sahip oldukları görülmüştür. Aynı zamanda katılımcılar seminer sonunda obezitenin bireylerin kontrolünde olduğuna dair inançlarında azalma olduğu gözlenmiştir (Jones ve Forhan 2021). Bizim çalışmamızda obeziteye karşı önyargılı tutumlar olduğu görülmekle beraber öğrencilerin insanların kendi kiloları üzerinde ne kadar kontrolü olduğu sorgulandığında birinci sınıflar altıncı sınıflara göre daha çok kontrolleri olduğunu düşünmektedir. Aynı zamanda altıncı sınıflar kilo vermenin daha zor olduğunu paylaşmışlardır. Bu durumun nedeni bu kişilerin geçmişte kilolu olup olmaması ya da yaşam tarzı değişikliklerine bağlı olarak kilo almaya meyilli olmaları olabilir. Aynı zamanda obeziteye neden olan ve kontrol edilemeyen birçok etmenin varlığı bireysel deneyimlerle, tıp fakültesinde alınan derslerle ve hasta takibi ile değişmiş olabilir.

Benzer şekilde İsrail'deki fizik tedavi (PT) öğrencilerinin ve sertifikalı fizyoterapistlerin obezitesi olan kişilerle ilgili damgalayıcı tutum ve inançlarını karakterize etmeyi ve karşılaştırmayı amaçlayan bir çalışmada 285 sertifikalı fizyoterapist (ortalama yaş 39,6±10,1 yıl) ve 115 PT öğrencisinin (ortalama yaş 26,4±4,9 yıl) katıldığı bir çalışma yapılmıştır. Bu çalışmada farklı ölçekler kullanılmış ve Yağ Fobi Ölçeği (kısa form; FPS), Yağ Karşıtı Tutumlar (AFA) anketine göre, gruplar arasında FPS ve AFA puanlarında, her ikisinin de ortalama ağırlık damgalaması gösterdiğini

yansıtan anlamlı bir fark kaydedilmezken; bireylerin kiloları üzerindeki kontrollerine ilişkin inançları inceleyen Obez İnsanlara İlişkin İnançlar (BAOP) için gruplar arasında önemli farklılıklar gözlemlenmiştir (terapistler:16,4±5,6 öğrenciler:18,0±5,7;p<0,01). Bununla birlikte, sertifikalı fizyoterapistlerle karşılaştırıldığında, fizik tedavi öğrencileri obezitenin birey tarafından kontrol edilemeyeceğine daha güçlü bir şekilde inanmaktadır (Elboim- Gabyzon ve ark. 2020).

Bizim çalışmamızda da bu çalışmalara benzer şekilde tıp fakültesi öğrencilerinin aldıkları eğitimin obezitesi olan öğrencilere bakış açısını değiştirmediği görülmüştür. Öğrencilerin, insanların kiloları üzerinde ne kadar etkileri olduğuna dair görüşleri incelendiğinde anlamlı bir farklılık görülmüştür. Aynı zamanda kilo vermenin kolay olduğuna dair düşünce birinci sınıflarda altıncı sınıflara göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Bunun nedeni bizim çalışmamıza katılan öğrencilerin genellikle zayıf ya da normal vücut ağırlığına sahip olmaları olabilir. Bu kişiler hayatının herhangi bir anında obezite sorunu yaşamamış olabilir, genetik yatkınlıkları olmayabilir ve çevresel faktörlerin de etkisi altında çok fazla kalmamış olabilirler. Kadınların, erkeklere oranla kilo vermenin daha zor olduğunu düşünmesi de bu konudaki damgalamanın bir göstergesi olabilir ve düşüncemizi destekleyebilir. Yapılan çalışmalar kadınların erkeklere göre daha fazla beden ölçülerini önemsediğini ve daha fazla damgalandığını göstermektedir.

Aşırı kilolu hastalar, sağlık hizmeti ortamlarında ağırlık ayrımcılığı ve ardından rutin koruyucu sağlık hizmetlerinden kaçındıklarını bildirmektedir. Birinci basamak hekimler üzerinde yapılan bir araştırma, %50'den fazlasının obez hastaları garip, çekici olmayan ve uyumsuz olarak gördüğünü söylerken; bu doktorların üçte birinden fazlası obez hastaları zayıf iradeli, özensiz ve tembel olarak nitelendirmiştir. Başka bir çalışmada, bir doktor örneğinin %45'i obez bireylere olumsuz tepki verdikleri konusunda hemfikirdir (Jay ve ark. 2009; Foster ve ark. 2003).

Bizim çalışmamızda kullandığımız aynı ölçek ile 359.261 kişinin katıldığı bir araştırmada, çalışmaya katılanlar arasında bir alt grup belirlenmiştir. Bu alt grup medikal doktorlardan (n=2.284) oluşmaktadır. Katılımcıların %55'i kadın ve %62'si normal BKİ aralığına sahiptir. Testin sonunda güçlü örtük anti-yağ yanlılığı gösterilmiştir (Cohen's d=1,0). Tüm test katılımcıları ve medikal doktor alt örneği, şişman insanlardan ziyade zayıf insanlar için güçlü bir tercih veya güçlü bir açık yağ karşıtı önyargı bildirmiştir (Sabin ve ark. 2012). Aynı zamanda yapılan bu çalışmada birinci basamak sağlık

hizmetinde görev alan doktorlar kendilerini obezitenin tedavisi konusunda yeterli bilgi birikimine ve tecrübeye sahip görmemektedir. Bu durum tıp fakültesinde obeziteye yaklaşım konusunda yeterli eğitim verilmediğini gösterebilir ve birinci basamak sağlık hizmetlerinde bu konuda eğitim almış diyetisyenlerin yer almasının ne kadar önemli olduğunu göstermektedir.

Obezitesi olan ve olmayan hastalara yönelik doktorların tutumunu inceleyen bir çalışmada, obezitesi olan hastaların hekim-hasta iletişiminde daha çekingen ve uygun olmayan bir üslupla yaklaştığı, hekimlerin obezitesi olan kişilere karşı daha az saygı gösterdiği görülmüştür. Obezitesi olmayan hastalara kıyasla yeterli zaman harcamanın daha az olduğu da gösterilmiştir. Hekim hasta iletişimi ile hastaların obezite durumu arasında negatif bir ilişki bulunmuştur (Richard ve ark. 2014).

2012-2017 yılları boyunca birinci sınıflardan Precourse anket verileri toplanmıştır. Öğrenciler oturum öncesinde IAT sorularını cevaplamışlardır ve oturum sırasında öğrenciler, sınıf arkadaşlarının kiloyla kişisel mücadelelerini, obezitenin nedenleriyle ilgili inançları ve IAT sonuçlarını tartışmışlardır. Ayrıca House TV şovundan negatif ağırlık önyargısını gösteren video klipleri izlemişler ve tartışmışlardır. Bu çalışmanın sonunda gruplar arasında, IAT sonuçlarına göre, öğrencilerin %70'i zayıf kişileri, %18'i her iki gruba eşit ve %12'si şişman kişileri tercihe daha yatkın bulunmuştur. Öğrencilerin çoğu obezitenin bir hastalık (%89) veya davranışsal (%88) olduğunu düşünürken, %74'ü bilgisizlikten kaynaklandığını ve %28'i obezitesi olan kişilerin tembel olduğunu düşünmüştür. Takip anketine katılan 59 kişiden %30'u seanstan sonra tutumlarında iyileşme olduğunu bildirirken; %40'tan fazlası öğrencilerin kilo, IAT ve anket sonuçlarıyla ilgili kişisel mücadelelerini tartışmanın yararlı olduğunu düşündü ve %70'ten fazlası House video kliplerinin yararlı olduğunu düşünmüştür (Geller ve Watkins 2018).

Brezilya'da kayıtlı diyetisyenler, beslenme öğrencileri ve sıradan insanlar arasındaki anti-yağ tutumlarını karşılaştırılmış ve obeziteyi algılama şekilleri ile ilgili çalışma yapılmıştır. Tüm gruplar düşük yağ karşıtı tutumlar sergilerken; üç grup arasında yağ karşıtı tutumlarda küçük farklılıklar bulunmuştur. Kayıtlı diyetisyenler ve beslenme ve diyetetik öğrencileriyle karşılaştırıldığında, sıradan insanların daha yüksek kilo kontrolü/suçlama puanlarına sahip oldukları görülmüştür. Kayıtlı diyetisyenler ve öğrenciler arasında sıradan insanlara kıyasla küçük farklılıkların olması ve obezitenin

nedenlerine ilişkin bazı algılar, obezitesi olan kişilere karşı damgalanmış bir durumun varlığına işaret etmektedir (Cassiano ve ark. 2021).

Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan başka bir çalışmada erkeklerin ağırlık damgalanmasının sağlık sonuçlarına etkisi araştırılmıştır. Bu araştırmada kilo damgasının önemli ölçüde sağlığı bozduğu öne sürülmüştür. A.B.D. genelinde ulusal olarak işe alınan iki erkek örneğinde, katılımcılar boylarını, kilolarını, demografik özelliklerini, kilo damgalarını (deneyimli ve içselleştirilmiş), psikolojik iyi oluş (depresyon), sağlık davranışları (uyku, alkol, sigara, tıkınırcasına yeme, diyet, fiziksel aktivite) paylaşmışlardır. Yapılan çalışma sonunda kötü sağlık değerleri ve psikolojik durumun ağırlık önyargısı ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Himmelstein ve ark. 2019).

Yapılan bir çalışmada algılanan ağırlık damgası, yüksek kortizol, lipid/glikoz düzensizliği ve daha düşük kendi kendine puanlanan sağlık gibi olumsuz sağlık endeksleriyle ilişkili bulunmuştur (Pearl ve Puhl, 2018). Benzer çalışmalara literatürde sıkça rastlandığı bilinmektedir ve ağırlık damgasının bu olumsuz sonuçlarını azaltmak için mutlaka çalışmalar yapılmalıdır.

Tıp fakültesi 4. sınıf öğrencilerinden oluşan ulusal bir örneklemde öğrencilerin obezitenin nedenleri hakkındaki inançları değerlendirilmiştir. Çoğu öğrenci, obezitenin birden fazla nedene bağlı olduğunu söylerken; 4 gruptan en fazla tümünün neden olduğunu (%28), fizyolojik nedene bağlı olduğunu ikinci sırada (%27), davranışsal veya sosyal nedenlere bağlı olmasını üçüncü (%24) ve aşırı yeme ve fiziksel aktivitenin (%22) son sırada olduğunu söylemiştir.

Obezitenin nedenlerine dair tıp fakültesi öğrencilerinin daha fazla bilgilendirilmesi, obezitesi olan kişilerin kiloları üzerinde kontrollerinin olmayabileceği öğrenmelerine ve böylece bu kişilerin damgalanmasını azaltmaya yardımcı olabilir. Bizim çalışmamızda da obezitesi olan kişilere dair önyargının yoğun olduğu görülmektedir ve bunun nedenlerinden biri öğrencilerin bu konuda yeterli eğitim almamış olması olabilir. Bizim çalışmamızda da öğrencilerin kilolarının kimlikleri üzerinde etkili olduğuna dair inanışları varken; BKİ'ye göre gruplar arasında anlamlı bir farklılık da görülmektedir. Yani öğrenciler kiloları arttıkça kimliklerinin etkilendiğini düşünmekte ve belki de bu yüzden kilolarını kontrol etmeleri gerektiğini düşünüyor olabilirler. Aynı zamanda bu durum zayıf olan öğrencilerin obezitesi olan kişilere dair tembel, iradesiz ya da başarısız gibi negatif tutumlar besleyebileceklerine dair bir gösterge olabilir. Bu kişilerin obezite

sorunu yaşamasının sebebini fizyolojik nedenlerden ziyade aşırı yeme ve fiziksel aktivite yetersizliğine bağlayabilirler. Bu düşünce obezite tedavi sürecini olumsuz etkileyebilir.

Moda tasarımı bölümünde eğitim alan öğrencilere, 16 haftalık obezite ile ilgili eğitimsel okuma ödevleri ve rehberli eğitimler verilmiş olup "büyük beden mayo tasarım" konusunda dersler yürütülmüştür. Öğrencilere bu dersler öncesi ve sonrasında obezite önyargılılığı ile ilgili bir ölçek uygulanmıştır. Çalışmanın sonunda öğrencilerin genetik ve çevresel faktörlerin bir rol oynadığına dair algılarını artırmış, öğrencilerin obez tüketicilere yönelik olumsuz kalıp yargılarını azalttığı görülmüştür (Christel 2016). Üniversitelerde benzer eğitimlerin verilmesi obeziteye dair stigmanın toplumsal etkilerinin azalmasına etki edecektir.

Akademik ortamlarda kilo yanlılığını azaltmak için teknikler üzerine araştırma, beslenme ve diyetetik öğrencileri, hemşirelik öğrencileri, tıp öğrencileri, moda tasarımı ve mağazacılık öğrencileri ile tamamlanmıştır. Bu çalışmalar, obez insanlar hakkındaki olumsuz varsayımların tedavi uygulamalarını olumsuz etkilememesini sağlamak için eğitimsel müdahaleleri ve mevcut müfredattaki ağırlık yanlılığı konusundaki farkındalığı artırmaya yönelik ciddi bir ihtiyaç olduğu sonucuna varmaktadır (Puhl ve ark. 2009; Poon ve Tarrant 2009; Christel 2016).

Obezitesi olan kişilerin kilolarından dolayı damgalanması ve ayrımcılığa uğraması, ek kilo alımına yol açabilecek yaygın bir sorundur. Ağustos 2016 ile Temmuz 2017 arasında kısa form yağ fobisi ölçeğini (FPS) altı gruptan (genel nüfus, obezite hastaları, tıp öğrencileri, doktorlar, eğitimdeki hemşireler ve hemşireler) katılımcılar yanıtlamıştır. Obezitesi olan katılımcılarda (3,2 ± 0,7), obezitesi olmayan katılımcılara (3,5 ± 0,5, $p<0,001$) kıyasla FPS anlamlı olarak daha düşük çıkmıştır. Obezitesi olan katılımcılar, obeziteyi daha iyi bir öz kontrol, formda olma, çalışkan, çekici, aktif, özverili olma ile ilişkilendirmiştir. Obezitesi olmayan katılımcılara göre, bu kişiler obezitesi olmayan kişilerin daha fazla iradeye sahip olduklarını düşünmektedir. Kadınlar, erkeklere göre biçimli ve biçimsiz ve çekici ve çekici olmayan tutumlar arasında daha pozitif bir yaklaşıma sahip olarak değerlendirilmiştir (Tapking ve ark. 2020).

Bizim çalışmamızda da cinsiyete bağlı olarak kilo önyargılılığı gözlenmemiştir. Şişman ve zayıf kişilere olan duygular benzer görülmüştür. Erkek öğrencilerin kadın öğrencilere göre isterlerse kilo vermelerinin daha kolay olduğunu düşündükleri çalışmamızda görülmektedir. Bu düşünce çalışmamıza katılan öğrencilerin kendilerini

nasıl algıladıkları ile ilgili de olabilir. Kadınların, erkeklere göre olması gerektiğini düşündüğü ağırlık, sahip oldukları ağırlıktan daha az olduğu için her zaman kilo vermeleri gerektiğine dair bir düşünce olmaktadır. Bu durum karşılarındaki kişilere ve kendi bedenlerine dair tutumlarını da etkileyebilmektedir.

Tıp fakültesinde eğitim gören öğrencilerin hastalara karşı empati duygularını geliştirmek için televizyon ve film kullanmanın kendi duygusal farkındalıklarını uyardığı gösterilmiştir. Gelişen teknolojinin bu alanda kullanılması öğrencilerin durumsal etik ve insan duygularına ilişkin anlayışlarını artırdığı ve tıbbın insani (duygusal ve psikolojik) yönleri üzerine düşünmelerine yardımcı olduğu söylenmektedir (Koren 1993; Loscos ve ark. 2006). Etkili bir öğretim aracı olarak televizyon ve filmlerin, tıp uygulamasının bir parçası olan ahlaki ve duygusal konular hakkında öğrenmeyi teşvik eden duyguları uyandırdığı görünmektedir. Bu pedagojik araç, öğrenmenin duyusal alanına başvurarak, öğrencilerin kendi duygularına ve empatilerine ilişkin farkındalıklarını geliştirmeye hizmet edebilir ve ardından hastalara duyusal desteğin nasıl sunulacağını daha iyi anlamalarına izin verebilir.

Akdeniz Üniversitesinde yapılan bir çalışmaya göre öğrencilerin %40,3'ü fazla kilolu olarak değerlendirilirken, %11,4'ü obez olarak değerlendirilmiştir. Öğrencilerin BKI değerleri ile obezite farkındalık ölçeği sonuçlarına bağlı olarak toplam ve alt boyut puanları arasındaki ilişki incelendiğinde; negatif yönlü ancak anlamlı olmayan bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Üniversite öğrencilerinin obezite hakkındaki farkındalıkları diğer çalışmalara göre daha düşük bulunmuş; fazla kilo ve obezite prevelansının ise yüksek olduğu saptanmıştır. Üniversite öğrencileri, sağlıksız diyet ve sedanter alışkanlıklar gibi riskli davranışların önlenmesi konusunda desteklenmeli ve obezite hakkında farkındalığı artıracak eğitimler düzenli olarak planlanmalıdır (Özkan ve ark. 2020).

Ağırlık damgası, aşırı kilolu ve obezitede egzersiz yapmak için daha düşük motivasyon seviyeleri ile ilgilidir. Cinsiyet farklılıklarını hesaba katarak yapılan bir çalışmada damgalama, egzersiz yapma motivasyonu ve fiziksel aktivite arasındaki ilişkinin doğası araştırılmıştır. Kadınlar, erkeklerden önemli ölçüde daha sık damgalanma deneyimleri yaşadıklarını bildirirken; erkeklerin ve kadınların ağırlık damgalama deneyimlerinden farklı şekilde etkilendiği gösterilmektedir (Sattler ve ark. 2018).

Kilo arttıkça, kiloyla ilgili damgalanma deneyimleri de artar (Spahlholz ve ark. 2016; Vartanian ve Novak 2011). Beden kütle indeksinin 40 kg/m² veya daha fazla olan aşırı

derecede obez aralığındaki bireyler, BKİ'si 40 kg/m²'nin altında olanlardan önemli ölçüde daha fazla damgalayıcı durum bildirmiştir (Myers ve Rosen 1999). BKİ'leri 'obez' aralığında (BKİ>30) olan kişiler arasında damgalanma deneyimlerinin sıklığı ile ağırlık arasında küçük-orta pozitif korelasyonlar bulunmuştur (Ashmore ve ark. 2008; Puhl ve Brownell 2006; Vartanian ve Novak, 2011; Wott ve Carels 2010). Aşırı kilolu ve obez örneklemlerde damgalanma deneyimleri ile ağırlık arasında ilişkiler bulunmasına rağmen, bireylerin aşırı kilolu olmadığı örneklerde de tespit edilmiştir. Örneğin, yüzde 75'i "sağlıklı" BKİ aralığında olan 100 kadın üniversite öğrencisinden oluşan bir örneklemde, örneğin yüzde 85'i bir tür kilo damgası yaşadığını bildirmiştir.

Literatürle uyumlu olarak bizim çalışmamızda da BKİ'si daha yüksek olan kişiler daha damgalayıcı düşünce ve davranışlara yönelmektedir. Özellikle BKİ değeri arttıkça şişman kişilere olan bakış açısının anlamlı şekilde değişkenlik gösterdiği görülmektedir. Kişilerin kendilerini algılama şekli de onların tercihleri üzerinde etkilidir.

Literatürde, erkeklerin ve kadınların kiloya dayalı damgalanması ve buna bağlı ayrımcılık yaşamaları hakkında farklı oranlarda karışık bulgular vardır. Bazı çalışmalarda bildirilen oranlarda fark bulunmazken, bazı çalışmalar kadınların erkeklerden daha fazla ağırlık damgası ve ayrımcılık yaşadıklarını bulmuşlardır (Jackson ve Back 2011; Puhl ve Brownell 2006; Vartanian ve Novak 2011; Andreyeva ve ark. 2008; Eisenberg ve ark. 2003; Fikkan ve Rothblum, 2011; Hebl ve ark 2003; Puhl ve ark. 2008; Spahlholz ve ark. 2016). BKİ'si yüksek olan kadınların daha düşük BKİ'ye sahip olan kadınlara oranla erkeklerle ilişkisinde daha az flört ve evlilik beklentilerine sahip olduğu bulunmuştur. Fazla kilolu kadınların normal kilodaki meslektaşlarına göre daha düşük gelire sahip olduğunu ve BKİ arttıkça ayrımcılık oranlarının arttığını gösteren kanıtlar da vardır. Fazla kilolu erkekler de gelir ayrımcılığı yaşamakta, ancak kadınlar erkeklere göre daha düşük orantısal ağırlıklarda ayrımcılığa maruz kalmaktadır (Fikkan ve Rothblum 2012).

Literatürdeki çalışmalarla birlikte yaptığımız çalışmayı ele aldığımızda; obezite ve kilo damgalamasının sıklıkla yaşandığı görülmektedir. Bu durum obezitesi olan kişilerin hayatın her alanında yaşadıkları zorlukların artmasına, yaşam kalitelerinin azalmasına neden olmakla birlikte; bu damgalama nedeniyle obezitesi olmayan kişilerin dahi obez olma korkusu yaşamasına, bedenlerine ve kendilerine dair damgalayıcı, negatif tutumlar sergilemelerine neden olmaktadır. Obezite tüm dünyada bu kadar hızlı artarken; bu önyargı ve damgalayıcı düşünceler nedeniyle obezite tedavisini önünde ciddi engeller

yaşanmaya devam etmekle birlikte obezitenin ortaya çıkmasına neden olan bir sorun olarak da karşımıza çıkmaya başlamaktadır.

Bu önyargının azaltılması için farkındalık çalışmaları yapılmalı ve toplumun her kesimi bu konuda eğitim almalıdır. Obezitesi olan kişilere dair önyargının azaltılması gereken ilk grup sağlık çalışanları ve sağlık alanında eğitim alan öğrenciler olmalıdır.

Okullarda ders içerikleri bu yönde düzenlenmelidir. Teorik bilgilerin yanında pratik yapmaları da sağlanmalıdır. Üniversitenin ilk dönemlerinden itibaren obezitesi olan kişilerle tanışılmalı ve tedavi sürecinde sorumluluklar verilmelidir. Ders materyalleri için videolar, tiyatral gösteriler yapılabilir.

Kilo problemi yaşayan kişilerle konuşurken kullanılan dil de çok önemlidir. Kişiliklerine dair bir tanımlama yapmadan, ‘obez’ demek yerine ‘obezitesi olan kişi’ demek ya da kilolu olduğu için ‘sağlıksız’ olduğunu iddia eden tabirler kullanmamak gerekir.

Yaşadığımız çağda kapitalist sistemin bize dayatmış olduğu beden algılarını yıkmaya çalışmak ve ‘her bedende sağlık’ anlayışının daha yaygın hale gelmesi için çalışmalar yapılmalıdır. Reklamlarda, televizyon programlarında sadece sıfır beden kadınların ön plana çıkarılmadığı, güzellik algısının insanların kilosuna dayandırılmadığı yaklaşımlar benimsenmelidir. Zayıf olmanın sağlıklı olmanın ön koşulu olduğuna dair inançlara son vermek gerekmektedir.

KAYNAKLAR

Acheson, K. J., Thélin, A., Ravussin, E., Arnaud, M. J., ve Jéquier, E. (1985). Contribution of 500 g naturally labeled 13C dextrin maltose to total carbohydrate utilization and the effect of the antecedent diet, in man. *The American Journal of Clinical Nutrition*, *41*(5), 881–890. https://doi.org/10.1093/ajcn/41.5.881

Altun, B., Arıcı, M., Nergizoğlu, G., Derici, Ü., Karatan, O., Turgan, Ç., Sindel, Ş., Erbay, B., Hasanoğlu, E., ve Çağlar, Ş. (2005). Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Turkey (the patent study) in 2003. *Journal of Hypertension*, *23*(10), 1817–1823. https://doi.org/10.1097/01.hjh.0000176789.89505.59

Andreyeva, T., Puhl, R. M., ve Brownell, K. D. (2008). Changes in perceived weight discrimination among Americans, 1995–1996 through 2004–2006. *Obesity*, *16*(5), 1129-1134.

Ashmore, J. A., Friedman, K. E., Reichmann, S. K., ve ark. (2008) Weight-based stigmatization, psychological distress, & binge eating behavior among obese treatment-seeking adults. *Eat Behav*, *9*:203-209.

Atkinson, R. L. (2005). Etiologies of obesity. *The Management of Eating Disorders and Obesity*, 105–118. https://doi.org/10.1385/1-59259-865-x:105

Balcıoğlu, İ., ve Başer, S. Z. (2008). Obezitenin Psikiyatrik Yönü. *Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar: Sempozyum Dizisi*, *62*, 341–348.

Baltacı, G. (2008). Yetişkinlerde Fiziksel Aktivite. In H. Irmak , C. Kesici, E. Çelikcan, ve B. Çakır (Eds.), *Fiziksel Aktivite Bilgi serisi* (ss. 59–67). T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı. Sağlık Bakanlığı Yayınları Yayın No:730 Klasmat Matbaacılık.

Bayraktar, E. (1995). Obezitenin Psikolojik Yönleri. In C. Yılmaz (Ed.), *Obezite, Nobel Tıp Kitapevleri* (ss. 107–137).

Berghöfer, A., Pischon, T., Reinhold, T., Apovian, C. M., Sharma, A. M., ve Willich, S. N. (2008). Obesity prevalence from a European perspective: A systematic review. *BMC Public Health*, *8*(1). https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-200

Bilge, A., ve Çam, O. (2010). Ruhsal hastalığa yönelik damgalama ile mücadele. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, *9*(1), 71–78.

Brady, C. (2016). Decreasing obesity and obesity stigma: Socio-demographic differences in beliefs about causes of and responsibility for obesity. *Social Sciences*, *5*(1), 1–12. https://doi.org/10.3390/socsci5010012

Bray, G. A. (1989). Classification and evaluation of the obesities. *Medical Clinics of North America*, *73*(1), 161–184. https://doi.org/10.1016/s0025-7125(16)30697-6

Bray, G. A. (2000). A concise review on the therapeutics of Obesity. *Nutrition*, *16*(10), 953–960. https://doi.org/10.1016/s0899-9007(00)00424-x

Brownson, R. C., Boehmer, T. K., ve Luke, D. A. (2005). Declining rates of physical activity in the United States: What are the contributors? *Annual Review of Public Health*, *26*(1), 421–443. https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.26.021304.144437

Budd, G. M., Mariotti, M., Graff, D., ve Falkenstein, K. (2011). Health Care Professionals' attitudes about obesity: An integrative review. *Applied Nursing Research*, *24*(3), 127–137. https://doi.org/10.1016/j.apnr.2009.05.001

Byrne, N. M., Sainsbury, A., King, N. A., Hills, A. P., ve Wood, R. E. (2017). Intermittent energy restriction improves weight loss efficiency in obese men: The matador study. *International Journal of Obesity*, *42*(2), 129–138. https://doi.org/10.1038/ijo.2017.206

Callahan, D. (2012). Obesity: Chasing an elusive epidemic. *Hastings Center Report*, *43*(1), 34–40. https://doi.org/10.1002/hast.114

Callahan, D. (2013). Children, stigma, and Obesity. *JAMA Pediatrics*, *167*(9), 791. https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2013.2814

Caprio, M., Infante, M., Moriconi, E., Armani, A., Fabbri, A., Mantovani, G., Mariani, S., Lubrano, C., Poggiogalle, E., Migliaccio, S., Donini, L. M., Basciani, S., Cignarelli, A., Conte, E., Ceccarini, G., Bogazzi, F., Cimino, L., Condorelli, R. A., La Vignera, S. ve ark. (2019). Very-low-calorie ketogenic diet (VLCKD) in the management of Metabolic Diseases: Systematic review and consensus statement from the Italian Society of Endocrinology (SIE). *Journal of Endocrinological Investigation*, *42*(11), 1365–1386. https://doi.org/10.1007/s40618-019-01061-2

Cassiano, G. S., Carvalho-Ferreira, J. P., Buckland, N. J., & da Cunha, D. T. (2021). Do registered dietitians, nutrition students, and laypeople perceive individuals with obesity differently? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(17), 8925. https://doi.org/10.3390/ijerph18178925

Christel, D. A. (2016). Obesity Education as an intervention to reduce weight bias in fashion students. *Journal of Education and Learning*, *5*(2), 170. https://doi.org/10.5539/jel.v5n2p170

Cinaz, P., Bideci, A. (2003) Obesity. In: Günoz, H., Ocal, G., Yordam, N. and Kurtoglu, S., Eds., *Pediatric Endocrinology, 1st Edition, Pediatric Endocrinology and Oxology Association Publications*, Ankara, 487-505

Coll, A. P., Farooqi, I. S., Challis, B. G., Yeo, G. S., & O'Rahilly, S. (2004). Proopiomelanocortin and energy balance: Insights from human and murine genetics. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, *89*(6), 2557–2562. https://doi.org/10.1210/jc.2004-0428

Corrigan, P. W. (2005). *On the stigma of mental illness: Practical strategies for research and Social Change*. American Psychological Association.

Cotugna, N., ve Mallick, A. (2010). Following a calorie-restricted diet may help in reducing healthcare students' fat-phobia. *Journal of Community Health*, *35*(3), 321–324. https://doi.org/10.1007/s10900-010-9226-9

Daly, M., Robinson, E., ve Sutin, A. R. (2017). Does knowing hurt? perceiving oneself as overweight predicts future physical health and well-being. *Psychological Science*, *28*(7), 872–881. https://doi.org/10.1177/0956797617696311

Davis, C., Bryan, J., Hodgson, J., ve Murphy, K. (2015). Definition of the Mediterranean diet; a literature review. *Nutrients*, *7*(11), 9139–9153. https://doi.org/10.3390/nu7115459

Day, J. E., Kyriazakis, I., ve Rogers, P. J. (1998). Food choice and intake: Towards a unifying framework of learning and feeding motivation. *Nutrition Research Reviews*, *11*(1), 25–43. https://doi.org/10.1079/nrr19980004

Deitel, M., ve Shikora, S. A. (2002). The development of the surgical treatment of morbid obesity. *Journal of the American College of Nutrition*, *21*(5), 365–371. https://doi.org/10.1080/07315724.2002.10719237

Doğan, R., Sayıner, F., Tanır D., Mete H., (2018). Eskişehir Büyükdere Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Gebelerde obezite Sıklığının ve obezitenin Yaşam Kalitesine etkisinin incelenmesi. *Sağlık Bilimleri Ve Meslekleri Dergisi*. https://doi.org/10.17681/hsp.332707

Drapeau, V., Després, J.-P., Bouchard, C., Allard, L., Fournier, G., Leblanc, C., ve Tremblay, A. (2004). Modifications in food-group consumption are related to long-term body-weight changes. *The American Journal of Clinical Nutrition*, *80*(1), 29–37. https://doi.org/10.1093/ajcn/80.1.29

Dulloo, A. G., Jacquet, J., Montani, J.-P., ve Schutz, Y. (2015). How dieting makes the lean fatter: From a perspective of body composition autoregulation through adipostats and proteinstats awaiting discovery. *Obesity Reviews*, *16*, 25–35. https://doi.org/10.1111/obr.12253

Ebneter, D. S., Latner, J. D., ve O'Brien, K. S. (2011). Just world beliefs, causal beliefs, and acquaintance: Associations with stigma toward eating disorders and obesity. *Personality and Individual Differences*, *51*(5), 618–622. https://doi.org/10.1016/j.paid.2011.05.029

Eisenberg N, Valiente C, Fabes RA, Smith CL, Reiser M, Shepard SA (2003). The relations of effortful control and ego control to children's resiliency and social functioning. *Developmental Psychology*. *39*:761–776.

Elboim-Gabyzon, M., Attar, K., & Peleg, S. (2020). Weight stigmatization among physical therapy students and registered physical therapists. *Obesity Facts*, *13*(2), 104–116. https://doi.org/10.1159/000504809

Ercan, A., Akçil O.K., M., Kızıltan, G., ve Altun, S. (2015). Development of obesity prejudice scale for students of Health Sciences: GAMS 27- obesity prejudice scale. *Internatıonal Peer-Revıewed Journal Of Nutrıtıon Research*, *2*(3), 28–28. https://doi.org/10.17362/dbhad.2015310322

Erem, C. (2015). Prevalence of overweight and obesity in Turkey. *IJC Metabolic & Endocrine*, *8*, 38–41. https://doi.org/10.1016/j.ijcme.2015.07.002

Erkaya, R., Karabulutlu, Ö., ve Yeşilçiçek Çalik, K. (2018). The effect of maternal obesity on self-esteem and body image. *Saudi Journal of Biological Sciences*, *25*(6), 1079–1084. https://doi.org/10.1016/j.sjbs.2018.02.003

Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. (2001). Executive summary of the third report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) expert panel on detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults (adult treatment panel III). *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, *285*(19), 2486–2497. https://doi.org/10.1001/jama.285.19.2486

Fikkan, J. L., ve Rothblum, E. D. (2011). Is fat a feminist issue? exploring the gendered nature of weight bias. Sex Roles, 66(9-10), 575–592. https://doi.org/10.1007/s11199-011-0022-5

Foster, G. D. (2010). Weight and metabolic outcomes after 2 years on a low-carbohydrate versus low-fat diet. *Annals of Internal Medicine*, *153*(3), 147–157. https://doi.org/10.7326/0003-4819-153-3-201008030-00005

Foster, G. D., Wadden, T. A., Makris, A. P., Davidson, D., Sanderson, R. S., Allison, D. B., ve Kessler, A. (2003). Primary care physicians' attitudes about obesity and its treatment. *Obesity Research*, *11*(10), 1168–1177. https://doi.org/10.1038/oby.2003.161

Freedman, D. S., Khan, L. K., Serdula, M. K., Dietz, W. H., Srinivasan, S. R., ve Berenson, G. S. (2003). Inter-relationships among childhood BMI, childhood height, and adult obesity: The Bogalusa Heart Study. *International Journal of Obesity*, *28*(1), 10–16. https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0802544

Friedman, K. E., Reichmann, S. K., Costanzo, P. R., Zelli, A., Ashmore, J. A., ve Musante, G. J. (2005). Weight stigmatization and ideological beliefs: Relation to psychological functioning in obese adults. *Obesity Research*, *13*(5), 907–916. https://doi.org/10.1038/oby.2005.105

GBD 2015 Obesity Collaborators, Afshin, A., Forouzanfar, M. H., Reitsma, M. B., Sur, P., Estep, K., Lee, A., Marczak, L., Mokdad, A. H., Moradi-Lakeh, M., Naghavi, M., Salama, J. S., Vos, T., Abate, K. H., Abbafati, C., Ahmed, M. B., Al-Aly, Z., Alkerwi, A., Al-Raddadi, R., Amare, A. T., ve ark. (2017). Health Effects of Overweight and Obesity in 195 Countries over 25 Years. *The New England journal of medicine*, *377*(1), 13–27. https://doi.org/10.1056/NEJMoa1614362

Geller, G., ve Watkins, P. A. (2018). Addressing medical students' negative bias toward patients with obesity through ethics education. *AMA Journal of Ethics*, *20*(10). https://doi.org/10.1001/amajethics.2018.948

Giel, K. E., Zipfel, S., Alizadeh, M., Schäffeler, N., Zahn, C., Wessel, D., Hesse, F. W., Thiel, S., ve Thiel, A. (2012). Stigmatization of obese individuals by Human Resource Professionals: An experimental study. *BMC Public Health*, *12*(1), 525–533. https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-525

Gillman, M. W., Rifas-Shiman, S. L., Camargo Jr, C. A., Frazier, A. L., Berkey, C. S., Rockett, H. R., Field, A. E., ve Colditz, G. A. (2001). Risk of overweight among adolescents who were breastfed as Infants. *JAMA*, *285*(19), 2461–2467. https://doi.org/10.1001/jama.285.19.2461

Gudzune, K. A., Bennett, W. L., Cooper, L. A., ve Bleich, S. N. (2014). Patients who feel judged about their weight have lower trust in their primary care providers. *Patient Education and Counseling*, *97*(1), 128–131. https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.06.019

Gudzune, K. A., Bennett, W. L., Cooper, L. A., & Bleich, S. N. (2014). Perceived judgment about weight can negatively influence weight loss: A cross-sectional study of overweight and

obese patients. *Preventive Medicine*, *62*, 103–107. https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2014.02.001

Gündoğan, K., Bayram, F., Gedik, V., Kaya, A., Karaman, A., Demir, Ö., Sabuncu, T., Kocer, D., ve Coskun, R. (2013). Metabolic syndrome prevalence according to ATP III and IDF criteria and related factors in Turkish adults. *Archives of Medical Science*, *2*, 243–253. https://doi.org/10.5114/aoms.2013.34560

Hall, J. E., ve Guyton, A. C. (2016). *Guyton and Hall Textbook of Medical Physiology*. Elsevier.

Hamulu, F. (1999). *Obezite komplikasyonları.* (Ed. Tüzün, M., Kabalak, T., Yılmaz, C. ve ark.), Obezite ve Tedavisi. I. Basım, Mart Matbaacılık, İstanbul, 152- 57

Harris, L., Hamilton, S., Azevedo, L. B., Olajide, J., De Brún, C., Waller, G., Whittaker, V., Sharp, T., Lean, M., Hankey, C., ve Ells, L. (2018). Intermittent fasting interventions for treatment of overweight and obesity in adults. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, *16*(2), 507–547. https://doi.org/10.11124/jbisrir-2016-003248

Hartlev, M. (2014). Stigmatisation as a public health tool against obesity — A Health and Human Rights Perspective. *European Journal of Health Law*, *21*(4), 365–386. https://doi.org/10.1163/15718093-12341327

Hatzenbuehler, M. L., Keyes, K. M., ve Hasin, D. S. (2009). Associations between perceived weight discrimination and the prevalence of psychiatric disorders in the general population. *Obesity*, *17*(11), 2033–2039. https://doi.org/10.1038/oby.2009.131

Hebl, M. R., Xu, J., ve Mason, M. F. (2003). Weighing the care: Patients' perceptions of physician care as a function of gender and weight. *International Journal of Obesity*, *27*(2), 269–275. https://doi.org/10.1038/sj.ijo.802231

Herrera, B. M., ve Lindgren, C. M. (2010). The genetics of obesity. *Current Diabetes Reports*, *10*(6), 498–505. https://doi.org/10.1007/s11892-010-0153-z

Himmelstein, M. S., Puhl, R. M., ve Quinn, D. M. (2019). Overlooked and understudied: Health consequences of weight stigma in men. *Obesity*, *27*(10), 1598–1605. https://doi.org/10.1002/oby.22599

Himmelstein, M., ve Tomiyama, A. J. (2015). It’s not you, it’s me. *Social Psychological and Personality Science*, *6*(7), 749–757. https://doi.org/10.1177/1948550615585831

Holub, S. C., Tan, C. C., ve Patel, S. L. (2011). Factors associated with mothers' obesity stigma and young children's weight stereotypes. *Journal of Applied Developmental Psychology*, *32*(3), 118–126. https://doi.org/10.1016/j.appdev.2011.02.006

Hu, F. B. (2008). Physical activity, sedentary behaviors, and obesity. *Obesity Epidemiology*, 301–319. https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195312911.003.0015

Jackson, V.A., ve Back, A.L. (2011). Teaching communication skills using role-play: an experience-based guide for educators. *J Palliat Med*, 14:775-780

Jay, M., Kalet, A., Ark, T., McMacken, M., Messito, M. J., Richter, R., Schlair, S., Sherman, S., Zabar, S., ve Gillespie, C. (2009). Physicians' attitudes about obesity and their associations with competency and specialty: A cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, *9*(1), 1–11. https://doi.org/10.1186/1472-6963-9-106

Jones, C. A., ve Forhan, M. (2019). Addressing weight bias and stigma of obesity amongst physiotherapists. *Physiotherapy Theory and Practice*, *37*(7), 808–816. https://doi.org/10.1080/09593985.2019.1648623

Jéquier, E. (2002). Pathways to obesity. *International Journal of Obesity*, *26*(S2), 12–17. https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0802123

Karanja, N. J.,Obarzanek, E. V. A., Lın, P., Mccullough, M., Phıllıps, K., Swaın, J. A., Champagne, C., ve Hoben, K. (1999). Descriptive characteristics of the dietary patterns used in the dietary approaches to stop hypertension trial. *Journal of the American Dietetic Association*, *99*(8), 19–27. https://doi.org/10.1016/s0002-8223(99)00412-5

Karaoglan, D., ve Tansel, A. (2018). Determinants of body mass index in Turkey: A quantile regression analysis from a middle income country. *Bogazici Journal*, *32*(2). https://doi.org/10.21773/boun.32.2.1

Katzmarzyk, P. T., Perusse, L., Rao, D. C., ve Bouchard, C. (1999). Familial risk of obesity and central adipose tissue distribution in the general Canadian population. *American Journal of Epidemiology*, *149*(10), 933–942. https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a009737

Kiess, W., Galler, A., Reich, A., Müller, G., Kapellen, T., Deutscher, J., Raile, K., ve Kratzsch, J. (2001). Clinical aspects of obesity in childhood and adolescence. *Obesity Reviews*, *2*(1), 29–36. https://doi.org/10.1046/j.1467-789x.2001.00017.x

Kocabaşoğlu, N., ve Aliustaoğlu, S. (2003). Yeni symposium. *Stigmatizasyon*, *41*(4), 190–192. https://doi.org/10.5455/nys.

Koren, G. (1993). Awakenings: Using a popular movie to teach Clinical Pharmacology. *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, *53*(1), 3–5. https://doi.org/10.1038/clpt.1993.2

Lakdawala, M., ve Bhasker, A. (2010). Report: Asian consensus meeting on metabolic surgery. recommendations for the use of bariatric and gastrointestinal metabolic surgery for

treatment of obesity and type II diabetes mellitus in the Asian population. *Obesity Surgery*, *20*(7), 929–936. https://doi.org/10.1007/s11695-010-0162-7

Latner, J. D., Stunkard, A. J., ve Wilson, G. T. (2005). Stigmatized students: Age, sex, and ethnicity effects in the stigmatization of obesity. *Obesity Research*, *13*(7), 1226–1231. https://doi.org/10.1038/oby.2005.145

Ledikwe, J. H., Rolls, B. J., Smiciklas-Wright, H., Mitchell, D. C., Ard, J. D., Champagne, C., Karanja, N., Lin, P.-H., Stevens, V. J., ve Appel, L. J. (2007). Reductions in dietary energy density are associated with weight loss in overweight and obese participants in the premier trial. *The American Journal of Clinical Nutrition*, *85*(5), 1212–1221. https://doi.org/10.1093/ajcn/85.5.1212

Lee, J. H., Reed, D. R., ve Price, R. A. (1997). Familial risk ratios for extreme obesity: Implications for mapping human obesity genes. *International Journal of Obesity*, *21*(10), 935–940. https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0800498

Leshinsky-Silver, E., Perach, M., Basilevsky, E., Hershkovitz, E., Yanoov-Sharav, M., Lerman-Sagie, T., ve Lev, D. (2003). Prenatal exclusion of Leigh syndrome due to T8993C mutation in the mitochondrial DNA. *Prenatal Diagnosis*, *23*(1), 31–33. https://doi.org/10.1002/pd.516

Loscos , J., Baños, J., Loscos, F., & la Cámara, J. de. (2006). Medicine, cinema and literature: a teaching experiment at the Universitat Autonoma de Barcelona. *J Med Movies*, *2*, 138–142.

MacLean, L., Edwards, N., Garrard, M., Sims-Jones, N., Clinton, K., ve Ashley, L. (2008). Obesity, stigma and Public Health Planning. *Health Promotion International*, *24*(1), 88–93. https://doi.org/10.1093/heapro/dan041

Maddox, G. L., Back, K. W., ve Liederman, V. R. (1968). Overweight as social deviance and disability. *Journal of Health and Social Behavior*, *9*(4), 287–298. https://doi.org/10.2307/2948537

Malczewska-Malec, M., Wybranska, I., Leszczynska-Golabek, I., Partyka, L., Hartwich, J., Jabrocka, A., Kiec-Wilk, B., Kwasniak, M., Motyka, M., ve Dembinska-Kiec, A. (2004). Analysis of candidate genes in Polish families with obesity. *Clinical Chemistry and Laboratory Medicine (CCLM)*, *42*(5). https://doi.org/10.1515/cclm.2004.083

Mardolkar, M. (2017). Body Mass Index (BMI) data analysis and classification. *International Journal of Computer Science and Mobile Computing*, *6*(2), 8–16.

Marti, A., Moreno-Aliaga, M. J., Hebebrand, J., & Martínez, J. A. (2004). Genes, lifestyles and Obesity. *International Journal of Obesity*, *28*(S3). https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0802808

Mcdonald, N. (2007). Active transportation to Schooltrends among U.S. schoolchildren, 1969–2001. *American Journal of Preventive Medicine*, *32*(6), 509–516. https://doi.org/10.1016/j.amepre.2007.02.022

Mechanick, J. I., Youdim, A., Jones, D. B., Garvey, W. T., Hurley, D. L., McMahon, M. M., Heinberg, L. J., Kushner, R., Adams, T. D., Shikora, S., Dixon, J. B., ve Brethauer, S. (2013). Clinical practice guidelines for the Perioperative Nutritional, metabolic, and nonsurgical support of the bariatric surgery patient-2013 update: Cosponsored by American Association of Clinical Endocrinologists, the Obesity Society, and American society fo. *Obesity*, *21*(S1), 1–27. https://doi.org/10.1002/oby.20461

Melinek, J., Livingston, E., Cortina, G., ve Fishbein, M. C. (2002). Autopsy findings following gastric bypass surgery for morbid obesity. *Archives of Pathology & Laboratory Medicine*, *126*(9), 1091–1095. https://doi.org/10.5858/2002-126-1091-affgbs

Moro, T., Tinsley, G., Bianco, A., Marcolin, G., Pacelli, Q. F., Battaglia, G., Palma, A., Gentil, P., Neri, M., ve Paoli, A. (2016). Effects of eight weeks of time-restricted feeding (16/8) on basal metabolism, maximal strength, body composition, inflammation, and cardiovascular risk factors in resistance-trained males. *Journal of Translational Medicine*, *14*(1), 290. https://doi.org/10.1186/s12967-016-1044-0

Murakami, J. M., ve Latner, J. D. (2015). Weight acceptance versus body dissatisfaction: Effects on stigma, perceived self-esteem, and perceived psychopathology. *Eating Behaviors*, *19*, 163–167. https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2015.09.010

Muscogiuri, G., Barrea, L., Laudisio, D., Pugliese, G., Salzano, C., Savastano, S., ve Colao, A. (2019). The management of very low-calorie ketogenic diet in Obesity Outpatient Clinic: A practical guide. *Journal of Translational Medicine*, *17*(1), 356. https://doi.org/10.1186/s12967-019-2104-z

Myers, A., ve Rosen, J. C. (1999). Obesity stigmatization and coping: Relation to mental health symptoms, body image, and self-esteem. *International Journal of Obesity*, *23*(3), 221–230. https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0800765

National Institute for Health and Care Excellence. (2013). *Overview: BMI: Preventing ill health and premature death in black, Asian and other minority ethnic groups: Guidance*. NICE. Retrieved November 28, 2021, from https://www.nice.org.uk/Guidance/PH46.

National Institute for Health and Clinical Excellence: Guidance. (n.d.). *Overview: Obesity: Identification, Assessment and Management: Guidance*. NICE. Retrieved November 24, 2021, from https://www.nice.org.uk/guidance/cg189.

NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC) (2017). Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128·9 million children, adolescents, and adults. *Lancet (London, England)*, *390*(10113), 2627–2642. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32129-3

Nelson, T. L., Vogler, G. P., Pedersen, N. L., Hong, Y., ve Miles, T. P. (2000). Genetic and environmental influences on body fat distribution, fasting insulin levels and CVD: Are the influences shared? *Twin Research*, *3*(1), 43–50. https://doi.org/10.1375/twin.3.1.43

Ng, S. W., Norton, E. C., ve Popkin, B. M. (2009). Why have physical activity levels declined among Chinese adults? findings from the 1991–2006 China Health and Nutrition Surveys. *Social Science & Medicine*, *68*(7), 1305–1314. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.01.035

Obesity Action Organization (Trans.). (2021, April 20). *People-first language*. Obesity Action Coalition. Retrieved November 27, 2021, from https://www.obesityaction.org/action-through-advocacy/weight-bias/people-first-language/.

Ogden, C. L., Carroll, M. D., ve Flegal, K. M. (2014). Prevalence of obesity in the United States. *JAMA*, *312*(2), 189. https://doi.org/10.1001/jama.2014.6228

Onat, A., Yıldırım, B., Çetinkaya, A., Aksu, H., Keleş, İ., Uslu, N., Gürbüz, N., ve Sansoy, V. (1999). Indices of Obesity and Central Obesity in Turkish Adults: Distinet Rise in Obesity in 1990-98 More Pronounced Among Men. *Türk Kardiyol Dern Arş* , *27*, 196–200.

Onat, A., Şansoy, V., ve Onat, A. (2009). Türk erişkinlerinde obezite, abdominal obezite, belirleyicileri ve sonuçları. In *TEKHARF, Türk Halkının Kusurlu Kalp Sağlığı* (pp. 106–118). essay, İstanbul: Figür Grafik ve Matbaacılık Tic. Ltd.

Onat, A. (2017). *Tekharf 2017: Tıp Dünyasının Kronik Hastalıklara Yaklaşımına öncülük*. Logos Yayıncılık.

O'Rahilly, S. (2009). Human genetics illuminates the paths to metabolic disease. *Nature*, *462*(7271), 307–314. https://doi.org/10.1038/nature08532

Özenoğlu, A., Sabuncu, T., Ünüvar, E. (2000). Eksojen obesitesi olan adölesanların günlük diyetlerinde aldıkları enerji ve besin öğelerinin dağılımı. *Endokrinolojide Yönelişler.* 9(1): 38-43

Özkan, İ., Adıbelli, D., İlaslan, E., ve Taylan, S. (2020). Üniversite öğrencilerinin obezite Farkındalıkları Ile beden kitle indeksleri arasındaki ilişki. *Acibadem Universitesi Saglik Bilimleri Dergisi*. https://doi.org/10.31067/0.2020.249

Paker, M. (2012). Psikolojik Açıdan Önyargı ve Ayrımcılık. In Çayır Kenan & Ayan Müge (Eds.), *Ayrımcılık: Çok Boyutlu Yaklaşımlar* (pp. 53–61). story, İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları.

Pearl, R. L., Wadden, T. A., Hopkins, C. M., Shaw, J. A., Hayes, M. R., Bakizada, Z. M., Alfaris, N., Chao, A. M., Pinkasavage, E., Berkowitz, R. I., ve Alamuddin, N. (2017). Association between weight bias internalization and metabolic syndrome among treatment-seeking individuals with obesity. *Obesity*, *25*(2), 317–322. https://doi.org/10.1002/oby.21716

Pearl, R. L., ve Puhl, R. M. (2018). Weight bias internalization and Health: A Systematic Review. *Obesity Reviews*, *19*(8), 1141–1163. https://doi.org/10.1111/obr.12701

Phelan, S. M., Burgess, D. J., Burke, S. E., Przedworski, J. M., Dovidio, J. F., Hardeman, R., Morris, M., ve van Ryn, M. (2015). Beliefs about the causes of obesity in a national sample of 4th year medical students. *Patient Education and Counseling*, *98*(11), 1446–1449. https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.06.017

Phelan, S. M., Burgess, D. J., Puhl, R., Dyrbye, L. N., Dovidio, J. F., Yeazel, M., Ridgeway, J. L., Nelson, D., Perry, S., Przedworski, J. M., Burke, S. E., Hardeman, R. R., ve van Ryn, M. (2015). The adverse effect of weight stigma on the well-being of medical students with overweight or obesity: Findings from a national survey. *Journal of General Internal Medicine*, *30*(9), 1251–1258. https://doi.org/10.1007/s11606-015-3266-x

Phelan, S. M., Burgess, D. J., Yeazel, M. W., Hellerstedt, W. L., Griffin, J. M., ve Ryn, M. (2015). Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity. *Obesity Reviews*, *16*(4), 319–326. https://doi.org/10.1111/obr.12266

Phelan, S. M., Burgess, D. J., Yeazel, M. W., Hellerstedt, W. L., Griffin, J. M., ve Ryn, M. (2015). Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity. *Obesity Reviews*, *16*(4), 319–326. https://doi.org/10.1111/obr.12266

Piercy, K. L., Troiano, R. P., Ballard, R. M., Carlson, S. A., Fulton, J. E., Galuska, D. A., George, S. M., ve Olson, R. D. (2018). The physical activity guidelines for Americans. *JAMA*, *320*(19), 2020. https://doi.org/10.1001/jama.2018.14854

Poon, M.-Y., ve Tarrant, M. (2009). Obesity: Attitudes of undergraduate student nurses and registered nurses. *Journal of Clinical Nursing*, *18*(16), 2355–2365. https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02709.x

Puhl, R. M., ve Brownell, K. D. (2006). Confronting and coping with weight stigma: An investigation of overweight and obese adults*. *Obesity*, *14*(10), 1802–1815. https://doi.org/10.1038/oby.2006.208

Puhl, R. M., ve Heuer, C. A. (2009). The stigma of obesity: A review and update. *Obesity*, *17*(5), 941–964. https://doi.org/10.1038/oby.2008.636

Puhl, R. M., ve Heuer, C. A. (2010). Obesity stigma: Important considerations for public health. *American Journal of Public Health*, *100*(6), 1019–1028. https://doi.org/10.2105/ajph.2009.159491

Puhl, R., ve Brownell, K. D. (2001). Bias, discrimination, and obesity. *Obesity Research*, *9*(12), 788–805. https://doi.org/10.1038/oby.2001.108

Puhl, R., ve Brownell, K. D. (2003). Ways of coping with Obesity Stigma: Review and Conceptual Analysis. *Eating Behaviors*, *4*(1), 53–78. https://doi.org/10.1016/s1471-0153(02)00096-x

Puhl, R., ve Suh, Y. (2015). Health consequences of weight stigma: Implications for obesity prevention and treatment. *Current Obesity Reports*, *4*(2), 182–190. https://doi.org/10.1007/s13679-015-0153-z

Racette, S. B., Deusinger, S. S., ve Deusinger, R. H. (2003). Obesity: Overview of prevalence, etiology, and treatment. *Physical Therapy*, *83*(3), 276–288. https://doi.org/10.1093/ptj/83.3.276

Rankinen, T., Zuberi, A., Chagnon, Y. C., Weisnagel, S. J., Argyropoulos, G., Walts, B., Pérusse, L., ve Bouchard, C. (2006). The human obesity gene map: The 2005 update. *Obesity*, *14*(4), 529–644. https://doi.org/10.1038/oby.2006.71

Richard, P., Ferguson, C., Lara, A. S., Leonard, J., ve Younis, M. (2014). Disparities in physician-patient communication by obesity status. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, *51*, 004695801455701. https://doi.org/10.1177/0046958014557012

Robinson, E., ve Sutin, A. R. (2016). Parental perception of weight status and weight gain across childhood. *Pedıatrıcs*, *137*(5). https://doi.org/10.1542/peds.2015-3957

Robinson, T. N. (1999). Reducing Children's television viewing to prevent obesity. *JAMA*, *282*(16), 1561. https://doi.org/10.1001/jama.282.16.1561

Sabin, J. A., Marini, M., ve Nosek, B. A. (2012). Implicit and explicit anti-fat bias among a large sample of medical doctors by BMI, Race/Ethnicity and gender. *PLoS ONE*, *7*(11). https://doi.org/10.1371/journal.pone.0048448

Sacks, F. M., Bray, G. A., Carey, V. J., Smith, S. R., Ryan, D. H., Anton, S. D., McManus, K., Champagne, C. M., Bishop, L. M., Laranjo, N., Leboff, M. S., Rood, J. C., de Jonge, L., Greenway, F. L., Loria, C. M., Obarzanek, E., ve Williamson, D. A. (2009). Comparison of weight-loss diets with different compositions of fat, protein, and carbohydrates. *New England Journal of Medicine*, *360*(9), 859–873. https://doi.org/10.1056/nejmoa0804748

Satman, I., Yilmaz, T., Sengul, A., Salman, S., Salman, F., Uygur, S., Bastar, I., Tutuncu, Y., Sargin, M., Dinccag, N., Karsidag, K., Kalaca, S., Ozcan, C., ve King, H. (2002). Population-based study of diabetes and risk characteristics in Turkey: Results of the Turkish Diabetes Epidemiology Study (TURDEP). *Diabetes Care*, *25*(9), 1551–1556. https://doi.org/10.2337/diacare.25.9.1551

Satman, I., Tütüncü, Y., Gedik, S. (2011). The TURDEP-II Study Group, Diabetes epidemic in Turkey: results of the second population based survey of diabetes and risk characteristics in Turkey (TURDEP-II). *Diabetologia*, 54.

Sattler, K. M., Deane, F. P., Tapsell, L., ve Kelly, P. J. (2018). Gender differences in the relationship of weight-based stigmatisation with motivation to exercise and physical activity in overweight individuals. *Health Psychology Open*, *5*(1), 205510291875969. https://doi.org/10.1177/2055102918759691

Schecter, D. E. (1959). The integration of group therapy with individual psychoanalysis†. *Psychiatry*, *22*(3), 267–276. https://doi.org/10.1080/00332747.1959.11023180

Schmalz, D. L., ve Colistra, C. M. (2016). Obesity stigma as a barrier to healthy eating behavior. *Topics in Clinical Nutrition*, *31*(1), 86–94. https://doi.org/10.1097/tin.0000000000000060

Schwingshackl, L., ve Hoffmann, G. (2013). Long-term effects of low-fat diets either low or high in protein on cardiovascular and metabolic risk factors: A systematic review and meta-analysis. *Nutrition Journal*, *12*(1). https://doi.org/10.1186/1475-2891-12-48

Sengier , A. (2005). Multifactorial etiology of obesity: nutritional and central aspects. *Rev Med Brux*, *26*, 211–214.

Shank, L. M., Schvey, N. A., Ekundayo, K., Schreiber-Gregory, D., Bates, D., Maurer, D., Spieker, E., Stephens, M., Tanofsky-Kraff, M., ve Sbrocco, T. (2019). The relationship between weight stigma, weight bias internalization, and physical health in military personnel with or at high-risk of overweight/obesity. *Body Image*, *28*, 25–33. https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2018.11.003

Shapira, N. A. (2005). Satiety dysfunction in prader-willi syndrome demonstrated by fmri. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, *76*(2), 260–262. https://doi.org/10.1136/jnnp.2004.039024

Shawky, R. M., ve Sadik, D. I. (2012). Genetics of obesity. *Egyptian Journal of Medical Human Genetics*, *13*(1), 11–17. https://doi.org/10.1016/j.ejmhg.2011.08.005

Sims, E. A. H. (1989). Storage and expenditure of energy in obesity and their implications for management. *Medical Clinics of North America*, *73*(1), 97–110. https://doi.org/10.1016/s0025-7125(16)30694-0

Sothern, M. S., ve Gordon, S. T. (2003). Prevention of obesity in young children: A critical challenge for medical professionals. *Clinical Pediatrics*, *42*(2), 101–111. https://doi.org/10.1177/000992280304200202

Spahlholz, J., Pabst, A., Riedel-Heller, S. G., ve Luck-Sikorski, C. (2016). Coping with perceived weight discrimination: Testing a theoretical model for examining the relationship between perceived weight discrimination and depressive symptoms in a representative sample of individuals with obesity. *International Journal of Obesity*, *40*(12), 1915–1921. https://doi.org/10.1038/ijo.2016.164

Staffieri, J. R. (1967). A study of social stereotype of body image in children. *Journal of Personality and Social Psychology*, *7*(1, Pt.1), 101–104. https://doi.org/10.1037/h0021227

Stamatakis, E., Ekelund, U., ve Wareham, N. J. (2007). Temporal trends in physical activity in England: The Health Survey for England 1991 to 2004. *Preventive Medicine*, *45*(6), 416–423. https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2006.12.014

Sutin, A. R., Stephan, Y., Luchetti, M., ve Terracciano, A. (2014). Perceived weight discrimination and C-reactive protein. *Obesity*, *22*(9), 1959–1961. https://doi.org/10.1002/oby.20789

Switzer, N. J. (2013). Current trends in obesity: Body Composition Assessment, weight regulation, and emerging techniques in managing severe obesity. *Journal of Interventional Gastroenterology*, *3*(1), 34. https://doi.org/10.7178/jig.106

Tapking, C., Benner, L., Hackbusch, M., Schüler, S., Tran, D., Ottawa, G. B., Krug, K., Müller-Stich, B. P., Fischer, L., ve Nickel, F. (2020). Influence of body mass index and gender on stigmatization of obesity. *Obesity Surgery*, *30*(12), 4926–4934. https://doi.org/10.1007/s11695-020-04895-5

T.C.Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (2017). *Diyetisyenler İçin Hasta İzleme Rehberi/ Ağırlık Yönetimi El Kitabı*, 1081, Ankara, 2017

T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (2019). *Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA)*. 1132, Ankara, 2019

Tomiyama, A. J., Finch, L. E., Belsky, A. C., Buss, J., Finley, C., Schwartz, M. B., ve Daubenmier, J. (2014). Weight bias in 2001 versus 2013: Contradictory attitudes among obesity researchers and health professionals. *Obesity*, *23*(1), 46–53. https://doi.org/10.1002/oby.20910

Uyanık, G. , Yılmaz, M. ve Şahin, A. (2020). Sağlık Bilimleri Öğrencilerinin Obezite ile İlgili Önyargılarının Belirlenmesi. Genel Sağlık Bilimleri Dergisi, 2 (1), 48-58. Retrieved from https://dergipark.org.tr/tr/pub/jgehes/issue/53907/690735

van Aggel-Leijssen, D. P. C., Saris, W. H. M., Hul, G. B., ve van Baak, M. A. (2001). Short-term effects of weight loss with or without low-intensity exercise training on fat metabolism in obese men. *The American Journal of Clinical Nutrition*, *73*(3), 523–531. https://doi.org/10.1093/ajcn/73.3.523

Vartanian, L. R., ve Novak, S. A. (2011). Internalized societal attitudes moderate the impact of weight stigma on avoidance of exercise. *Obesity*, *19*(4), 757–762. https://doi.org/10.1038/oby.2010.234

Wahba, I. M., ve Mak, R. H. (2007). Obesity and obesity-initiated metabolic syndrome: Mechanistic links to chronic kidney disease. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, *2*(3), 550–562. https://doi.org/10.2215/cjn.04071206

Wang, S. S., Brownell, K. D., ve Wadden, T. A. (2004). The influence of the stigma of obesity on overweight individuals. *International Journal of Obesity*, *28*(10), 1333–1337. https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0802730

Wangensteen , T., Undlien, D., Tonstad, S., ve Retterstol, L. (2005). Genetic causes of obesity. *Tidsskr Nor Laegeforen*, *125*(22), 3090–3093.

Wareham, N. J., van Sluijs, E. M., ve Ekelund, U. (2005). Physical activity and obesity prevention: A review of the current evidence. *Proceedings of the Nutrition Society*, *64*(2), 229–247. https://doi.org/10.1079/pns2005423

Wee, C. C., Davis, R. B., Chiodi, S., Huskey, K. W., ve Hamel, M. B. (2014). Sex, race, and the adverse effects of social stigma vs. other quality of life factors among primary care patients with moderate to severe obesity. *Journal of General Internal Medicine*, *30*(2), 229–235. https://doi.org/10.1007/s11606-014-3041-4

Wee, C. C., Davis, R. B., Huskey, K. W., Jones, D. B., ve Hamel, M. B. (2012). Quality of life among obese patients seeking weight loss surgery: The importance of obesity-related social stigma and functional status. *Journal of General Internal Medicine*, *28*(2), 231–238. https://doi.org/10.1007/s11606-012-2188-0

Weiss, M. G., Ramakrishna, J., ve Somma, D. (2006). Health-Related Stigma: Rethinking Concepts and Interventions 1. *Psychology, Health & Medicine*, *11*(3), 277–287. https://doi.org/10.1080/13548500600595053

Williams, R. L., Schaefer, C. A., Shisslak, C. M., Gronwaldt, V. H., ve Comerci, G. D. (1986). Eating attitudes and behaviors in adolescent women: Discrimination of normals, dieters, and suspected bulimics using the eating attitudes test and eating disorder inventory. *International Journal of Eating Disorders*, *5*(5), 879–894. https://doi.org/10.1002/1098-108x(198607)5:5<879::aid-eat2260050509>3.0.co;2-8

Wilson, C. P. (1991). Personality Structure and Psychoanalitic Treatment of Obesity. In C. P. Wilson, C. C. Hogan, & I. L. Mintz (Eds.), *Psychodynamic Technique in the Treatment of the Eating Disorders* (pp. 81–95). essay, Northvale, New Jersey, London.

Wirth, A., ve Krause, J. (2001). Long-term weight loss with sibutramine. *JAMA*, *286*(11), 1331. https://doi.org/10.1001/jama.286.11.1331

World Health Organization. (2002). *Obesity and overweight*. World Health Organization. Retrieved November 24, 2021, from https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight.

World Health Organization (2018). *Obesity and Overweight*. World Health Organization. Retrieved December 22, 2021, from https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight

World Health Organization (2011, February 4). *World cancer day 2011: New physical activity guidance can help prevent breast, colon cancers* . Retrieved November 27, 2021, from https://www.iarc.who.int/wp-content/uploads/2018/07/pr205_E.pdf.

Wott, C. B., ve Carels, R. A. (2010). Overt weight stigma, psychological distress and weight loss treatment outcomes. *Journal of Health Psychology*, *15*(4), 608–614. https://doi.org/10.1177/1359105309355339

Yanovski, S. Z., ve Yanovski, J. A. (2002). Obesity. *New England Journal of Medicine*, *346*(8), 591–602. https://doi.org/10.1056/nejmra012586

Yılmaz, C. Y., & Dinç, Z. F. (2010). Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu'nda öğrenim Gören Genç Kadin ve Erkek öğrencilerin Kilofobi Düzeylerinin Karşilaştirilmasi. *Ankara*

Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu SPORMETRE Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi, 029–034. https://doi.org/10.1501/sporm_0000000172

Yumuk, V. D. (2005). Prevalence of obesity in Turkey. *Obesity Reviews*, *6*(1), 9–10. https://doi.org/10.1111/j.1467-789x.2005.00172.x

Yüksel, H., ve Onat, A. (2017). Türk Erişkinlerinde Obezite ile Abdominal Obezite, Belirleyicileri ve Sonuçları. In A. Onat (Ed.), *TEKHARF 2017: Tıp Dünyasının Kronik Hastalıklara Yaklaşımına öncülük* (pp. 142–153). essay, Logos Yayıncılık.

EKLER

Ek 1. Değerlendirme Anketi

1. Yaşınız
2. Cinsiyetiniz Kadın ☐ Erkek ☐
3. Sınıfınız. Birinci Sınıf ☐ Altıncı Sınıf ☐
4. Boyunuz
5. Kilonuz
6. Şişman insanlara ne kadar sıcak ya da soğuk duygular beslersiniz?

Çok soğuk 0 ☐ 1☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ Çok sıcak

7. Zayıf insanlara ne kadar sıcak ya da soğuk duygular beslersiniz?

Çok soğuk 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ Çok sıcak

8. Hangi ifade seni en iyi tanımlar?

   ☐ şişman insanları zayıf insanlara güçlü tercih ederim.

   ☐şişman insanları zayıf insanlara orta derecede tercih ederim.

   ☐ şişman insanları zayıf insanlara az tercih ederim.

   ☐ şişman insanlarla zayıf insanlarlara eşit tercih ederim.

   ☐ zayıf insanları şişman insanlara az tercih ederim.

   ☐ zayıf insanları şişman insanlara orta derecede tercih ederim.

   ☐ zayıf insanları zayıf insanlara güçlü tercih ederim.

9. Kendinizi zayıf insanlarla ne kadar özdeşleştirirsiniz?

   Aşırı sıcak 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Hiç yakın değil

10. Kendinizi şişman insanlarla ne kadar özdeşleştirirsiniz?

    Aşırı yakın 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Hiç yakın değil

11. Eğer isterseniz 3-5 kilo vermek ne kadar zordur?

☐ çok zor

☐ orta derecede zor

☐ neredeyse zor

☐ nerdeyse kolay

☐ orta derecede kolay

☐ çok kolay

12. Kilonuz kimliğiniz açısından ne kadar önemli?

Aşırı önemli 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Hiç önemli değil

13. Çoğunluk 'şişman insanları zayıf insanlara tercih' mi ediyor?

☐ zayıf insanları şişman insanlara güçlü tercih ediyor.

☐ zayıf insanları şişman insanlara orta derecede tercih ediyor.

☐ zayıf insanları şişman insanlara az tercih ediyor.

☐ zayıf insanları şişman insanlara eşit tercih ediyor.

☐ şişman insanları zayıf insanlara az tercih ediyor.

☐ şişman insanları zayıf insanlara orta derecede tercih ediyor.

☐ şişman insanları zayıf insanlara güçlü tercih ediyor.

14. İnsanların kiloları üzerinde ne kadar kontrolleri var?

☐ hiç kontrolleri yok

☐ biraz kontrolleri var

☐ orta derecede kontrolleri var

☐ oldukça kontrolleri var

☐ çok kontrolleri var

15. Başka insanlara göre kilom:

☐ aşırı şişmanım

☐ orta derecede şişmanım

- ☐ az şişmanım
- ☐ ne şişmanım ne zayıfım
- ☐ az zayıfım
- ☐ orta derecede zayıfım
- ☐ aşırı zayıfım

16. Şu anki kilom:
    - ☐ aşırı şişmanım
    - ☐ orta derecede şişmanım
    - ☐ az şişmanım
    - ☐ ne şişmanım ne zayıfım
    - ☐ az zayıfım
    - ☐ orta derecede zayıfım
    - ☐ aşırı zayıfım
17. Başkalarına kıyasla kilom:
    - ☐ aşırı şişmanım
    - ☐ orta derecede şişmanım
    - ☐ az şişmanım
    - ☐ ne şişmanım ne zayıfım
    - ☐ az zayıfım
    - ☐ orta derecede zayıfım
    - ☐ aşırı zayıfım

HAM VERİLER

FORMLAR

PATENT HAKKI İZNİ

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

TIP FAKÜLTESİ EĞİTİMİNİN TIP ÖĞRENCİLERİNİN OBEZİTE ALGISI ÜZERİNDEKİ ETKİSİNİN ARAŞTIRILMASI

ORİJİNALLİK RAPORU

%13	%12	%1	%5
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	%3
2	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	%1
3	obezitekongresi.org İnternet Kaynağı	%1
4	dspace.baskent.edu.tr İnternet Kaynağı	%1
5	Submitted to Bülent Ecevit Üniversitesi Öğrenci Ödevi	%1
6	Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK) Öğrenci Ödevi	<%1
7	atif.sobiad.com İnternet Kaynağı	<%1
8	nek.istanbul.edu.tr:4444 İnternet Kaynağı	<%1

acikerisim.baskent.edu.tr