T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
BESLENME VE DİYETETİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Tez Yöneticisi
Dr. Öğr. Üyesi Sedef DURAN

DİYETİSYEN VE DİYETİSYEN ADAYLARININ OBEZ BİREYLERE KARŞI TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

(Yüksek Lisans Tezi)

Zehra Seray ESKİOCAK

EDİRNE – 2021

T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
BESLENME VE DİYETETİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Tez Yöneticisi
Dr. Öğr. Üyesi Sedef DURAN

DİYETİSYEN VE DİYETİSYEN ADAYLARININ OBEZ BİREYLERE KARŞI TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

(Yüksek Lisans Tezi)

Zehra Seray ESKİOCAK

Tez no:

EDİRNE – 2021

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam boyunca bana yol gösteren ve desteklerini esirgemeyen değerli hocam ve tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Sedef DURAN'a, tez çalışmamın yürütülmesinde bana gerekli izinleri ve baştan sona her türlü desteği veren Anabilim Dalı başkanımız Prof. Dr. Aydan ERCAN başta olmak üzere tüm kıymetli hocalarımız ve enstitü çalışanlarına, çalışmaya katılan değerli öğrenci ve meslektaşlarıma, her zaman desteklerini hissettiğim kıymetli eşim Ümit ESKİOCAK'a, annem Hatice SÖNMEZ'e, abim Eymen SÖNMEZ'e ve minik kızım Ela'ya, beni her zaman yönlendiren ve yanımda olan canım arkadaşlarım Arş. Gör. Nimet SERMENLİ AYDIN ve Arş. Gör. Şeyma KALKUZ'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ 1

GENEL BİLGİLER 3

OBEZİTE 3

OBEZİTE ÖNYARGISI VE AĞIRLIK FOBİSİ 5

OBEZİTE ÖNYARGISININ YOL AÇTIĞI SORUNLAR 10

SAĞLIK ALANINDA OBEZİTE ÖNYARGISI 14

BESLENME VE DİYETETİK ALANINDA OBEZİTE ÖNYARGISI 15

OBEZİTE ÖNYARGISINI AZALTMAK İÇİN YAPILABİLECEKLER 17

GEREÇ VE YÖNTEMLER 21

BULGULAR 26

TARTIŞMA 42

SONUÇLAR 52

ÖZET 55

SUMMARY 57

KAYNAKLAR 58

ŞEKİLLER LİSTESİ 68

ÖZGEÇMİŞ 70

ŞEKİLLER LİSTESİ 68

ÖZGEÇMİŞ 70

EKLER

SİMGE VE KISALTMALAR

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

BKİ: Beden Kütle İndeksi

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

FDÖ: Figür Derecelendirme Ölçeği

HPA: Hipotalamik-hipofiz-adrenal

OÖD: Obezite Önyargısı Düzeyi

OÖÖ: Obezite Önyargı Ölçeği

OÖY: Obezite Önyargısı

TBSA: Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması

TURDEP: Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinoloji Hastalıklar Prevalansı

GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün tanımına göre fazla kiloluluk ve obezite, sağlığı bozabilecek anormal veya aşırı derecede yağ birikimi durumudur. Obezite günümüzde dünya çapında ve ülkemizde sıklığı sürekli artmakta olan yaygın bir halk sağlığı problemi haline gelmiştir (1, 2). Obezite ile bağlantılı durum ve hastalıklar klinik, fizyolojik ve psikolojik açıdan çokça araştırılmış, fakat obezitenin sebep olduğu sosyal sorunlar yeterince ele alınmamıştır (3). Büyük bedenli bireyler fiziki rahatsızlıkların beraberinde yakın çevresinin gösterdiği tutumlardan kaynaklanan sosyolojik ve psikolojik problemlerle de uğraşmak durumundadır (4-6). Obezitesi olan bireylerin karşılaştığı sosyal sorunlar içerisinde sosyal damgalanma, önyargı ve ayrımcılık en önemli sorunlardandır ve oldukça yaygındır (3, 6, 7). Önyargı, hatalı veya eksik bir yargılama süreci sonucu oluşan, bir gruba ya da bireye karşı gösterilen genellikle olumsuz tutum olarak tanımlanmaktadır (8). Obezite önyargısı (OÖY) ise obezitesi olan bireylere ilişkin olumsuz tutum ve kalıp yargılara sebep olan "şişmanlık/ağırlığa yönelik patolojik bir korku durumu" şeklinde tanımlanan ağırlık ve/veya şişmanlık fobisidir (9).

Obezitesi olan bireyler işyerlerinde, eğitim ve sağlık ortamlarında sürekli olumsuz tutumları deneyimlemektedir (10). Sağlık alanındaki OÖY'nin olumsuz sağlık sonuçlarına yol açabilmesinin yanı sıra obezite salgını ile etkili bir şekilde mücadele etme çabalarını engelleyebileceğinden nispeten daha tehlikeli olduğu düşünülmektedir (11, 12). Olumsuz tutumlar ve düşünceler etik olmayan ve etkisiz tedavi ile sonuçlanabilir, ayrıca bireyler bu nedenden dolayı sağlık hizmeti almayı geciktirmektedir (3, 9, 13, 14). Çalışmalar OÖY'nin sağlık çalışanları arasında azımsanamayacak seviyede olduğunu ortaya koymaktadır. Özellikle diyetisyenler yüksek ağırlıktaki bireylerle çok zaman geçirmekte ve obezite

yönetiminde çok önemli rol oynamaktadır (15, 16). Buna rağmen diyetisyenlerde OÖY ve tutumları ile ilgili yapılan çalışmalar hala çok sınırlıdır (9, 13-17). OÖY'nin ve sağlık alanı içerisindeki yaygınlığının ciddi sonuçları göz önüne alındığında, önyargıları kırmak amacıyla etkili ve teorik müdahaleler geliştirme gereği kaçınılmaz görünmektedir. Özellikle diyetisyen ve diyetisyen adaylarının obezite önyargısı düzeyi (OÖD)'nin erkenden saptanıp etkili faktörlerin belirlenerek gerekli müdahalelerin yapılması çok önemlidir.

Literatür taramasına göre ülkemizde hem diyetisyenleri hem öğrencileri bir arada inceleyerek OÖD değerlendiren çalışma bulunamamıştır. OÖD'ye etki eden çoklu etkenleri bir arada inceleyen çalışmalar mevcut olsa da bu çalışmalar sayıca az olmakla birlikte değerlendirdiği faktör sayısı sınırlıdır. Bu çalışmayı planlamaktaki amaç diyetisyenlerin ve diyetisyen adaylarının obez bireylere karşı tutumlarını ve OÖD'lerini değerlendirmek ve gruplar arasındaki farkları saptamaktır. Bunun yanında eğitim aldıkları dört yılda ve mesleğe atıldıktan sonra obezite konusundaki tutum ve önyargılarında meydana gelebilecek değişim hakkında fikir sahibi olmak amaçlanmaktadır. Bir başka yönüyle de amaç, OÖD ve olumsuz tutumların çeşitli faktörlere bağlı olarak değişkenlik gösterip göstermediğini belirlemektir.

GENEL BİLGİLER

OBEZİTE

Obez sözcüğünün Latince kökeni obedere, obes- ("ob-" öneki aşırı, "-es" eki yemek, "obes-" aşırı yemek) fiilinden türetilmiş obese (Fransızca obése) kelimesidir (18). DSÖ'nün tanımına göre fazla kiloluluk ve obezite, sağlığı bozabilecek ölçüde anormal veya aşırı derecede yağ birikmesi durumudur (2). Vücut yağ yüzdesini belirlemek ağırlık ölçümü kadar kolay olmadığından obezite aşırı yağdan çok aşırı ağırlık olarak ifade edilmektedir (19). Fazla ağırlıkta olmak DSÖ'ye göre dünya çapında büyük bir tehdit haline gelmiştir (15, 20).

Obezitenin ölçüm yöntemlerinden olan beden kütle indeksi (BKİ), yetişkinlerde obeziteyi sınıflamak için yaygın olarak kullanılan pratik bir orandır (2, 21). Aynı zamanda adiposite ölçümünde ilk basamaktır. Bunun yanında obezite ile ilişkili morbidite-mortalite riskini saptamaya yarayabilmektedir. Ölçümü basit ve güvenilirdir, yağ yüzdesi ile genellikle koreledir (22). Bireyin bedenindeki yağ kütlesiyle bağlantılı olmasına rağmen yağ miktarını doğrudan ölçemediğinden ve kas kütlesini de kapsamadığından BKİ ile her zaman doğru sınıflama yapılmayabilmektedir (9, 21).

Obezite çok nedenli bir durumdur; çeşitli genetik, hormonal veya çevresel sebeplerle ilişkilendirilebilmektedir (15). Sosyokültürel (besin ortamı, yürüyebilme gibi), biyofiziksel (genetik ve nöroendokrinoloji gibi), psikolojik (depresyon ve stres gibi) ve medikasyonla ilişkili faktörler gibi birçok etken, enerji alımının artıp kullanımının azalmasına katkıda bulunabilmektedir (15, 20). Bunların yanında obezite oluşumuna etkisi olduğu varsayılan diğer etmenler cinsiyet, yaş, gelir düzeyi, eğitim durumu gibi demografik etmenler; sık aralıklarla düşük enerjili diyet uygulanması, sigara ve/veya alkol kullanımı, kent yaşamı, toplu taşıma araçlarının kullanılmasında artış, arazi kullanımın farklılaşması, hazır besine

ulaşımın kolaylaşması, sanayi ve teknolojik gelişmeler sonucu beden gücüne olan ihtiyacın azalması ve buna bağlı olarak enerji harcanmasının azalması gibi çevresel faktörlerdir (23, 24). DSÖ'ye göre obezite oluşumunda altta yatan temel sebep istenmeyen pozitif enerji dengesine bağlı ağırlık kazanımıdır (2). Sharma ve Padwal (25)'ın pozitif enerji dengesine yol açan faktörleri özetledikleri açıklayıcı model, enerji alımını ve harcamasını (diyet, metabolizma ve aktivite) düzenleyen üç temel unsuru vurgulamaktadır. Bu faktörlerden biri diğerlerinde eşitlenmeden pozitif enerji dengesi oluşunca vücut ağırlığı artmaktadır. Faktörlerin metabolizmasını etkileyen etmenlerin bireyin yaşı, cinsiyeti, genetiği, hormonları, iskelet kasları ve ilaçları olduğu ifade edilmektedir. Bu modele göre diyet ve aktivite unsurları ise biyomedikal, zihinsel, tıbbi ve sosyokültürel faktörlerden etkilenmektedir (25).

Obezite prevalansının dünyada 1975 yılından bu yana yaklaşık üç katına çıkmış olduğu bilinmektedir. DSÖ'nün verilerine göre 2016 yılında dünyada 650 milyondan fazlası bireyin obez olduğu bildirilmektedir. Bu verilere göre dünya nüfusunda 18 yaş ve üzeri yetişkinlerin yaklaşık %13 kadarı obezdir (2). Almanya %23,6 ve Amerika Birleşik Devletleri (ABD) %38,2 obezite sıklığıyla orta ve yüksek obezite prevalans oranlarına sahip ülkeler olarak belirtilmektedir (26). Diğer ülkelerde olduğu gibi Türkiye'de de obezite prevalansı günden güne yükselmektedir. Sağlık Bakanlığı'nca yürütülen 12137 katılımcılı 2017 Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA)'ya göre obezite sıklığı %27,8 bulunmuştur. Türkiye Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Prevalansı Hanehalkı Sağlık Araştırması (STEPS-2017)'nde ise %28,8 olduğu gösterilmiştir (1). Diğer geniş kapsamlı çalışmalardan 25000 bireyin tarandığı Türkiye'de Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri Çalışması (TEKHARF)'de prevalans %25 bulunmuştur (27). 26500 bireyin katılımı ile gerçekleştirilen Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinoloji Hastalıklar Prevalansı (TURDEP)-II çalışmasında bu oran %35'tir. Sonuçlar TURDEP-I çalışmasıyla karşılaştırıldığında 2010 yılında obezite prevalansının %40 artarak %22,3'ten (1998 verileri) %31,2'lere ulaştığı saptanmıştır (28).

Açlık ve yoksulluğun bazı toplumlarda halen var olmasına rağmen birçok yerde beslenme yetersizliği ve enfeksiyonla ilişkili hastalıkların yerini gereğinden fazla beslenme ve yüksek ağırlığın sebep olduğu sorunlar almaktadır. Önceleri gelişmiş ülke rahatsızlığı gibi görülürken obezite, günümüzde gelişmekte olan ülkelerde de önemli bir sağlık problemi olarak yerini almaktadır. Engellenebilir ölümlerin en önde gelen sebebi sigara, ikinci obezitedir. DSÖ asrın en ciddi sağlık sorununun obezite olmaya devam edeceğini belirtmiştir (29). Obezite refah ve sağlık üzerinde olumsuz fizyolojik sonuçlara sahip olmasının yanı sıra sosyal hayatı da etkilemektedir (15). Kişiler sırf obeziteleri olduğu için toplumda suçlanarak

sosyal ayrımcılığa maruz kalmaktadır (23, 30). Obezitesi olan bireylerin günlük yaşam aktivitelerinde dahi kaygı düzeyleri yükselmektedir. Bu bireyler yüzme sporundan, kıyafet denemekten, halka açık alanda yemek gibi günlük durumlardan dahi endişe duymaktadır (31).

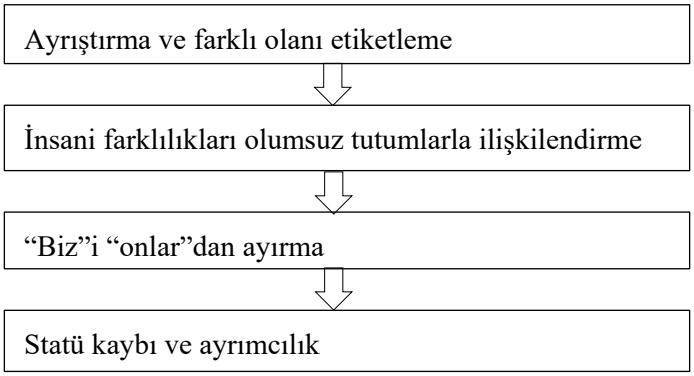
OBEZİTE ÖNYARGISI VE AĞIRLIK FOBİSİ

Önyargı, Tutum ve Damgalama Kavramları

Önyargı terimi genellikle cinsiyet, ırk, etnik köken, din veya görünüm gibi bir kategoriye veya kategorilere dayanarak bir birey veya grup hakkında önceden düşünülmüş kanılara varma durumu olarak tanımlanmaktadır (32). Türk Dil Kurumu'na göre ön yargının (bu terim literatürümüzde genellikle "önyargı" olarak geçmektedir) anlamı ise bir birey ya da bir nesne ile alakalı belirli koşul, olay ve görüntülere dayanarak önden edinilmiş olumsuz ya da olumlu yargı, peşin hüküm veya fikir olarak açıklanmaktadır (33). Önyargı, bireyin başka bireyler veya toplumsal gruplara yönelik sevgi veya düşmanlık hissetmesine sebep olan koşullanmış, çoğunlukla duygusal tutumları yansıtan sığ bir inanıştır (32). Hatalı ya da eksik bir yargılama süreci sonucu oluşmuştur ve genellikle olumsuz bir tutum olarak kendini göstermektedir. Tutum zihinsel bir olgudur, ayrımcılığın ifade edilmesiyse bundan farklı olarak gözlemlenebilir davranışlar bütünüdür. Olumsuz tutum ise belirli bir özellik sebebiyle bireylere farklı muamele yapılması olarak tanımlanmaktadır (34).

Damgalama teriminin kökeni, esir kamplarından kaçmak isteyen kölelerin stigma adı verilen işaretle dağlanarak damgalandığı eski bir Yunan uygulamasından gelmektedir (35). Günümüzde ise anlamı genişlemiş olup onu taşıyan bireyi kalıplardan farklı kılacak herhangi bir özelliği tanımlamaktadır (34). Link ve Phelan (36), "etiketleme, stereotipleme, ayrıştırma, statü kaybı ve ayrımcılık unsurları birlikte ortaya çıktığında" damgalama terimini kullanmayı önermektedir. Damgalama süreci (Şekil 1) dört aşamalıdır. İlk aşama, bir özellik veya durum (örneğin, ten rengi, cinsiyet, cinsel tercih veya ağırlık) olarak kabul edilmektedir. Bazı özellikler gizlenebilirken obezite gibi görünür koşullar gizlenemez ve bu nedenle ilk izlenimi etkileyebilmektedir. İkinci aşama, olumsuz stereotiplerin bilinçli (açık tutumlar) veya bilinçsiz (örtük tutumlar) damgalanmış bir durumla nasıl ilişkilendirildiğini açıklamaktadır (36). Negatif stereotipler ve kalıplaşmış düşünceler, daha çok bir koşul kontrol edilebilir olarak algılandığında uygulanmaktadır. Kontrol edilebilirlik düşüncesi yani bireysel sorumluluk, suçlama, öfke ve sempati eksikliği gibi olumsuz tepkileri arttırmaktadır (37). Etiketlenen insanların dışlanması, damgalamanın üçüncü aşamasıdır. Bu aşama, örneğin

obezite hastalarının diğerlerinden nasıl ayrıldığını olumsuz klişeler temelinde açıklamaktadır (36). Link ve Phelan (38) damgalanan bu bireyleri dışlamak ve bunlardan kaçınmakla sonuçlanan bu aşamayı "biz"i "onlar"dan ayırma süreci olarak tanımlamaktadır. Ayrımcılık, yapısal düzeyde damgalanmış bireyin değersizleştirilip reddedilmesi ve dışlanmasıyla ifade edilmektedir. Obezite örneklemesinde ise obez bireyleri farklı olarak etiketleyerek (birinci aşama), onlara olumsuz özellikler atayarak (ikinci aşama) ve onları diğerlerinden uzak tutarak (üçüncü aşama) dördüncü aşama olan ayrımcılık meşrulaştırılmaktadır (36).



Şekil 1. Damgalamanın aşamaları (36)

Obezite Önyargısı ve Ağırlık Fobisi Kavramları

Goffman (39)'ın 1963 yılında damgalama üzerine çığır açan çalışmasını yayınladığı aynı on yılda, ağırlık tabanlı damgalama konusu araştırmacıların odak noktasına gelmiştir. Ağırlık önyargısı ya da OÖY, Robinson (18) tarafından fazla ağırlıklı ve obez bireylere karşı olumsuz tutumlar ve yakıştırmalarla ilişkili basmakalıp düşüncelere ve açık davranışlara sebep olan bir ağırlık veya şişmanlık fobisi olarak tanımlanmaktadır. OÖY, ağırlıkla ilişkili olumsuz tutumların yanında olumsuz inanış, varsayım ve yargıları içermektedir (40, 41). Bu negatif tutum ve düşünceler fazla ağırlıklı bireylerin disiplinsiz, inaktif, çekici olmayan ve düşük hijyene sahip oldukları gibi birçok görüşü kapsamaktadır (12, 15). Bu durumu tanımlamak için araştırmacılar tarafından "şişman fobisi" (18), "obezlere karşı olumsuz sosyal kalıp yargılar" (42), "şişmanlara karşı önyargı" (43) gibi kavramlar kullanılmıştır. Ağırlık fobisinin dışındaki tanımların çoğunun bu kavramı ifade etmek için oldukça sert olduğu görülmektedir ve bu kavramlar şişman olma korkusuna daha az vurgu yapmaktadır. Robinson'un ilk olarak 1993 yılında kullanmış olduğu fat phobia yani ağırlık, şişman ya da şişmanlık fobisi terimi Yunanca'da geniş gemi anlamına gelen "faettra" sözcüğü ile korku anlamına gelen phobias kelimelerinin bir arada kullanılmasıyla oluşturulmuştur (18, 35). Ağırlık fobisi aynı zamanda bu negatif tutumlarda patolojik şişmanlık korkusu, obezitesi olan

bireylere karşı duyulan korku ve şişmanlama korkusu olarak da etkisini göstermektedir (44, 45). Şişmanlık veya ağırlık fobisi ve bunun sonucunda oluşan OÖY, ayrımcılığın sosyal olarak kabul edilebilir bir biçimi olarak da tanımlanmaktadır (46).

Obezitesi olan bireylerin dışında, "zayıf" olarak sınıflandırılan ergenlerin ve yeme bozukluğu (örneğin, anoreksiya, bulimia nervoza ve tıkınırcasına yeme bozukluğu) olan bireylerin ağırlık bağlantılı damgalanma yaşadıklarına dair kanıtlar bulunmaktadır (47).

Obezite önyargısı, açık önyargı ve dolaylı önyargı olmak üzere iki ayrı kategoride incelenebilmektedir. Açık OÖY, obez bireylerin tembel ve kendini kontrol etmede yetersiz olduğu, obezitenin kişilik kusurlarından dolayı ortaya çıktığı ve ağırlık kaybetmedeki başarısızlığa yalnızca yapılması gerekenleri uygulamamanın sebep olması gibi olumsuz tutumları bilinçli bir şekilde dışa vurmayı seçmek olarak tanımlanabilmektedir (48). Açık OÖY aynı zamanda aşağılayıcı ya da küçümseyici sözler, hakaretler ve şakalar gibi uygunsuz sözlü yorumları, bunun yanı sıra yersiz hareketler ve yüz ifadeleri gibi sözlü olmayan davranışları da içerebilmektedir (49). Dolaylı OÖY ise bilinçli farkındalığın ötesindeki yargıları kapsamaktadır. Bu yargılar bireyin bilincine yerleşmiştir, bunları ölçmek ve incelemek ayrıca yöntemler gerektirmektedir (48). OÖY'ye sahip olabilmelerine rağmen bireyler genelde bunu reddetmekte, fakat olumsuz davranış ve nitelikleri otomatikman obez bireylerle ilişkilendirmektedir (50).

Carels ve Latner (51), OÖY'yi birden çok tavrı kapsayacak şekilde tanımlamıştır:

- Olumsuz tutumlar (örneğin, büyük bedenli bireylere yönelik rahatsızlık veya hoşnutsuzluk),
- Kalıplaşmış yargılar veya klişeler (ör. tembel, motivasyonsuz, çekici olmayan),
- Sözlü saldırı (örneğin, alay, ağırlığa dayalı şakalar),
- Fiziksel saldırı (örneğin, vurma, itme) ve
- Fiziksel engeller (örn. dar sandalyeler) (46).

Obezite önyargısı konusunda yapılmış yakın zamandaki ilk çalışma, 2001 yılında Puhl ve Brownell (49) tarafından yürütülmüştür ve istihdam, sağlık ve eğitim alanlarında OÖY ve ayrımcılık konularını ele almıştır. Ancak obezitesi olan bireylere karşı olumsuz tutumlar konusu yeni değildir, 1969 yılında Maddox ve Liederman (52) tarafından bir tıp kliniğinde yürütülen çalışmada katılımcıların obez hastaları zeki olmayan, başarısız, iradesiz ve aktif olmayan bireyler olarak değerlendirdikleri; doktorların bu hastaları tedavi etmemeyi tercih ettikleri ve tedavide başarı beklemedikleri ortaya konmuştur.

Günlük Yaşamda Obezite Önyargısı

Fazla kilolu ve obez bireyler, bahsi geçen ayrımcılık ve olumsuz kalıplaşmış yargı ve tutumlara günlük olarak ve yaşam boyunca karşı karşıya gelmektedir. Obezitesi olan bireyler normal ağırlıktaki bireylere göre hem gündelik hayatta hem de yaşam boyu kişilerarası ayrımcılığı daha sık deneyimlemektedir (53). Obez çocuklar ve yetişkinler sağlık ortamlarında, kişilerarası ilişkilerde, meslek ve eğitim alanlarında ayrımcılık ve önyargılarla sürekli karşı karşıya kalmaktadır (8, 53, 54).

Bazı çalışmalar, obez bireylere karşı olumsuz tutumların istihdam fırsatlarını olumsuz etkileyebileceğini göstermektedir (12, 55). Çalışma hayatında OÖY işe alım, terfi etme ve benzer durumlarda engel olarak bireylerin karşısına çıkmaktadır (55). Avrupa Birliği ülkelerinde yaşayan 17767 kadın ve 34679 erkeğin değerlendirildiği kesitsel bir çalışmada, ortalama BKİ'de %10'luk bir artışın sonucunda saatlik ücretlerin erkeklerde %1,9 ve kadınlarda %3,3 oranında azaldığı görülmüştür. Vatandaşlarının vücut ağırlıklarıyla daha fazla meşgul olduğu bildirilen Güney Avrupa ülkelerinde etkinin daha büyük olduğu görülmüştür. Bu konudaki ilk çalışmalardan olan 1984'te ABD'de 722 avukat ile yapılmış Ulusal Avukat Populasyonu Araştırması'nın verilerini analiz eden çalışmalar, fazla kilolu veya obez sınıflamasındaki erkek avukatlara daha az ödeme yapıldığını saptamıştır (12).

Obezite önyargısının günlük yaşama işlemiş olduğu, özellikle aşırı kilolu kız çocukların bilinçli ya da bilinçsiz olarak ebeveynleri tarafından ayrımcılığa maruz kaldıkları gösterilmektedir (18, 56). 228 ebeveyn ile yapılan bir çalışmada çocuklarının vücut ağırlığının fazla artacağından ya da obez olacaklarından çekinen katılımcıların, çocuklarının beslenme miktarlarını azaltma eğilimi gösterdikleri bulunmuştur (57). Yüksek ağırlıktaki ortalama 4 erkek ve 3 kız çocuktan 1'inin okulda yaşıtlarının dalga geçmesine maruz kaldığı bildirilmektedir (41). Ergen ve çocuklarda lakap takma, dalga geçme, şakalaşma, küfür, oyunlarda ve ortamlarda dışlama, itip kakma gibi sözlü ve fiziksel saldırılar görülen başlıca ayrımcılıklardır (3). Puhl ve Brownell (58)'in 2003 yılında ağırlıkla ilişkili damgalamanın psikososyal kökenleri üzerine yaptıkları inceleme, çocukların daha üç yaşında bile ağırlıkla ilgili ayrımcılığa maruz kaldıklarına işaret etmektedir. Bireyler yaşlılık dönemine kadar sosyal bağlamda çoğu kez bu durumlarla karşı karşıya kalmaktadır (58).

Obezite Önyargısının Sebepleri

Obezite önyargısına yol açan en önemli etkenlerden birinin fazla ağırlığın kontrol edilebileceği, bu nedenle yüksek ağırlıklarından bireylerin kendilerinin sorumlu oldukları düşüncesi olduğu tahmin edilmektedir (15, 54). Çeşitli çalışmalar obezitenin kontrol edilebilir bir durum olarak görülmesinin sonucunda bu bireylerin genellikle olumsuz tepkilerle cezalandırıldığını göstermiştir (58, 59). Obezitenin en az çevresel nedenleri kadar önemli olan biyolojik ve genetik nedenlerinin göz ardı edilmesiyle, bireyin ağırlık artışındaki sorumluluğu artmaktadır (15). Diyetisyenlerin obez ve fazla kilolu bireylere bakışının değerlendirildiği bir çalışmada, diyetisyenlere göre fiziksel hareketsizlik hem fazla kiloluluk hem de obezite için önemli bir nedensel faktör olarak tanımlanmış, ruh hali, yanlış yiyeceklerden çok fazla yeme, tekrarlanan diyet ve kişilerarası faktörler nispeten önemli olarak belirtilmiştir (60).

Obezitesi olan bireylere karşı önyargı sosyal olarak kabul edilebilir görünmekte, kitlesel iletişim araçları ile medya tarafından pekiştirilmektedir (11). Obezitenin sağlık sonuçlarına odaklanmak, zayıflığı güzelleştirip kiloluluğu karalayan medya tasvirleri ve halk sağlığı politika, program ve kampanyaları aracılığıyla kamuoyunda "şişman paniğine" yol açmıştır (40). Moda basının ve televizyon, film ve dergiler gibi popüler eğlence araçlarının ince bedenleri desteklemelerine ek olarak diğer birçok faktörün OÖY'nin oluşmasına ve devam etmesine katkıda bulunuyor olabileceği düşünülmektedir (61). İzleyicilere iletilen mesajlar obezitenin bireyin sorumluluğu olduğu düşüncesinin üstünü çizmektedir (23). Zayıf olan karakterler idealize edilip esas rollerde gösterilirken fazla kilolu karakterler ekranda az sıklıkla, ufak kalıp rollerde bulunmakta ve çoğunlukla dalga konusu olmaktadır. Bunun yanında bu bireylerde kalıplaşmış yeme alışkanlıkları görmek mümkündür (41).

Obeziteye ilişkin önyargıların nasıl ortaya çıktığını ve nasıl aşılabileceğini anlamak amacıyla damgalamanın nedenlerinin ayrıntılı şekilde araştırılması çok önemlidir (15).

Obezite Önyargısının Sıklığı

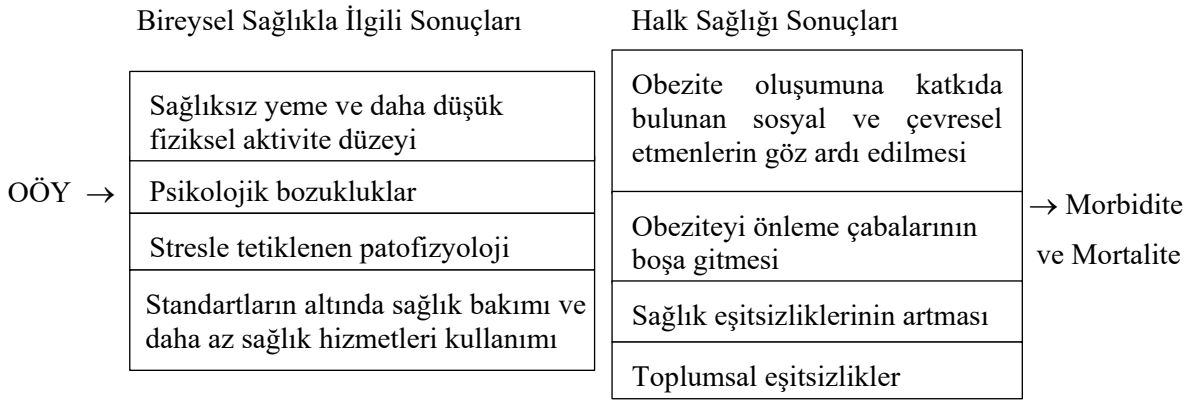
Popülasyonun ağırlığındaki artışa paralel olarak "kilolu" olarak algılanan insanlara karşı önyargıda da sezgisel bir artış söz konusudur (56). Obezite önyargısı obezite gibi dünya çapında global bir sorun haline gelmiştir (62). Normalleşme hipotezine göre, bir ülkede obezite prevalansının daha fazla olması, fazla kilo ve obezitenin yaygın ve normal olarak algılanması sonucunda düşük obezite ayrımcılığı görülmesi ile ilişkilidir. Diğer yandan obezite sıklığının daha fazla görülmesi, "sosyal ve halk sağlığı sorunu olarak obezite" farkındalığını ülkelere özgü düzeyde arttırabilmektedir. Obezitenin bir sorun olarak

algılanması ve sağlık üzerindeki sonuçlarının daha büyük olduğunun fark edilmesiyle fazla kilololuk ve obezite sıklığı yüksek olan ülkelerde bu durum obezite hastalarına karşı daha güçlü olumsuz tutumlar yaratabilmektedir (26).

1995-2006 yılları arasında ABD'de ağırlık temelli ayrımcılık ve ağırlık önyargısının %66 oranında arttığı ve yaygınlık oranlarının ırk tabanlı önyargı ile karşılaştırılabilir boyutlara ulaştığı bulunmuştur (12, 56). Ayrımcılık çeşitleri ile karşılaştırıldığında cinsiyet, ırk, yaş gibi ayrımcılıklardan sonra görülme sıklığı açısından dördüncü sıradadır (62). Ağırlık damgalaması çeşitli vücut ağırlığındaki bireylerin karşısına çıkabilse de bu olgunun en yüksek sıklıkta (yaklaşık olarak %45) ikinci veya üçüncü sınıf obezitesi olan yetişkinlere karşı varlığı rapor edilmiştir (63). Almanya ile ABD'de OÖY sıklığının karşılaştırıldığı bir çalışmada, Alman katılımcıların yaklaşık %10'unun, ABD'li katılımcıların yaklaşık %20'sinin ağırlıkları nedeniyle kendilerini dezavantajlı hissettikleri bildirilmiştir (26).

OBEZİTE ÖNYARGISININ YOL AÇTIĞI SORUNLAR

Ağırlık temelli önyargıların, artan ölüm riski dahil olmak üzere, aşırı kilolu olmanın dışında bazı olumsuz sağlık sonuçlarına neden olabileceği öne sürülmüştür (23, 64). Yapılan çalışmalar, ağırlık bağlantılı damgalamanın ve önyargıların hastaların fiziksel ve aynı zamanda mental sağlıklarını etkileyen ciddi bir sorun olduğunu göstermiştir (15, 63, 65, 66). Ağırlık damgalaması obez bireylerin psikolojik ve fiziksel sağlığını tehdit ederken obeziteyi önlemeye yönelik çabaların uygulanmasını engellemekte ve sağlık eşitsizliklerini şiddetlendirmektedir. Şekil 2'de özetlendiği gibi OÖY'nin bireysel ve halk sağlığı açısından sonuçları en sonunda obez bireylerin yaşam koşullarını kötüleştirebilmektedir (23). Bireyin sağlığını bu denli etkilemesi ve halk sağlığına etkileri nedeniyle ağırlık damgalamasının üstesinden gelmek toplumsal eşitlik ve halk sağlığı için büyük önem taşımaktadır (26).



Şekil 4. OÖY'nin bireysel sağlık ve halk sağlığı açısından sonuçları (23)

Obezite Önyargısının Mental Sağlığa Etkileri

Damgalanma sonucu bireylerin yaşadığı olumsuz deneyimler, artan depresyon riski de dahil olmak üzere duygusal ve mental sağlık için bir dizi olumsuz sonuç doğurmaktadır (63). Çalışmalar özellikle OÖY'ye maruz kalmanın depresif ruh hali ve depresyona yatkınlık, düşük benlik saygısı ve beden imgesi ile ilişkili olduğunu göstermektedir (12, 67-69). Bunların yanında bu olumsuz tutumların anksiyete bozukluğunu ve intihara eğilimi arttırdığı belirlenmiştir (12, 68). Ayrıca OÖY'ye maruziyetin sosyal izolasyon, yalnızlık ve yetersizlik hissine sebebiyet verdiği, bireysel memnuniyetsizlik yarattığı, sosyal yaşamı etkilediği, bunların yanı sıra psikolojik rahatsızlık oluşum riskini arttırdığı bildirilmiştir (70-73). Diğer yandan bu tutumlar bireylerde sigara kullanma, içkiliyken trafiğe çıkma ve alkol alımı gibi davranışlara da yol açabilmektedir (74).

İçselleştirilmiş OÖY: Bireyin obez veya fazla ağırlıkta olmanın sonucunda deneyimlediği damgalanma ve ayrımcı davranışları hak ettiğini düşünmesi içselleştirilmiş OÖY olarak tanımlanır ve kaygı verici bir durumdur (40, 75). İçselleştirilmiş OÖY'yi özellikle obezitesi olan bireyler deneyimlemektedir (72). İçselleştirilmiş OÖY, psikolojik uyumsuzluk ve depresyon, zayıf beden imajı (76), düşük benlik saygısı, koruyucu sağlık hizmetlerinden kaçınma (12) ve birinci basamak sağlık hizmetleri ortamlarına katılım eksikliği (77) dahil olmak üzere yeme patolojisi ile güçlü bir şekilde ilişkilidir.

Obezite Önyargısının Fiziksel Sağlığa Etkileri

Obezitesi olan bireylerin ağırlıklarından dolayı yargılanmaktan çekinerek sağlık hizmetlerinden kaçınmaları özellikle fiziksel sağlıklarını etkilemektedir (73). Bu durumun yanında OÖY'ye maruziyet; Tomiyama modeli (78) ile açıklanan tekrar ağırlık kazanımı, yüksek C-reaktif protein (71) ve kan basıncı (79) dahil olmak üzere bir dizi olumsuz fiziksel sağlık göstergesine ve mortaliteye (80) bağlanmaktadır.

Tomiyama Modeli: Tomiyama tarafından tanımlanan geri besleme (feedback) döngüsü modeli, ağırlık tabanlı olumsuz tutumların bireylerde tekrar ağırlık artışına nasıl yol açabileceğini göstermeyi amaçlamaktadır (15, 78). Bu modelde, ağırlığa bağlı damgalamanın artan kortizol seviyelerine ve artan yeme davranışına yol açan bir stres etkeni olarak görülebildiği ifade edilmektedir. Bu durum ağırlık artışıyla sonuçlanmaktadır, bu da daha fazla damgalanma ve OÖY'ye sebebiyet vermektedir (78).

Ağırlık önyargısına maruz kalan bireyler sürekli obezite ve ağırlık artışı açısından büyük risk altındadır (74). Yapılan bir çalışmada katılımcıların yaklaşık %80'i OÖY ile başa çıkma yöntemi olarak "yemek yediklerini" ve yaklaşık dörtte üçü "diyete başvurmayı reddettiğini" bildirmiştir (81). Bir başka çalışmada, negatif tutumları içselleştiren obezitesi olan kadınların daha fazla tıkınırcasına yeme olayı bildirdiği ve bu kadınların diyet yapma olasılıklarının azaldığı belirtilmiştir. Ayrıca OÖY'ye maruz kalan bireylerin davranışsal ağırlık kaybı programlarında daha kötü sonuçlar için daha fazla risk altında oldukları bulunmuştur (75). Ağırlık bağlantılı ayrımcılığın ağırlık artışına neden yol açtığını açıklayabilecek bir dizi olası mekanizma bulunmaktadır (82). Damgalanmaya maruz kalma psikolojik distres ile ilişkilidir, besinler beyindeki dopaminerjik ödül yollarını aktive etmekte ve ayrımcılığın olumsuz psikolojik etkilerine karşı kısa süreli rahatlama sağlayabilmektedir (23, 82). Ayrımcılık deneyimleme sonucunda verilen stres tepkileri, hipotalamik-hipofiz-adrenal (HPA) ekseninin aktivasyonu ve sonuçta kortizol ve endojen opioidlerin salınması yoluyla sağlıksız yeme davranışını da tetikleyebilmektedir (82). Deneysel çalışmalar, strese yanıt olarak artan kortizol seviyelerinin özellikle enerjisi yoğun gıdaların, opioidlerin ise lezzetli yiyeceklerin tüketimini arttırdığını göstermektedir (82, 83). OÖY deneyimleme enerji harcamaları üzerindeki etkisiyle de ağırlık değişimini etkileyebilmektedir (82).

Yapılan çalışmalar OÖY deneyimlemenin sağlıksız yeme davranışının yanı sıra fiziksel aktivite eksikliği ile de bağlantısı olduğu desteklemektedir (15, 21, 81, 84). Çalışmalar bu bireylerin kendilerine yöneltilen olumsuz tutumlar sonucunda kendilerini fiziksel aktivitede daha az yetkin gördüklerini ve egzersizden mümkün oldukça kaçınma eğiliminde olduklarını göstermektedir (82, 85).

Ayrımcılığa maruziyet fizyolojik reaktivite, hipertansiyon ve kardiyovasküler hastalık risk faktörleri ile de ilişkilendirilmektedir (63). OÖY'nin getirdiği olumsuz tutumlara maruz kalmak, her travmatik durum gibi fizyolojik reaktiviteye yani stresli uyaranlara veya olaylara tepki olarak bedensel değişikliklere sebep olmaktadır (86, 87). Fizyolojik reaktivitenin klasik belirteçleri sempatik sinir sistemi ve HPA aktivitesindeki artışlardır, genellikle "savaş ya da kaç" yanıtı olarak adlandırılmaktadır. Kalp hızı, kan basıncı, kardiyak kasılma ve kortizol seviyesi artışı, bu yanıtlar arasındadır (86). Ayrımcılık hissetme ile hipertansiyon ve kardiyovasküler hastalık risk faktörlerini ilişkilendiren teorik açıklama da kardiyovasküler reaktivite hipotezine dayanmaktadır (88). Bunların yanı sıra parasempatik sinir sistemi aktivitesi, bağışıklık fonksiyonu ve HPA olmayan endokrin fonksiyonunda değişiklikler meydana gelmesi fizyolojik reaktivite yanıtı mekanizmalarındandır (86).

Beden Algısı ve Obezite Önyargısı İlişkisi

Beden imgesi, bireyin bedenini dayandırdığı zihinsel bir yapıdır. Üç ana bileşeni vardır: algısal, tutumsal ve davranışsal. Beden algısı, bedenin zihninde şekillenen ve bireyin kendisine görünen şeklini yansıtan resmi tanımlamaktadır. Ayrıca bedenin biçim, ölçü ve şekil gibi karakteristik niteliklerini ve bunlarla ilişkin duyguları kapsayan ve zihinde bulunan resim olarak açıklanmaktadır (89). Fiziksel bedenin nasıl algılandığı, memnuniyet veya memnuniyetsizlik duygularına neden olmaktadır. Bu durum daha sonraki davranışları (örneğin kullanılan giysi ve kozmetikler, tüketilen yiyecekler, vücut şeklini veya kalıbını korumak veya değiştirmek için egzersiz, başkalarıyla etkileşim ve karşılaştırmalar) etkilemektedir. Beden imgesi, tutumları ve davranışları etkileyebilecek birçok yönü içermektedir; bunların başında görünüş yönelimi (görünüşe yatırım), görünüş değerlendirmesi (bireyin görünüşü için ne kadar eleştirel olduğu) ve toplumsal görünüş standartlarının içselleştirilmesi yer almaktadır (61).

Bir sosyo-kültürel vücut idealini içselleştirme derecesi, bir bireyin sahip olduğu OÖD'yi etkilemektedir. Daha fazla içselleştirme gösterenlerin daha fazla OÖD'ye sahip oldukları görülmektedir. Kısıtlanmış yeme davranışı gösterenler normal yiyenlere göre daha güçlü OÖY'ye ve daha yüksek derecede sosyo-kültürel ideal içselleştirmeye sahiptir (90).

Fiziksel görünümle ilgili karşılaştırma yapma eğilimi yüksek, zayıf kişisel değerlendirmeye sahip bireylerde OÖY ve negatif tutumlar bildirilmiştir. Bir çalışmaya göre, daha düşük beden memnuniyetine sahip olan bireyler yüksek olan grupla karşılaştırıldığında işe alım kararlarında obezitesi olanlara OÖY göstermeye daha yatkınlardır (61).

Obezite önyargısını kabullenen bireylerde vücut ağırlığı kontrol altına alınsa bile beden memnuniyetsizliğinin ağırlıktan bağımsız olarak devam ettiğine dair çalışmalar bulunmaktadır (91). Zayıf insanların obezitesi olan bireyleri kendileri gibi zayıf olanlardan daha tembel ve daha az motive olarak değerlendirmeleri daha olasıdır (61). Obez bireyler de kendini damgalayabilmektedir ve kendilerini tembel, disiplinsiz görerek ve sosyal hayattaki avantajları hak etmediklerini düşünebilmektedir (61, 92). Ağırlıklarından dolayı olumsuz tutumlara maruz kalan gençler zayıf beden algısına daha yatkındır (93).

SAĞLIK ALANINDA OBEZİTE ÖNYARGISI

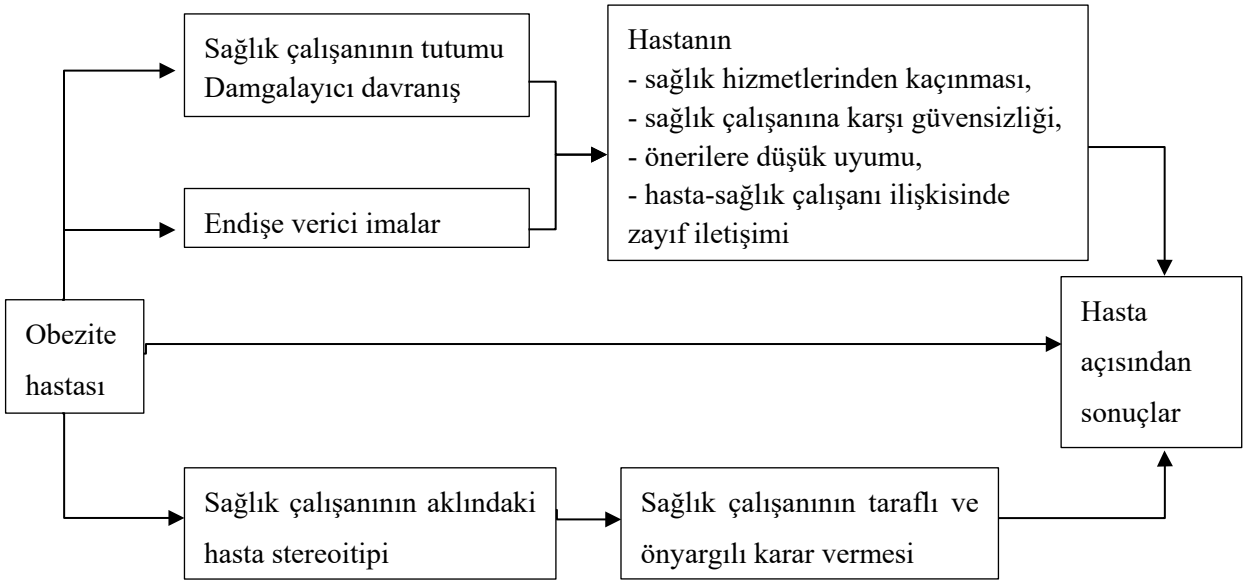
Sağlık alanları, şaşırtıcı olarak OÖY'nin en büyük kaynaklarından biridir (15). Birçok çalışmada mental sağlık profesyonelleri dahil olmak üzere sağlık çalışanları arasında obez bireylere karşı olumsuz tutumların varlığı belgelenmiştir (3, 77, 94-96). Kesitsel bir çalışmadan elde edilen bulgular, 2001-2013 yılları arasında obezite ve obeziteyle bağlantılı sağlık bakımı konusunda uzmanlaşmış çalışmacılar ve profesyoneller arasında OÖY'nin arttığını göstermiştir (97). OÖY'nin en yaygın olduğu branşlar başta doktorlar ve tıp öğrencileri, hemşireler ve hemşirelik öğrencileri ile diyetisyenlerdir (15, 95).

Bir çalışmada hemşirelerin fazla kilolu ve obez olan hastalara yönelik olumsuz inançlar ve tutumlar bildirdikleri gösterilmiştir. Katılımcıların obezitesi olan bireylerin diğerleri kadar iyi veya başarılı olmadıkları, evlilik için uygun olmadıkları, dağınık oldukları ve sağlıklı olmadıkları kanısında oldukları görülmüştür (98). Birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan hemşireler ile yapılmış bir başka çalışmada, net olumsuz görüşler sık bulunmayıp obez hastalar ile ilgili olumsuz inanç ve tutumlar gözlemlenmiştir (99).

Yapılan bazı çalışmalarda hekimlerin obez hastalarına daha negatif davranışlar sergiledikleri, ayrıca muayene ve bakım için yeterli zaman ayırmadıkları gösterilmektedir (67, 100-102). Tıp fakültesi öğrencileri ve hekimlerin genellikle bu hastalar üzerinde tıbbi prosedürler yürütmekte isteksiz oldukları, daha az zaman geçirdikleri ve sık sık aşağılayıcı yorumlar yaptıkları bildirilmektedir (100, 102-104). Obezitesi olan bireylerle yapılan bir çalışmada, katılımcıların doktorlarının kendilerini eleştirebileceğini düşünerek utanma duygusuyla hastalıklarına karşı koruyucu ve önleyici sağlık hizmetleri almada isteksiz oldukları saptanmıştır (101). Diyetisyenlerin araştırıldığı çalışmalardan oluşan bir sistematik derlemeye göre yüksek ağırlıkla ilişkili endişeler önleyici sağlık hizmetlerinden kaçınmayla veya randevuların iptal edilmesiyle bağlantılı bulunmuştur (105).

Sağlık alanındaki OÖY ile ilgili genel endişe sağlık profesyonelleri arasındaki obezite karşıtı tutumların sadece klinik kararlarını etkilemekle kalmayıp obez bireylerin ağırlık kaybetmek için tıbbi yardım almaları cesaretlerini kırabilecek olmasıdır (49, 105). Şekil 3'te gösterildiği gibi sağlık çalışanlarının obezite ile ilgili tutumları obezite hastalarının kendilerini değersiz, yetersiz olduklarını veya istenmediklerini hissetmelerine yol açabilmektedir. Bu durum muayenenin kalitesini ve ihtiyaç duydukları bakımı alma isteklerini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (106). Sağlık hizmeti veren birey ve kurumlar, obezite ile ilgili güncel tedaviler hakkında halkı bilgilendirmek için en önemli kaynak olarak kabul edilmektedir. Bunun yanında, obezitenin saygı çerçevesinde ele alınması gereken bir hastalık olduğunu

hastalara ve topluma iletme sorumluluğuna sahiptir (11). Sağlık çalışanlarının OÖY'ye sahip olması obezite salgını ile etkili bir şekilde mücadele etme çabalarını engelleyebilmektedir (11, 12). Sağlık hizmeti verenler, aşırı kilo ile mücadele eden çoğu bireyin ağırlık kaybetmek için birçok yöntem denediğinin farkında olmalıdır ve OÖY'i etkili bir şekilde azaltmak için, kendi açık veya dolaylı OÖY ve tutumlarını tanımlayarak önyargılarının üstesinden gelmelidir (11).



Şekil 7. Sağlık çalışanlarının obez hastalara karşı tutumları ve hastaların damgalanma hissine yanıtlarıyla oluşan sağlık sonuçları arasındaki ilişkinin varsayımsal ilerleyişinin kavramsal modeli (106)

Diyetisyenlerde Obezite Önyargısı

Doktorlar, psikologlar ve hemşirelerin dışında, fazla kilolu veya obezitesi olan hastalarla yoğun temas halinde olan başka meslek grupları geçmişte daha az sıklıkta incelenmiştir (15). Uluslararası Diyetetik Dernekleri Konfederasyonu diyetisyeni; "bireylerin, grupların, toplulukların ve popülasyonların sağlığını optimize etmek için sağlığı geliştirmek, hastalıkları önlemek ve tedavi etmek için gıda ve beslenme bilimini uygulayan meslek uzmanı" olarak tanımlamaktadır (107). Diyetisyenler obez bireylerle çok zaman geçirmektedir ve obezite yönetiminde önemli bir rol oynamaktadır (15, 16). 514 diyetisyenle yapılan çalışmada katılımcıların dörtte üçü diyetisyenliğin obeziteyi yönetmek adına en iyi eğitilmiş meslek olduğunu ifade etmiştir. Katılımcıların üçte ikisinin obeziteyi yönetmekten çok önlemek için zaman harcamanın daha iyi olacağına inandığı gösterilmiştir (108).

Diyetisyenler arasında OÖY'yi inceleyen sistematik derlemeye göre incelenen çoğu kesitsel olan on bir çalışmanın sekizinde (%73) diyetisyenlerde güçlü OÖY'ye dair kanıt bulunduğu görülmüştür (63). Stone ve Werner'ın 23 İsrailli kadın diyetisyen ile yaptığı bir çalışmada katılımcıların obezite hastalarına kişilerarası ilişkilerde ve mesleki yönden kaçınma sergiledikleri görülmüştür (109). Portekiz'de yapılmış bir çalışmada diyetisyenlerin obezitenin en önemli nedensel faktörlerinin yüksek sıklıkla duygu ve ruh hali değişiklikleri, gıda bağımlılığı ve düşük benlik saygısı olduğunu düşündüğü bildirilmiştir (110). Diyetetik polikliniklerine başvuran obezitesi olan 161 yetişkinle yapılan nitel bir çalışmada BKİ'si daha yüksek kadınların "kimse neden fazla kilolu olduğumu araştırmıyor" "diyetisyen beni sadece diyete sokmaya çalışıyor" ifadelerine katılma olasılıkları daha yüksek bulunmuştur (111).

Uluslararası Diyetetik Dernekleri Konfederasyonu'na göre, diyetisyenlerin tüm hasta ve danışanlarına olumlu beslenme ve sağlık sonuçları için çaba gösterme ve herkese eşit saygıyla davranma konusunda profesyonel bir etik sorumluluğu bulunmaktadır (13). Yapılan bazı çalışmalarda ise diyetisyenler arasında obezitesi olan bireylere karşı olumsuz tutumların yaygınlık gösterebildiği görülmüştür. Bu durumdaki diyetisyenlerin tutumlarına göre tıbbi uygulamalarını değiştirme riski olduğu düşünülmektedir (16, 105, 110, 112).

Diyetisyen Adaylarında Obezite Önyargısı

Diyetisyen adayları büyük bedenli hastaların sağlıklı bir yaşam tarzı sürdüğü bilgisini edinmiş olmalarına rağmen olumsuz tutumlara sahip olabilmektedir. Bu hastaların normal ağırlıktaki bireylere kıyasla diyetlerine uyumunun daha yetersiz, fiziksel aktivite düzeylerinin daha düşük ve sağlık durumlarının da daha kötü olduğunu düşündükleri gösterilmiştir (9). Bir çalışmada diyetisyen adaylarının %71'i obezitesi olan veya fazla kilolu bireyleri iradesiz ve olması gerekenden çok yiyen, çirkin, hantal, özgüveni olmayan, ağır hareket eden, kendine saygısı az ve sabırsız olarak nitelendirmiştir (105). Puhl ve ark. (85)'nın yaptığı bir çalışmaya katılan diyetetik öğrencilerinin orta seviyede ağırlık fobisi bulunduğu saptanmıştır. Ayrıca obezitesi olan hastaların diğer hastalara göre tedavi önerilerine uyma olasılıklarının daha düşük, diyet kalitesi ve sağlık durumunun diğer hastalardan daha kötü olduğunu düşündükleri gösterilmiştir. Buna karşın obezitesi olan ve olmayan hastaların benzer şekilde motive olmuş, anlayışlı ve tedavide başarılı oldukları belirtilmiştir (85). Berryman ve ark. (105)'nın diyetetik okuyan ve okumayan öğrencilerle yaptıkları çalışmada iki grupta obezite hakkında olumsuz tutumlar ve orta derecede ağırlık fobisi bildirilmiştir. Çalışma sonucunda diyetetik eğitiminin öğrencilerde OÖY'yi ne arttırdığı ne de yeterince giderdiği sonucuna varılmıştır (105).

Açık, yapısal olarak yerleşmiş ve içselleştirilmiş damgalanmanın ve birbiriyle etkileşiminin diyetetik eğitiminin pedagojik ortamına yayılmış olabileceği ileri sürülmektedir. Diyetetik eğitimi ve uygulamasında ağırlık merkezli bir sağlık yaklaşımının etkisinin bulunduğu ve bunun sonucunda öğrencilerin yüksek ağırlıktaki bireylerle ilgili damgalayıcı inançlar edinmiş olabilecekleri düşünülmektedir (13). Beslenme ve Diyetetik alanında yazılmış, müfredatta ve meslekte sıklıkla kullanılıp kaynak gösterilmiş yedi bilimsel kitabı inceleyen bir çalışmada bu kitapların üçünde damgalayıcı terminoloji ve OÖY'ye dair kanıtlar bulunmuştur (113).

OBEZİTE ÖNYARGISINI AZALTMAK İÇİN YAPILABİLECEKLER

Ağırlık önyargısının ciddi sonuçları ve sağlık mesleklerindeki yaygınlığı göz önüne alındığında, teorik olarak etkin, kararlı ve geçerli müdahale ve stratejiler geliştirilmesine ihtiyaç bulunmaktadır (67). Bu amaçla OÖY'yi bireysel, kişilerarası, örgütsel, toplumsal ve politik düzeyde azaltmayı hedefleyen sosyal ekolojik model oluşturulmuştur (Şekil 4) (114):

- Bireysel düzey, ağırlığı yüzünden damgalanan bireye odaklanmaktadır. Bu bireyler, içselleştirme riski ve özsaygılarını geliştirmeye yönelik sağlıklı yaşam tarzı alışkanlıkları edinme hakkında bilgilendirilmelidir. Ayrıca damgalandıklarını algıladıklarında süreci nasıl yönetebilecekleriyle ilgili danışmanlık almalıdır (114). Bireysel boyuttaki yaklaşımlar; eğitici, davranışsal ve psikolojik teknikleri birleştiren bilişsel-davranışçı terapiyi içermektedir (115).

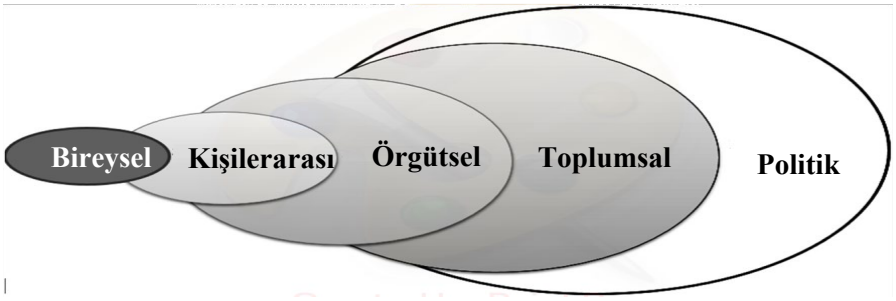
- Kişilerarası boyuttaki stratejilerden biri arkadaş ve ailenin oluşturduğu yakın sosyal çevrenin etkilerini belirlemek amacıyla aile ve çevre odaklı programlar uygulayarak damgalamayı azaltmak ve sağlıklı ilişkiler geliştirmek için rehberlik sağlamaktır. Toplum temelli yeniden bütünleşme ve destek sağlamak için grup üyeleri arasında karşılıklı alışverişi teşvik etmek amacıyla gruplar arasında iletişim kurma önemli stratejilerdendir (114, 116).

- Örgütsel düzeyde, sağlık hizmetleri, okullar, işyerleri, medya gibi ağırlık damgasının hali hazırda ortaya çıkmış olduğu farklı alanlara odaklanılmalıdır. Toplumun katılımını özendiren eğitim, sağlık kurumları ve diğer kuruluşlara ödüller veya başka teşvikler sağlanmalıdır. OÖY bağlantılı tutumların önüne geçecek katı kurumsal düzenlemeler yapılmalıdır. Bu tür düzenlemelerin etkili olabilmesi için, OÖY'nin neyin meydana getirdiğinin belirlenmesi ve bunun teşvik edilmesinin sonuçlarının açıkça belirtilmesi gereklidir (114). Okullarda ve çalışma ortamlarında öğrenciler ve çalışanlar için OÖY'nin olumsuz sonuçları hakkında zorunlu eğitim yapılmalıdır (67, 68). Kuschener ve ark. (117)'nın sağlık personelleriyle gerçekleştirmiş olduğu fazla kilolu ve obezitesi olan bireylerle

etkileşimler üzerine yapılan eğitim müdahalesinin, kalıp yargıları azaltmada ve empati ve danışmanlık becerilerine olan güveni artırmada etkili olduğunu bildirmiştir. Ancak 1 yıl sonra yapılan takip analizi, kalıp yargılardaki azalmanın başlangıç seviyesine döndüğünü ortaya koymuştur (117). Bu durumun önüne geçmek için etkinin sürekliliğini değerlendirmek ve yeniden eğitim ihtiyacını vurgulamak amacıyla üstü kapalı önlemler kullanılarak periyodik OÖY kontrolleri yapılabilir (114).

- Toplum düzeyindeki kurumları ve savunma gruplarını dahil ederek OÖY'yi en aza indirgeyecek kültürel ve sosyal standartları desteklemeye ihtiyaç vardır. Halkı aydınlatma kampanyaları bu tür gruplar aracılığıyla yürütülmelidir. Bu düzeydeki müdahaleler, obez ve aşırı kilolu bireyler hakkındaki kamuoyu algısını değiştirmek için gereklidir (114).

- Politik düzeydeki müdahalelerin temeli OÖY mağdurlarını yasal olarak korumaktır. Ulusal politikalar, ekonomik, sosyal, eğitim ve sağlık programlarının incelenmesi yoluyla damgalamanın kurumsallaşması ihtimaline karşı düzenlenmelidir. Sağlık kuruluşlarında aşırı kilolu ve obez hastaların yönetimi için tesis ve personel eğitimi için standartlar oluşturulmalıdır (114). Ağırlık damgalamasının sosyal eşitsizliğin bir göstergesi olduğu göz önünde bulundurulduğunda, politikalar kurumları obezitesi olan ve fazla kilolu bireylerin özel ihtiyaçlarını karşılamak için gerekli düzenlemeleri yapmakla yükümlü tutmalıdır (40).



Şekil 10. OÖY'yi azaltmak amacıyla oluşturulan sosyal çevresel model (114)

Davranış ve Strateji Değişiklikleri

Kendi üzerinde düşünme: Sağlık çalışanları önyargısız, daha duyarlı ve merhametli bakım sağlamalı, obezite ile mücadele eden bireylere daha fazla yardımcı olabilecek stratejiler geliştirilmelidir. Sağlık hizmeti veren bireylerin kişisel önyargıları olup olmadığını anlamaları ve mümkün olan en iyi bakımı sağlamayabilmeleri için bu tutumların üstesinden nasıl gelebileceklerini tanımlamaya zaman ayırmaları çok önemlidir (11).

"Önce birey" dili: Sıklıkla haber öyküleri, makale ve dergilerde obezitesi olan bireylere "obez" olarak atıfta bulunulmaktadır. "Obez" kelimesinin kullanılması, bu

hastalıktan etkilenenleri bireyselliğinden uzaklaştırıp bireyin hastalığıyla etiketlenmesine neden olmaktadır (118). “Obezler” yerine “obezitesi olan bireyler”in kullanılması önerilmektedir (11, 118). Bilimsel yayınların bu dili yansıtması önemlidir (11).

Obezitesi olan bireylerle diyaloglarda destekleyici iletişim kullanmak önemlidir. Suçlayıcı dilden uzaklaşılıp sözcüklerin akıllıca seçilmesi gerekmektedir (11). Kullanılması önerilen ve en az suçlayıcı olan terimler “sağlıksız ağırlık” ve “yüksek BKİ”, en suçlayıcı kelimeler ise “şişman” ve “morbid obez”dir. En motive edici kelimeler “sağlıksız ağırlık” ve “fazla kilolu”, en az motive edici “şişman”, “morbid obez” ve “tombul” sözcükleridir (101).

Strateji değişiklikleri: Sağlık profesyonelleri için önerilebilecek bazı stratejiler:

1. Hastaların diğer sağlık profesyonelleri ile ağırlıklarıyla ilgili olumsuz deneyimler yaşamış olabilecekleri düşünülerek bu hastalara duyarlılıkla yaklaşılmalıdır.
2. Obezitenin karmaşık bir etiyolojisi olduğunun farkında olunmalıdır. Obezitenin sadece kişisel irade gücüne dayandığı fikrini engellemek için bu farkındalık meslektaşlarla ve hastalarla paylaşılmalıdır (11). Örneğin, farklı çalışmalarda ağırlıkla ilişkili kontrol edilemeyen faktörlerin önemini vurgulayan kısa bir makale okunması ile stres fizyolojisi veya kontrol edilebilir faktörleri vurgulayan bir makale okunması karşılaştırılmıştır. Sonuç olarak kontrol edilemeyen faktörlerin önemini vurgulayan makalenin okunması fazla kilolu ve obezitesi olan bireylere karşı daha olumlu tutumlarla ilişkilendirilmiştir (67, 101).
3. Hastanın sorunu ne ise bunun tüm nedenleri (sadece ağırlığı değil) ayrıntılı araştırılmalıdır.
4. Birçok hastanın tekrar tekrar ağırlık kaybetmeye çalıştığının farkında olunmalıdır.
5. Sayısal değişikliklerden ziyade davranış değişiklikleri vurgulanmalıdır.
6. Somut önerilerde bulunulmalıdır (örneğin, sadece “kilo vermeniz gerekir” demek yerine bir egzersiz programı başlatın, çoğunlukla evde yemek yiyin, vb.).
7. Yaşam tarzı değişikliklerinin zorlukları kabul edilmelidir.
8. Küçük ağırlık değişimlerinin önemli sağlık kazanımları sağlayabileceği unutulmamalıdır.
9. Bekleme odalarında büyük, kolsuz sandalyeler, uygun boyutta tıbbi ekipman ve hasta önlükleri ve muayene araçları ile destekleyici ve samimi bir sağlık ortamı oluşturulmalıdır. Tüm sağlık tesislerinde yetişkinler için ekstra büyük yetişkin kol ve uyluk tansiyon manşetleri bulunmalıdır. Basamaklı taburelerin sağlam olduğundan emin olunmalıdır ve geniş muayene masaları tüm ağırlıklara güvenli bir şekilde uyum sağlamalıdır (11). Thompson ve Thomas’ın bir diyet polikliniğine başvuran obezitesi olan hastalarla yaptıkları bir çalışmada katılımcıların

BKİ'leri yükseldikçe "ikinci sınıf vatandaş olarak görülüyorum" ve "sandalyeler asla yeterince büyük değil" ifadelerine katılma olasılıklarının yükseldiği bulunmuştur (111).

Müdahaleler

Ağırlık damgalamasını ve OÖY'yi azaltmaya yönelik müdahalelerin çoğunda obezitenin kontrol edilebilirliği hakkındaki inançlar ele alınmıştır (14, 68). Pouschi ve ark. (119) yaptıkları müdahale çalışmasında tıp öğrencileriyle obez bireylerle deneyimleri hakkında görüşmeler yapılmış ve "Sağlıkta OÖY" başlıklı 17 dakikalık bir video izletilmiştir. Sonuçta kontrol edilemeyen faktörlerin obeziteye neden olduğu inancının OÖY'yi arttırmada etkili olduğu gösterilmiştir.

Obezite önyargısını azaltmaya yönelik çeşitli müdahale yöntemleri kullanılabilir:

- Obezitenin nedenleriyle ilgili bilgilendirme ve farkındalık oluşturma amaçlarıyla dersler veya konuşmaların yapılması (67, 68),
- Obeziteye ve obezitenin sebeplerine ilişkin makale okutulması (67, 101, 117),
- Obez bireylerin günlük hayatta deneyimledikleri zorlukları anlayarak empati kurmayı kolaylaştırmak için katılımcılara belirli bir süre diyet yaptırılması (44),
- Drama, canlandırma ve rol yapma etkinlikleri ile katılımcıların kendilerini obezitesi olan kişinin yerine koymasının sağlanması (120, 121).
- Bu bireylerin gündelik yaşamda karşılaştıkları zorlukları ve hissettiklerini konu alan video film gösterimleri gibi görsel kaynaklardan yararlanılması (73, 119),
- veya bunlardan birkaçının bir arada kullanıldığı çoklu müdahale çalışmaları (hedef gruba ders verilmesi, video film izletilmesi ve drama çalışması yaptırılması (122) veya diyet uygulatılması ve video film izletilmesi (123)).

Bunların yanı sıra, OÖY'yi ele alan ve OÖD'nin azaltmasına yardımcı olacak ipuçları sunan ücretsiz çevrimiçi kaynaklar ve çevrimiçi sınıflar da dahil olmak üzere, bireysel olarak üstesinden gelinmesine yardımcı olabilecek birçok kaynak mevcuttur (11).

GEREÇ VE YÖNTEMLER

KATILIMCILARIN SEÇİLMESİ

Bu çalışma, 2018-2019 Eğitim-Öğretim yılı bahar döneminde Edirne ilinde Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü'nde öğrenim gören ve çalışmaya katılmayı kabul eden 248 (%66,5) öğrenci ile yine bu üniversite ve bölümden mezun, en az altı ay süreyle diyetisyen olarak görev yapmış, ulaşılabilen ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan ve anket formunu eksiksiz dolduran 125 (%33,5) diyetisyenle yapılmıştır. Öğrencilerin 74'ü (%29,8) 1.sınıfta, 73'ü (%29,4) 2.sınıfa, 52'si (%21) 3.sınıfa, 49'u (%19,8) 4.sınıfa devam etmekteydi. Çalışmaya dahil edilme kriterleri Trakya Üniversitesi'nde öğrenim görmek veya görmüş olmak, 18 yaşından büyük olmak, iletişime açık olmak, diyetisyenler için en az 6 ay süreyle diyetisyen olarak görev yapmış olmak olarak belirlenmiştir. Bu çalışmada örnekleme yöntemine gidilmeyerek çalışma grubunun tamamına ulaşılması amaçlanmıştır.

Bu çalışma Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 08.04.2019 tarihi ve 07/22 sayılı kararı ile onay almıştır ve Helsinki Deklarasyonuna uygun olarak yürütülmüştür (Ek 1). Ek olarak, çalışmayı yürütmek için Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü'nden izin alınmıştır. Öğrenim görmekte olan katılımcılara ulaşılırken akademisyenlerin onayı alınıp ders öncesinde çalışmaya yönelik bilgilendirme yapılarak ve "Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu" okunarak çalışmaya katılmayı kabul edenlere anket formu uygulanmıştır. Mezun diyetisyenlerin bir kısmının Edirne ili dışına çıkmış olmaları sebebiyle fakülte kayıtlarındaki iletişim bilgilerinden e-posta ve/veya telefon numarası bilgileri alınmıştır. Ulaşılabilen bireylerden çalışmayı kabul edenlere çalışma konusunda bilgi verildikten sonra anket formu gönderilmiştir.

VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Bireyler bilgilendirildikten sonra araştırmacı tarafından hazırlanan iki kısımdan ve bir ölçekten oluşan bir veri toplama formu uygulanmıştır. Araştırmacının hazırlamış olduğu veri toplama formunun birinci kısmında 24 soru ile; katılımcıların sosyo-demografik özellikleri ve meslekte çalışma süreleri sorgulanmıştır ve kendi beyanları ile boy uzunlukları ve vücut ağırlıkları alınmıştır. Bunun yanında birinci kısımda bireylerin kendi beden görünüşlerine dair kişisel algılarını değerlendirmek amacıyla Figür Derecelendirme Ölçeği (FDÖ), katılımcıların obezite konusundaki tutum ve görüşleri sorgulanmıştır. Ayrıca bunları etkileyebilecek birtakım etmenleri karşılatırmaya yönelik bireysel sorular sorulmuştur (Ek 3).

Anket formunun ikinci kısmında 5'li likert tipinde 7 soruluk bir bölümle kişisel görüşe dayalı olarak obezitenin başlıca nedenlerini sorgulanmıştır. Son olarak bireylerin OÖD'sini belirlemek amacıyla 27 soruluk GAMS 27 Obezite Önyargı Ölçeği (OÖÖ) kullanılmıştır. OÖÖ'den aldıkları skorlara göre katılımcıların OÖY durumları belirlenerek sınıflandırılma yapılmıştır.

Katılımcıların BKİ'leri beyanları ile kaydedilmiş boy ve vücut ağırlığı değerleri ile "mevcut BKİ" olarak hesaplanmıştır. Şu ana kadarki en fazla ağırlıklarının sorgulanmasıyla "şu ana kadarki en yüksek BKİ"leri hesaplanmıştır. DSÖ'nün BKİ sınıflamasına göre değerlendirilmiştir.

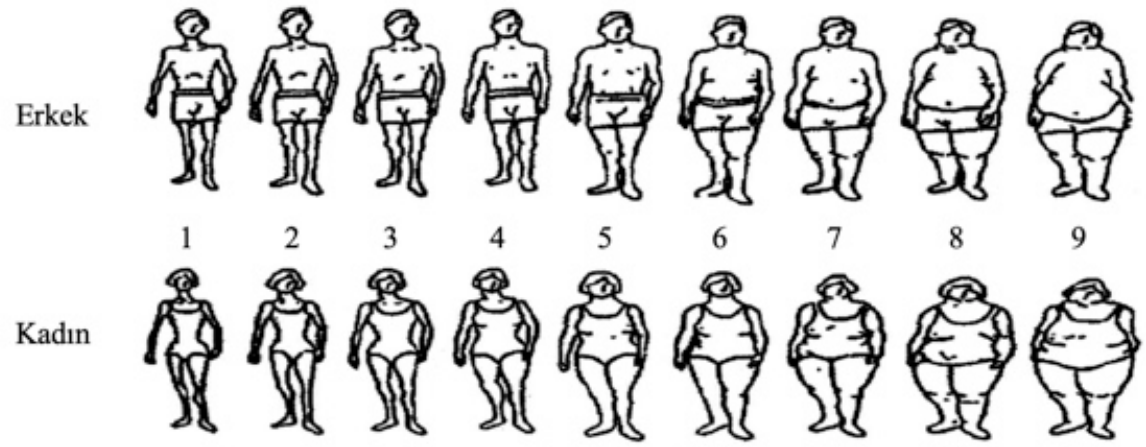
Beden Kütle İndeksi (BKİ)

Zayıflık ve obezite durumlarının saptanması amacıyla kullanılan pratik bir yöntemdir. Bütün yaş grupları için kullanılabilmektedir (124). BKİ değerleri kilogram cinsinden vücut ağırlıklarının metre cinsinden boy uzunluklarının karesine bölünmesi sonucu (ağırlık(kg)/boy(m)^2) hesaplanmıştır.

Elde edilen BKİ değerleri DSÖ'nün sınıflamasına göre sınıflandırılmştır. Bu sınıflamaya göre BKİ 18.5 altı kg/m2 zayıf, 18.50-24.99 kg/m2 arası normal, 25.00- 29.99 kg/m2 arasında fazla kilolu ve 30 ve üzeri şişman olarak değerlendirilmektedir.

Figür Derecelendirme Ölçeği

Figür Derecelendirme Ölçeği (FDÖ) 1983 yılında Stunkard ve ark. (125) tarafından geliştirilmiş, daha sonra Bogalusa Kalp Çalışması'nda kullanılarak Bhuiyan ve ark. (126) tarafından güncellenip son haline getirilmiştir. Bu ölçek katılımcıların kendi beden görünüşlerini nasıl algıladıklarına dair bilgi edinebilmek ve vücut imgelerini değerlendirmek amacıyla kullanılmaktadır. Erkek ve kadın beden görsellerinin olduğu 9 ayrı görsel kullanılmıştır (Şekil 5). Kişilerden kendi vücut şekillerine karşılık geldiğini düşündükleri görüntüyü seçmeleri istenmektedir. Eklenen 9 görselin değerlendirilmesinde sırasıyla 1. ve 2. beden görünümü zayıf, 3. ve 4. beden görünümü normal, 5. beden görünümü fazla kilolu, 6. ve 7. beden görünümü obez ve 8. ve 9. beden görünümleri ileri seviye obez olarak gruplandırılmaktadır (126).



Şekil 11. Figür Derecelendirme Ölçeği (126)

GAMS 27 Obezite Önyargı Ölçeği

Sağlık eğitimi alan öğrencilerin obezite önyargılarını ölçebilecek bir araç geliştirmek amacıyla geliştilen, bireylerin OÖD'lerini gösteren bir ölçek olan GAMS 27 OÖÖ, Ercan ve arkadaşları (127) tarafından 2015 yılında geliştirilmiş ve geçerlilik ve güvenirliği sınanmıştır. Ölçeğin güvenilirlik analizlerinde cronbach-alfa güvenilirlik katsayısı 0,847 olarak bulunmuştur. Ölçek 27 sorudan oluşmaktadır.

Ölçeğin puanlanması: Ölçek, "Kesinlikle katılıyorum", "katılıyorum", "kararsızım", "katılmıyorum" ve "kesinlikle katılmıyorum" şeklinde 5'li likert tipinde derecelendirilmiştir. Olumlu maddeler "kesinlikle katılıyorum" seçeneğinden başlamak üzere 5'den 1'e doğru;

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

Ölçek puanının değerlendirilmesi: 27 maddeden oluşan; “Obezite Önyargı Ölçeği”nden alınabilecek en yüksek puan 135, en düşük puan ise 27’dir. Ölçekten alınan puanların tanımlayıcı istatistikleri incelenerek ölçeğin puan ortalaması 76,394 ve ortancası 76 bulunmuştur. Puanların persentilleri (yüzdelikleri) incelediğinde 5.persentile karşılık gelen puan 58; 25.persentile 68 puan; 50.persentile 76 puan; 75.persentile 84 puan; 95.persentile karşılık gelen ise 96 puandır (Tablo 2).

Olumlu ve olumsuz maddelere göre puanlar incelediğinde puan azaldıkça bireylerin obeziteye karşı önyargısız, puan arttıkça önyargılı düşünceye sahip oldukları saptanmıştır. Persentillere karşılık gelen puanlar ve aynı zamanda ölçek puanının normal dağılım eğrisi dikkate alınarak ölçek puanının sınıflandırması yapılmıştır (127).

Tablo 1. GAMS 27 OÖÖ puanının değerlendirilmesi (127)

Ölçek Puanı Sınıflaması	**Obezite Önyargı Durumu**
68,00 puan ve altı (25. persentilin altı)	Önyargısız
68,01 - 84,99 puan arası (25-75. persentil)	Önyargıya eğilimli
85 puan ve üstü (75. persentilin üstü)	Önyargılı

İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Veriler bilgisayar ortamında IBM Statistics SPSS versiyon 22.0 yazılımı (SPSS, Inc., Chicago, IL, USA) kullanılarak değerlendirilmiştir. Bireylere yönelik tanımlayıcı bilgiler sayı, yüzdelik, ortanca, en büyük-en küçük değerler ve aritmetik ortalama±standart sapma kullanılarak verilmiştir. Ölçülebilen verilerin normal dağılıma uygunluğu görsel (histogram) ve analitik yöntemlerle (Kolmogrov-Simirnov testi) ile incelenmiştir. Normal dağılım gösteren veriler için gruplar arası kıyaslamalarda bağımsız gruplarda t testi ve tek yönlü varyans analizi uygulanmıştır. Verilerin normal dağılım göstermediği gruplar arası

kıyaslamalarda iki grup karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi, ikiden fazla grubun karşılaştırılmasında ise Kruskal Wallis varyans analizi kullanılmıştır. Değişkenler arasında ilişki olup olmadığı korelasyon analizleri (Pearson ya da Spearman) ile değerlendirilmiştir. Gruplar arası kategorik değişkenleri karşılaştırmak amacıyla ki-kare testi kullanılmıştır. Sonuçlar, %95'lik güven aralığında, anlamlılık sınırı $p<0.05$ düzeyinde kabul edilerek değerlendirilmiştir.

BULGULAR

Bu çalışma 248 (%66,5) Beslenme ve Diyetetik Bölümü öğrencisi, 125 (%33,5) çalışan diyetisyen olmak üzere toplam 373 birey ile gerçekteştirilmiştir. Çalışmaya katılan öğrenci ve diyetisyenlerin antropometrik ölçümleri ve yaşlarının karşılaştırılması tablo 2'de gösterilmektedir. Katılımcıların BKİ ölçümleri incelendiğinde öğrencilerin BKİ ortalamalarının 20,97±2,57 kg/m² iken diyetisyenlerin 21,67±2,86 kg/m² olduğu görülmüştür. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,034). Katılımcıların şimdiye kadarki en yüksek BKİ'lerinin ortalamaları öğrencilerde 22,83±3,52 kg/m², diyetisyenlerde 24,06±3,71 kg/m² olup arada istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (p=0,003). Çalışmaya katılan diyetisyenlerin yaş ortalamaları 26,39±2,48 yıl ve öğrencilerin yaş ortalamaları 20,36±1,78 yıldır. Yaş ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,001). En yüksek ağırlıklarında oldukları yaşlar incelendiğinde öğrencilerin ortalama 18,46±2,19 yıl, diyetisyenlerin ise 21,78±4,6 yıl yaşında oldukları bulunmuştur. Gruplar arasındaki farklılık anlamlıdır (p<0,001).

Tablo 2. Antropometrik ölçümler ve yaşa ait ortalama ve standart sapma değerlerinin gruplara göre karşılaştırılması

	Öğrenciler (n=248)		Diyetisyenler (n=125)		p
	$\overline{X}$±SS	Medyan (Alt-Üst)	$\overline{X}$±SS	Medyan (Alt-Üst)	
Boy uzunluğu (m)	1,66±0,07	1,65 (1,5-1,96)	1,65±0,07	1,64 (1,5-1,89)	0,248
Vücut ağırlığı (kg)	57,95±9,32	57 (37-86)	59,25±9,44	57 (37-93)	0,199
BKİ (kg/m²)	20,97±2,57	20,80 (14,82-30,04)	21,67±2,86	21,20 (16,44-35,65)	**0,034***
Şimdiye kadarki en yüksek BKİ (kg/m²)	22,83±3,52	22,49 (15,52-34,77)	24,06±3,71	23,15 (18,29-35,69)	**0,003***
Yaş (yıl)	20,36±1,78	20 (18-35)	26,39±2,48	26 (22-36)	**0,000***
En yüksek ağırlığında olduğu yaş (yıl)	18,46±2,19	19 (10-24)	21,78±4,6	22 (13-35)	**0,000***

Mann Whitney U Testi *p<0,05.

Diyetisyen adayı Beslenme ve Diyetetik Bölümü öğrencileri ve diyetisyenlerin tanımlayıcı bazı özelliklerine ilişkin bilgiler ve dağılımları Tablo 3'te gösterilmektedir. Öğrencilerin %90,3'ünün kadın (n=224) %9,7'sinin erkek (n=24); diyetisyenlerin %92'sinin kadın (n=115) %8'inin erkek (n=10) olduğu görülmüştür. İki gruptaki katılımcıların cinsiyete göre dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0,05). Kadın diyetisyenlerin OÖÖ puan ortalamaları 76,60±9,42 ve kadın öğrencilerin puan ortalamaları 76,10±7,29 bulunmuştur. Diyetisyenler ile öğrenciler arasında aile bireylerinde obezite öyküsü (p=0,028) ile aile dışı yakın çevrede (arkadaş, iş arkadaşı, komşu, akraba) obez birey bulunma durumu (p=0,019) incelendiğinde anlamlı bir fark bulunmuştur. Diyetisyenlerin %56'sında (n=70), öğrencilerin %44'ünde (n=109) aile bireylerinde obezite öyküsü ifade edilmiştir. Diyetisyenlerin %96'sı (n=120), öğrencilerin ise %88,7'si (n=220) aile dışı çevresinde obez birey bulunduğunu belirtmiştir (Tablo 3). Aile bireylerinde obezite öyküsü bulunmayan öğrencilerin OÖÖ puan ortalamaları diğer öğrenci ve diyetisyenlerden yüksektir (77,02±8,95). Ailesi dışındaki yakın çevresinde obez birey bulunan öğrencilerin puan ortalaması diğer gruplara benzer olarak 76,72±8,76 bulunmuştur.

Tablo 3. Grupların tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı

Tanıtıcı Özellikler	Öğrenciler (n=248)		Diyetisyenler (n=125)		Toplam (n=373)		p
	n (%)	OÖÖ puanı $\overline{X}$±SS	n (%)	OÖÖ puanı $\overline{X}$±SS	n (%)	OÖÖ puanı $\overline{X}$±SS	
Cinsiyet							
Kadın	224 (90,3)	76,60±9,42	115 (92,0)	76,10±7,29	339 (90,9)	76,43±8,75	0,595
Erkek	24 (9,7)	76,50±5,45	10 (8,0)	75,20±6,20	34 (9,1)	76,12±5,89	
Aile bireylerinde obezite öyküsü							
Var	109 (44,0)	76,04±9,36	70 (56,0)	76,30±8,09	179 (48,0)	76,14±8,86	**0,028***
Yok	139 (56,0)	77,02±8,95	55 (44,0)	75,67±5,89	194 (52,0)	76,64±8,21	
Ailesi dışındaki yakın çevresinde obez birey varlığı							
Var	220 (88,7)	76,72±8,76	120 (96,0)	75,4±11,57	340 (91,2)	76,48±8,18	**0,019***
Yok	28 (11,3)	75,57±11,80	5 (4,0)	76,05±7,02	33 (8,8)	75,55±11,58	

Pearson Ki-kare testi. *p<0,05. †: Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 4'te gösterilen öğrencilerin sınıf dağılımına bakıldığında; çalışmaya katılan 1.sınıf öğrencilerinin sayısı 74 (%29,8), 2.sınıf öğrencilerinin sayısı 73 (%29,4), 3.sınıf öğrencilerinin sayısı 52 (%21,0), 4.sınıf öğrencilerinin sayısı 49 (%19,8)'dir. Ortanca değerleri incelendiğinde 78 puan ile 4.sınıfların en yüksek değere sahip olduğu görülmüştür. Kruskal-Wallis testi sonucunda dört sınıfın değerleri arasında OÖÖ skorları açısından anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur (p=0,049). Ayrıca öğrencilerin sınıflara göre OÖÖ skorları ortalamalarının karşılaştırılması gösterilmiştir. Yapılan rank analizi sonucunda 4.sınıf öğrencilerinde farklı olarak yüksek puan ortalamaları olduğu görülmüştür. En az skor 53 ile 2.sınıflarda, en yüksek skor ise 123 puan ile 3.sınıflardadır. 4.sınıfların OÖÖ puan ortalamaları (79,53±9,97) diğer sınıflardan daha yüksek bulunmuştur. 2.sınıfların puan ortalamalarının en düşük olduğu bulunmuştur (75,07±9,80). Aynı tabloda diyetisyenlerin klinik tecrübe sürelerinin dağılımları görülmektedir. Diyetisyenlerin %29,6'sı (n=37) 6-11 ay arası, %12,8'i (n=16) 12-23 ay arası ve 24-35 ay arası, %19,2'si (n=24) 36-47 ay arası, %11,2'si 48-59 ay arası, %14,4'ü 60 ay ve üzerinde bir zamandır çalışmaktadır. Diyetisyen grubunda diyetisyen olarak en az çalışma süresi 6 ay, en fazla çalışma süresi 77 ay olmak üzere ortalama çalışma süresi 31,53±21,39 ay bulunmuştur. 24-35 ay arası zamandır çalışan diyetisyenlerin en yüksek OÖÖ puanı ortalamalarına sahip oldukları (77,12±4,59) görülmüştür. 48-56 ay tecrübe süresine sahip diyetisyenlerin OÖÖ puanı ise en düşük olarak

belirlenmiştir (75,14±6,56). Diyetisyenlerin klinik tecrübe süreleri ile OÖY arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (p>0,05).

Tablo 4. Katılımcıların sınıflarının ve tecrübe sürelerinin dağılımı

	n	%	OÖÖ puan ortalaması		p
			$\overline{X} \pm SS$	Medyan (Alt-Üst)	
Sınıflar (n=248)					
1.	74	29,8	75,81 ± 7,19	75 (58-99)	**0,049***
2.	73	29,4	75,07 ± 9,80	75 (53-109)	
3.	52	21,0	76,27 ± 8,57	74,5 (64-123)	
4.	49	19,8	79,53 ± 9,97	78 (56-117)	
Diyetisyenlerin klinik tecrübe süresi (n=125)					
6-11 ay	37	29,6	75,16 ± 7,19	75 (64-105)	0,894
12-23 ay	16	12,8	75,75 ± 9,86	76 (62-107)	
24-35 ay	16	12,8	77,12 ± 4,59	75 (66-82)	
36-47 ay	24	19,2	77,08 ± 7,23	76 (66-88)	
48-59 ay	14	11,2	75,14 ± 6,56	75 (66-87)	
60 ay ve üzeri	18	14,4	76,33 ± 7,34	75 (66-94)	

Kruskal-Wallis Testi. *p<0,05.

Tablo 5'te katılımcıların FDÖ'den vücut görünümlerine en uygun figürü seçmeleri ile sınıflandırılan kendilerini tanımlama durumları ve obeziteye ilişkin görüşleri gösterilmiştir**.** Öğrencilerin %42,3'ü (n=105), diyetisyenlerin %32'si (n=40) kendini "zayıf" olarak tanımlarken öğrencilerin %50'si (n=124), diyetisyenlerin %60'ı (n=75) kendini "normal" olarak tanımlamaktadır. Kendini fazla kilolu veya obez olarak tanımlayanların sıklığı ise öğrenci grubunda %7,7, diyetisyen grubunda %8 olup aradaki fark anlamlı değildir (p>0,05). Kendini normal olarak tanımlayan öğrencilerin OÖÖ puan ortalamaları diğer öğrenci ve diyetisyenlere göre yüksektir (77,03±8,94). Öğrencilerin %83,5'i (n=207) obez bireylere karşı önyargısız olduğunu, %12,5'i (n=31) önyargısı olup olmadığı hakkında fikrinin bulunmadığını, %4'ü (n=10) ise önyargılı olduğunu; diyetisyenlerin %75,2'si (n=94) önyargısız olduğunu, %12,0'ı (n=15) fikrinin olmadığını, %12,8'i (n=16) önyargılı olduğunu ifade etmiştir. Grupların obez bireylere karşı görece tutumları karşılaştırıldığında istatistiksel farklılık bulunduğu görülmüştür (p=0,007). OÖY olup olmadığı ile ilgili fikri bulunmayan öğrencilerin OÖÖ puan ortalamaları diğer öğrenci ve diyetisyenlerden yüksek (77,52±11,32), fikri bulunmayan diyetisyenlerin ise düşüktür (73,07±5,50). Mevcut vücut ağırlığından

memnun olduğunu beyan edenlerin sıklığı öğrencilerde %56 (n=139), diyetisyenlerde %62,4 (n=78) bulunmuştur. Arada istatistiksel açıdan bir farklılık gözlemlenmemiştir (p>0,05). Öğrencilerin %59,3'ü (n=147), diyetisyenlerin ise %66,4'ü (n=83) bütün olarak vücut görünümlerinden memnun olduklarını ifade ederken aradaki fark anlamlı değildir (p>0,05). Vücut ağırlığından memnun olan öğrencilerin OÖÖ puanı diğer gruplara göre yüksektir (77,48±9,47). Vücut ağırlığını korumaya dikkat ettiğini belirtenlerin sıklığı öğrenci grubunda %74,2 (n=184) iken diyetisyen grubunda %85,6 (n=107) bulunmuştur. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (p=0,012). Vücut ağırlığını korumaya dikkat etmeyen diyetisyenlerin puan ortalamaları diğer gruplara göre düşüktür (74,67±7,55). Öğrencilerin %50,8'i (n=126), diyetisyenlerin %59,2'si (n=74) son bir sene içerisinde ağırlık kaybetmek için herhangi bir yöntem uygularken aradaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır (p>0,05). En sık uygulanan ağırlık kaybetme yöntemi öğrencilerde %47,6 (n=60), diyetisyenlerde %59,5 (n=44) ile "diyet ve egzersiz"dir (p>0,05). "Yaşamınız boyunca kendinizi kilolu bulduğunuz dönem oldu mu?" sorusuna öğrencilerin %60,9'u (n=151), diyetisyenlerin %72,8'i (n=91) evet yanıtını verirken aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı olarak değerlendirilmiştir (p=0,023). Diyetisyenlerin %78,4 (n=98), öğrencilerin %69,4 (n=172)'ünün obez olmanın bir insanın yaşayabileceği olumsuz bir durum olduğunu düşünmektedir. Öğrencilerin %20,6'sı (n=51), diyetisyenlerin %16'sı (n=20) obez olmanın olağan bir durum olduğunu ifade etmiştir. Öğrencilerin %7,7'si (n=19), diyetisyenlerin %4'ü (n=5) "obez olmak bir insanın yaşayabileceği en kötü şeydir" görüşünü savunmaktadır. Obez olma deneyimi ile ilgili fikrinin bulunmadığını belirten diyetisyenlerin OÖÖ puan ortalaması 70,00±4,24 bulunmuştur. Çevresindeki obez bireylere karşı duyguları sorgulandığında, öğrenciler en fazla %54,8'i (n=136) seçeneğini seçerken diyetisyenlerin %40,8'i (n=51) "endişe duyuyorum" ve "normal karşılıyorum" seçeneklerini işaretlemiştir. Öğrencilerin %80,2'si (n=199), diyetisyenlerin %81,6'sı (n=102) sağlık kurumlarında obez bireyler için ayrıcalık yapılması gerektiğini ifade etmiştir. Bu parametrelerde gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (p>0,05). Sağlık kurumlarında ayrıcalık olmaması gerektiğini düşünen öğrencilerin OÖÖ puan ortalamaları diğer katılımcılardan yüksektir (78,71±10,28). "Sağlık kuruluşlarında obez bireyler için ne gibi ayrıcalıklar olmalıdır?" sorusuna verilen cevaplar incelendiğinde katılımcıların %66,9'u (n=166) klinikte yatarak tedavi görülen alanlarda, %67'si (n=250) hastane içi hasta taşıma araçlarında, %63'ü (n=235) en sık verilen yanıtlardır.

Tablo 5. Katılımcıların kendini tanımlama durumları ve görüşlerinin dağılımı

	Öğrenciler (n=248)		Diyetisyenler (n=125)		Toplam (n=373)		p
	n (%)	OÖÖ puanı $\overline{X} \pm SS$	n (%)	OÖÖ puanı $\overline{X} \pm SS$	n (%)	OÖÖ puanı $\overline{X} \pm SS$	
Kendisini tanımlama							
Zayıf	105 (42,3)	76,31±9,45	40 (32,0)	75,82±8,47	145 (38,9)	76,18±9,17	0,197
Normal	124 (50,0)	77,03±8,94	75 (60,0)	76,11±6,65	199 (53,4)	76,68±8,15	
Fazla kilolu/Obez	19 (7,7)	75,21±8,80	10 (8,0)	76,20±7,19	29 (7,7)	75,55±7,85	
Obez bireylere karşı görece tutumları							
Önyargılıyım	10 (4,0)	75,30±6,06	16 (12,8)	75,44±7,19	26 (7,0)	75,38±6,65	**0,007***
Fikrim yok	31 (12,5)	77,52±11,32	15 (12,0)	73,07±5,50	46 (12,3)	75,06±9,97	
Önyargısızım	207 (83,5)	76,59±8,91	94 (75,2)	76,60±7,36	301 (80,7)	76,54±8,45	
Mevcut vücut ağırlığından memnuniyet							
Memnun	139 (56,0)	77,48±9,47	78 (62,4)	76,24±6,75	217 (58,2)	77,04±8,59	0,240
Memnun değil	109 (44,0)	75,45±8,59	47 (37,6)	75,66±7,92	156 (41,8)	75,51±8,37	
Genel olarak vücut görünümünden memnuniyet							
Memnun	147 (59,3)	77,26±9,66	83 (66,4)	75,92±6,98	230 (61,7)	76,78±8,80	0,182
Memnun değil	101 (40,7)	75,60±8,23	42 (33,6)	76,24±7,67	143 (38,3)	75,79±8,05	
Vücut ağırlığını korumaya dikkat etme							
Ediyor	184 (74,2)	76,54±8,77	107 (85,6)	76,25±7,14	291 (78,0)	76,44±8,20	**0,012***
Etmiyor	64 (25,8)	76,72±10,16	18 (14,4)	74,67±7,55	82 (22,0)	76,27±9,64	
Son 1 yıl içinde ağırlık kaybetmek için herhangi bir yöntem uygulama durumu							
Uyguluyor	126 (50,8)	76,26±8,70	74 (59,2)	75,92±6,81	200 (53,6)	76,13±8,04	0,125
Uygulamıyor	122 (49,2)	76,93±9,57	51 (40,8)	76,18±7,77	173 (46,4)	76,71±9,06	
Son 1 yıl içinde ağırlık kaybetmek için uygulanan yöntemler							
Yalnızca diyet	34 (27,0)	77,59±8,97	18 (24,3)	76,33±6,69	52 (26,0)	77,15±8,21	0,205
Yalnızca egzersiz	32 (25,4)	76,37±8,64	12 (16,2)	76,67±5,99	44 (22,0)	76,45±7,94	
Diyet ve egzersiz	60 (47,6)	75,45±8,64	44 (59,5)	75,54±7,17	104 (52,0)	75,49±8,01	
Yaşam boyu kendisini kilolu bulduğu dönem olması							
Olmuş	151 (60,9)	76,44±9,16	91 (72,8)	76,23±7,46	242 (64,9)	76,36±8,54	**0,023***
Olmamış	97 (39,1)	76,81±9,13	34 (27,2)	75,47±6,48	131 (35,1)	76,47±8,52	
Obez olma deneyiminin nitelendirilmesi							
En kötü şeydir	19 (7,7)	78,42±14,85	5 (4,0)	77,80±6,14	24 (6,4)	78,29±13,39	0,279
Olumsuz bir şeydir	172 (69,4)	76,59±8,97	98 (78,4)	75,58±7,48	270 (72,4)	76,23±8,46	
Olağan bir şeydir	51 (20,6)	75,69±7,18	20 (16,0)	78,35±5,57	71 (19,0)	76,44±6,84	
Fikrim yok	6 (2,4)	78,33±5,35	2 (1,6)	70,00±4,24	8 (2,1)	76,25±6,16	

Tablo 5 Devam. Katılımcıların kendini tanımlama durumları ve görüşlerinin dağılımı

	Öğrenciler (n=248)		Diyetisyenler (n=125)		Toplam (n=373)		p
	n (%)	OÖÖ puanı $\overline{X} \pm SS$	n (%)	OÖÖ puanı $\overline{X} \pm SS$	n (%)	OÖÖ puanı $\overline{X} \pm SS$	
Çevresindeki obez bireylere karşı duyguları †							
Üzüntü	78 (31,5)	75,45±8,74	48 (38,4)	73,73±7,92	126 (33,8)	75,52±8,41	-
Endişe	136 (54,8)	76,28±8,67	51 (40,8)	76,04±7,21	187 (50,1)	76,21±8,28	
Acıma	3 (1,2)	76,00±7,55	11 (8,8)	73,73±8,28	14 (3,8)	74,21±7,90	
Merak	23 (9,3)	73,26±7,19	15 (12,0)	75,27±6,97	38 (10,2)	74,05±7,08	
Umursamama	11 (4,4)	78,36±10,77	5 (4,0)	71,2±7,95	16 (4,3)	76,12±10,29	
Normal karşılama	62 (25,0)	75,63±7,61	51 (40,8)	74,98±5,38	113 (30,3)	75,34±6,68	
Sağlık kuruluşlarında obez bireyler için pozitif ayrıcalık							
Olmalı	199 (80,2)	76,06±8,77	102 (81,6)	76,04±7,37	301 (80,7)	76,06±8,31	0,783
Olmamalı	49 (19,8)	78,71±10,28	23 (18,4)	75,96±6,46	72 (19,3)	77,83±9,28	
Sağlık kuruluşlarında obez bireyler için ayrıcalıklı olması gereken alanlar †							
Poliklinik hizmeti alınan yerler	158 (63,7)	75,58±7,94	77 (61,6)	76,47±7,82	235 (63)	75,87±7,90	
Yatarak tedavi görülen alanlar	166 (66,9)	75,95±7,86	83 (66,4)	75,73±6,97	249 (66,8)	75,88±7,56	
Görüntüleme merkezleri	101 (40,7)	76,64±8,27	43 (34,4)	76,44±8,74	144 (38,6)	76,58±8,38	-
Ameliyathaneler	102 (41,1)	76,23±9,00	36 (28,8)	75,94±7,72	138 (37,0)	76,16±8,66	
Hastane içi hasta taşıma araçları	173 (69,8)	76,40±9,09	77 (61,6)	76,58±7,49	250 (67,0)	76,46±8,61	

Pearson Ki-kare testi. *p<0,05. †Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 6'da katılımcıların kendi BKİ sınıflamaları ile FDÖ'ye göre beden imgelerini değerlendirmeleri karşılaştırılmıştır. Zayıf katılımcıların %86'sı kendini zayıf bulurken %14'ü normal bulmaktadır. Normal katılımcıların %60,4'ü kendini normal görürken fazla kilolu veya obezitesi olan katılımcıların %50'si kendini normal, %46,7'si kendini kilolu olarak değerlendirmektedir. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,001).

Tablo 6. Katılımcıların kendini tanımlamalarına göre ve BKİ hesaplamasına göre gruplandırmalarının karşılaştırılması

	FDÖ'ye göre kendini tanımlama			
	Zayıf	Normal	Kilolu	
BKİ hesaplamasına göre	**n (%)**	**n (%)**	**n (%)**	p
Zayıf (<18,50)	43 (86,0)	7 (14,0)	-	**0,000***
Normal (18,50-24,99)	101 (34,5)	177 (60,4)	15 (5,1)	
Fazla kilolu (25,00-29,99) / Obez (≥30,00)	1 (3,3)	15 (50,0)	14 (46,7)	

Öğrencilerin %82,7'si (n=205), diyetisyenlerinse %80,8'i (n=101) şu ana kadar vücut ağırlıklarından dolayı ayrımcılığa uğramadıklarını belirtmişlerdir (p>0,05). Ağırlıklarıyla ilişkili olarak geçmişte veya halen ayrımcılığa uğrayan bireylerin (n=67) maruz kaldıkları ayrımcı davranışlar ve bu duruma verdikleri tepkiler Tablo 8'de gösterilmiştir. Maruz kalınan tutumlar sırayla sözlü kaba davranışlara maruz kalma (%65,7), lakap takılma (%44,8), dışlanmaya maruz kalma (%14,9) olarak bildirilmiştir. Bu sıralama her iki grup için de aynıdır. Ayrımcılığa verilen tepkilere bakılacak olursa, öğrenci grubunda ayrımcılığa uğrayanların %53,5'i utandığını, %39,5'i hemen görünüşünü değiştirmek istediğini, %37,2'si öfkelendiğini, %32,6'sı baskı altında hissettiğini ve %13,9'u kabullendiğini belirtmiştir. Ayrımcılığa uğrayan diyetisyenlerin %54,2'si baskı altında hissettiğini, %41,7'si utandığını, %37,5'i hemen görünüşünü değiştirmek istediğini, %29,2'si öfkelendiğini ve %12,5'i kabullendiğini ifade etmiştir. Ayrımcılığa uğrayan diyetisyenlerin (74,08±5,33) ve dışlanmaya maruz kalan öğrencilerin (71,00±15,87) OÖÖ puan ortalamaları en düşüktür. Ayrımcılığı kabullendiğini belirtenlerin ortalaması ise 79,00±4,36 bulunmuştur.

Tablo 7. Vücut ağırlıklarıyla ilişkili maruz kalınan davranışlar ve verilen tepkilerin gruplara göre dağılımları

	Öğrenciler		**Diyetisyenler**		**Toplam**	
	n (%)	**OÖÖ puanı $\overline{X} \pm SS$**	**n (%)**	**OÖÖ puanı $\overline{X} \pm SS$**	**n (%)**	**OÖÖ puanı $\overline{X} \pm SS$**
Vücut ağırlığından dolayı ayrımcılığa uğrama durumu (p= 0,658)						
Uğradı	43 (17,3)	77,05±9,32	24 (19,2)	74,08±5,33	67 (18,0)	75,99±8,20
Uğramadı	205 (82,7)	76,49±9,11	101 (80,8)	76,48±7,51	306 (82,0)	76,49±8,60
Maruz kalınan ayrımcı davranışlar*						
Lakap takılması	20 (46,5)	76,15±6,40	10 (41,7)	75,60±5,12	30 (44,8)	75,97±5,92
Dışlanma maruz	3 (7,0)	71,00±15,87	7 (29,2)	74,86±5,30	10 (14,9)	73,70±8,84
Sözlü kaba davranış	29 (67,4)	78,24±10,43	15 (62,5)	72,53±5,34	44 (65,7)	76,29±9,36
Ayrımcılığa verdiği tepki*						
Baskı altında hissetti	14 (32,6)	75,71±4,83	13 (54,2)	73,69±6,07	27 (40,3)	74,74±5,45
Öfkelendi	16 (37,2)	77,00±6,66	7 (29,2)	72,29±4,54	23 (34,3)	75,56±6,39
Utandı	23 (53,5)	77,74±11,18	10 (41,7)	74,80±4,87	33 (49,2)	76,85±9,72
Kabullendi	6 (13,9)	74,67±13,09	3 (12,5)	79,00±4,36	9 (13,4)	76,11±10,8
Hemen görünüşünü değiştirmek istedi	17 (39,5)	74,71±8,86	9 (37,5)	75,00±4,50	26 (38,8)	74,81±7,53

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir

Tablo 8'de grupların OÖÖ skorları açısından karşılaştırılması görülmektedir. OÖÖ skorları incelendiğinde, öğrencilerde alınan en düşük puan 53 iken en yüksek puan 123 bulunmuştur, bu puanlar genel katılımcıların da skorlarının alt ve üst sınırlarını oluşturmuştur. Diyetisyenlerde yapılan en düşük skor 62 iken en yüksek 107'dir. Alınan puan ortalaması öğrencilerde 76,59±9,13, diyetisyenlerde 76,40±8,52, toplamda ise 76,40±8,52'dir. Medyan değerleri arasında 1 puanlık anlamlı olmayan bir fark vardır (öğrenciler:76, diyetisyenler:75). Öğrenci ile diyetisyen grupları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır (p>0,05).

Tablo 8. Grupların OÖÖ skorlarının karşılaştırılması

	Öğrenciler (n=248)		**Diyetisyenler (n=125)**		**Toplam (n=373)**		
	$\overline{X}$±SS	**Medyan (Alt-Üst)**	**$\overline{X}$±SS**	**Medyan (Alt-Üst)**	**$\overline{X}$±SS**	**Medyan (Alt-Üst)**	**p**
OÖÖ puanı	76,59±9,13	76 (53-123)	76,02±7,19	75 (62-107)	76,40±8,52	75 (53-123)	0,525

Mann Whitney U Testi.

Tablo 9'da grupların OÖÖ'den aldıkları puanlara göre OÖY sınıflamaları gösterilmiştir. Katılımcıların %75'i OÖY'ye eğilimli, %12,9'u önyargısız, %12,1'i önyargılıdır. Diyetisyenlerin %75,2'si, öğrencilerin %75'i önyargıya eğimli bulunurken, diyetisyenlerin %12,8'i, öğrencilerin %12,9'u önyargısız; diyetisyenlerin %12'si, öğrencilerin %12,1'i önyargılı bulunmuştur. İki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık yoktur (p>0,05). Önyargılı öğrencilerin (94,77±10,59) OÖÖ puan ortalaması diyetisyenlerden (89,93±6,86) yüksek bulunmuştur.

Tablo 9. Katılımcıların OÖÖ'den aldığı ortalama puanlara göre önyargı sınıflamaları

OÖÖ puanına göre sınıflandırma	**Öğrenciler (n=248)**		**Diyetisyenler (n=125)**		**Toplam (n=373)**		**p**
	n (%)	**OÖÖ puanı $\overline{X}$ ±SS**	**n (%)**	**OÖÖ puanı $\overline{X}$ ±SS**	**n (%)**	**OÖÖ puanı $\overline{X}$ ±SS**	
Önyargısız (68 puan ve altı)	32 (12,9)	64,16±3,94	16 (12,8)	66,19±1,51	48 (12,9)	64,83±3,45	0,999
Önyargıya eğilimli (68,01 - 84,99)	186 (75,0)	75,96±4,01	94 (75,2)	75,48±3,64	280 (75,0)	75,80±3,89	
Önyargılı (85 puan ve üstü)	30 (12,1)	94,77±10,59	15 (12,0)	89,93±6,86	45 (12,1)	92,49±8,52	

Pearson Ki-kare testi.

Tablo 10'da katılımcıların OÖD'lerinin OÖÖ puanına göre sınıflandırılması ile katılımcıların kendi beyanlarına göre önyargı durumları karşılaştırılmıştır. Önyargısız olduğu saptanan katılımcıların %83,3'ü kendini önyargısız olarak değerlendirmektedir. Önyargıya eğilimli bulunan katılımcıların %13,6'sı önyargısı olup olmadığı hakkında fikrinin olmadığını belirtirken %78,6'sı önyargısız olduğunu düşünmektedir. Önyargılı olduğu bulunanların %4,4 önyargılı olduğunu belirtirken %91,1'i kendini önyargısız olarak görmektedir. Karşılaştırma sonucunda arada istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır (p>0,05).

Tablo 10. Katılımcıların kendi beyanlarına göre obezite önyargıları ile OÖÖ'ye göre sınıflandırmalarının karşılaştırılması

	Katılımcıların beyanlarına göre OÖY durumları			
OÖÖ puanına göre	Önyargısızım **n (%)**	Fikrim yok **n (%)**	Önyargılıyım **n (%)**	**p**
Önyargısız (68 puan ve altı)	40 (83,3)	6 (12,5)	2 (4,2)	0,320
Önyargıya eğilimli (68,01 - 84,99 puan)	220 (78,6)	38 (13,6)	22 (7,9)	
Önyargılı (85 puan ve üstü)	41 (91,1)	2 (4,4)	2 (4,4)	

Tablo 11'de katılımcılara ait bazı sayısal veriler ile OÖÖ puanları arasındaki korelasyonlar gösterilmiştir. Genel katılımcılarda yaş, BKİ ve şimdiye kadarki en yüksek BKİ ve yaşı değerlendirildiğinde ölçek skoruyla tüm katılımcılarda ve her iki grupta anlamlı bir korelasyon gözlemlenmemiştir (p>0,05).

Tablo 11. Katılımcıların BKİ ve yaşları ile OÖÖ puanları arasındaki ilişki

	OÖÖ Puanı					
	Öğrenciler (n=248)		**Diyetisyenler (n=125)**		**Tüm katılımcılar (n=373)**	
	r	**p**	**r**	**p**	**r**	**p**
BKİ (kg/m²)	0,096	0,130	0,010	0,915	-0,066	0,200
Şimdiye kadarki en yüksek BKİ (kg/m²)	-0,111	0,080	-0,015	0,868	-0,086	0,097
Yaş (yıl)	0,022	0,734	0,004	0,961	-0,017	0,747
En yüksek ağırlığında olduğu yaş (yıl)	0,032	0,616	-0,025	0,782	-0,009	0,865

Tablo 12'de öğrenimine devam etmekte olan öğrencilerin aldıkları eğitim süresi ile OÖÖ skoru arasındaki korelasyon incelenmiştir. Öğrenim süresi ile ölçek skoru arasında

pozitif yönde anlamlı bir korelasyona rastlanmıştır (p=0,038). Diyetisyenlerin çalışma süresi ile OÖÖ'den aldıkları puanlar arasındaki korelasyon görülmektedir. Diyetisyenlerde çalışma süresi arttıkça OÖÖ puanının artmasına rağmen arada anlamlı bir korelasyon olmadığı saptanmıştır (p>0,05).

Tablo 12. Katılımcıların eğitim süresi ve deneyimleri ile OÖÖ puanları arasındaki ilişki

	OÖÖ Puanı		
	n	**r**	**p**
Öğrencilerin eğitim süresi (yıl)	248	0,132	**0,038***
Diyetisyenlerin çalışma süresi (ay)	125	0,043	0,635

*p<0,05.

Katılımcıların BKİ dağılımları incelendiğinde öğrencilerin %16,5'inin zayıf, %76,6'sının normal, %6,9'unun fazla kilolu veya obez grubunda oldukları saptanmıştır. Diyetisyenlerin %7,2'si zayıf, %82,4'ü normal, %10,4'ü fazla kilolu veya obez sınıflamasındadır. BKİ sınıflamasına göre gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,029). Normal sınıflamasındaki öğrencilerin OÖÖ puanı (77,00±8,80) en fazla bulunurken fazla kilolu/obez grubundaki öğrencilerin en düşük bulunmuştur (72,06±7,91) (Tablo 13).

Tablo 13. Grupların BKİ sınıflamaları ile OÖÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması

BKİ sınıflaması	**Öğrenciler (n=248)**		**Diyetisyenler (n=125)**		**Toplam (n=373)**		**p**
	n (%)	**OÖÖ puanı** $\overline{X} \pm SS$	**n (%)**	**OÖÖ pua** $\overline{X} \pm SS$	**n (%)**	**OÖÖ puanı** $\overline{X} \pm SS$	
Zayıf (<18,50)	41 (16,5)	76,56±10,68	9 (7,2)	72,78±9,07	50 (13,4)	75,88±10,42	**0,029***
Normal (18,50-24,99)	190 (76,6)	77,00±8,80	103 (82,4)	76,49±7,24	293 (78,6)	76,82±8,28	
Fazla kilolu (25,00-29,99)/ Obez (≥30,00)	17 (6,9)	72,06±7,91	13 (10,4)	74,54±4,61	30 (8,0)	73,13±8,52	

Tablo 14'ye göre BKİ sınıflamasına göre zayıf olan öğrencilerin %78'i, normal olanların %74,2'si, fazla kilolu veya obez grubundakilerin %76,5'i OÖÖ'ye göre OÖY'ye olarak bulunmuştur. Öğrenci grubunda BKİ sınıflaması ile OÖY'li olma durumu arasında bir ilişki bulunamamıştır (p>0,05). Diyetisyen grubu incelendiğinde, fazla kilolu/obez grupta önyargılı katılımcı bulunmayıp zayıf sınıflamasındaki diyetisyenlerin %44,4'ünün OÖY'ye

eğilimli, %44,4'ünün önyargısız olduğu; normal sınıflamasındaki diyetisyenlerin %76,7'sinin, fazla kilolu veya obez grubundakilerin %84,6'sının OÖY eğilimi gösterdiği saptanmıştır. Aradaki fark anlamlıdır (p=0,027). Katılımcıların genel değerlendirilmesi yapıldığında ise zayıf grubun %72'si, normal grubun %75,1'i, fazla kilolu/obez sınıflamasındakilerin %80'i OÖY'ye eğilimli bulunurken aradaki farkın anlamlı olmadığı görülmüştür (p>0,05).

Tablo 14. Grupların BKİ sınıflamalarına göre OÖY durumu dağılımı

BKİ sınıflaması	**Önyargısız 68 puan ve altı n (%)**	**Önyargıya eğilimli 68,01-84,99 puan n (%)**	**Önyargılı 85 puan ve üstü n (%)**	**p**
Öğrenciler				
Zayıf	5 (12,2)	32 (78,0)	4 (9,8)	0,366
Normal	23 (12,1)	141 (74,2)	26 (13,7)	
Fazla kilolu/obez	4 (23,5)	13 (76,5)	-	
Diyetisyenler				
Zayıf	4 (44,4)	4 (44,4)	1 (11,1)	**0,027***
Normal	10 (9,7)	79 (76,7)	14 (13,6)	
Fazla kilolu/obez	2 (15,4)	11 (84,6)	-	
Toplam				
Zayıf	9 (18,0)	36 (72,0)	5 (10,0)	0,118
Normal	33 (11,3)	22 (75,1)	40 (13,7)	
Fazla kilolu/obez	6 (20,0)	24 (80,0)	-	

Pearson Ki-kare testi. *p<0,05.

Tablo 15'te grupların cinsiyete göre OÖY durumu dağılımları gösterilmiştir. Kadınların %74,6'sı önyargıya eğilimli, %13'ü önyargısız, %12,4'ü önyargılıyken erkeklerin %79,4'ü önyargıya eğilimli, %11,8'i önyargısız, %8,8'i önyargılıdır. Cinsiyet ile OÖY durumu gruplaması arasındaki ilişki anlamlı bulunamamıştır (p>0,05).

Tablo 15. Katılımcıların cinsiyet ve önyargı sınıflamalarının dağılımları

Cinsiyet	Önyargısız 68 puan ve altı n (%)	Önyargıya eğilimli 68,01-84,99 puan n (%)	Önyargılı 85 puan ve üstü n (%)	p
Öğrenciler				
Kadın	30 (13,4)	166 (74,1)	38 (12,5)	0,610
Erkek	2 (8,3)	20 (83,3)	2 (8,3)	
Diyetisyenler				
Kadın	14 (12,2)	87 (75,7)	14 (12,2)	0,733
Erkek	2 (20,0)	7 (70,0)	1 (10,0)	
Toplam				
Kadın	44 (13,0)	253 (74,6)	42 (12,4)	0,796
Erkek	4 (11,8)	27 (79,4)	3 (8,8)	

Tablo 16'da gösterilen FDÖ'ye göre kendisini tanımlama (beden algısı), ailede obezite öyküsü, bir bütün olarak vücut görünümünden memnuniyet, vücut ağırlığını korumaya dikkat etme, son 1 yıl içinde ağırlık kaybetmek için herhangi bir yöntem uygulama durumu, yaşam boyu kendisini kilolu bulduğu dönem olup olmadığı, hayatının bir döneminde vücut ağırlığından dolayı ayrımcılığa uğrama durumu ile katılımcıların OÖÖ puanları ortalamalarının arasında herhangi bir anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamasına rağmen ($p>0,05$) obez bireylere karşı önyargılı olduğunu düşünenlerin puan ortalaması (75,38±6,65) önyargısız olduğunu düşünenlerden (76,54±8,45) daha fazla bulunmuştur. Yaşamının herhangi bir döneminde fazla kilolu veya obez olan katılımcıların ortalama skorlarının (75,15±7,29) olmayanlara göre (76,85±8,89) daha düşük bulunmasıyla birlikte aradaki fark anlamsızdır ($p>0,05$). Kendisini fazla kilolu/obez olarak tanımlayanların karşılaştırmada en düşük puan ortalamasına sahip olduğu (75,55±7,85), ayrıca alt puanı oluşturduğu ve üst puanın en düşük olduğu (53-89) görülmüştür. Mevcut vücut ağırlığından memnun olanların medyan değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı olmayan 1 puanlık bir farklılık görülmüştür (memnun:76, memnun değil:75) ($p>0,05$). Ayrıca vücut ağırlığından memnun olan bireylerin puan ortalamaları 77,04±8,59 olmayanlarınsa 75,51±8,37 bulunmuştur. Vücut ağırlığından dolayı ayrımcılığa uğrayanlar ve uğramayanların medyan değerleri arasında 1 puanlık anlamsız bir farklılık saptanmıştır (uğrayan:76, uğramayan:75) ($p>0,05$). "Obez olmak bir insanın yaşayabileceği en kötü şeydir" görüşünü savunan katılımcıların puan ortalaması 78,29±13,39 iken "Obez olmak bir insanın yaşayabileceği olağan bir şeydir" diyen katılımcıların puan ortalaması 76,44±6,84

bulunmuştur. “Obez olmak bir insanın yaşayabileceği olumsuz bir şeydir” seçeneğini seçen katılımcılar en düşük ve en yüksek puanı oluşturmaktadır (53 ve 123 puan). Sağlık kuruluşlarında obez bireyler için ayrıcalık olması gerektiğini düşünen ve olmamalıdır diyenlerin medyan değerleri arasında 2 puanlık fark görülmüştür (olmalı:75 olmamalı:77) ve bu fark anlamlı bulunamamıştır (p>0,05).

Tablo 16. Katılımcıların çevresel özellik ve tutumlarına göre OÖÖ puan ortalamaları

	n=373	OÖÖ puan ortalaması		p
		Ortalama±SS	Medyan (Alt-Üst)	
Obez bireylere karşı görece tutumları				
Önyargılıyım	26	75,38 ± 6,65	74 (62-94)	
Fikrim yok	46	75,06 ± 9,97	75 (56-117)	0,612
Önyargısızım	301	76,54 ± 8,45	75 (53-123)	
Yaşamının bir döneminde obez veya fazla kilolu olma				
Olmayanlar	274	76,85 ± 8,89	75 (56-123)	0,326
Olanlar	99	75,15 ± 7,29	75 (53-107)	
Kendisini tanımlama				
Zayıf	145	76,18 ± 9,17	74 (59-123)	
Normal	199	76,68 ± 8,15	76 (56-117)	0,344
Fazla kilolu/Obez	29	75,55 ± 7,85	76 (53-89)	
Ailede obezite öyküsü				
Var	179	76,14 ± 8,86	75 (53-117)	0,489
Yok	194	76,64 ± 8,21	75 (53-123)	
Aile dışı çevrede obezite				
Var	340	76,48 ± 8,18	75 (53-117)	0,325
Yok	33	75,55 ± 11,58	74 (59-123)	
Mevcut vücut ağırlığından memnuniyet				
Memnun	217	77,04 ± 8,59	76 (56-123)	0,074
Memnun değil	156	75,51 ± 8,37	75 (53-110)	
Bütün olarak vücut görünümünden memnuniyet				
Memnun	230	76,78 ± 8,80	75 (56-123)	0,283
Memnun değil	143	75,79 ± 8,05	75 (53-110)	
Vücut ağırlığını korumaya dikkat etme				
Ediyor	291	76,44 ± 8,20	75 (56-117)	0,532
Etmiyor	82	76,27 ± 9,64	75 (53-123)	

Tablo 16 Devam. Katılımcıların çevresel özelliklerine ve tutumlarına göre OÖÖ puan ortalamaları

	n	OÖÖ puanı		p
		Ortalama±SS	Medyan (Alt-Üst)	
Son 1 yıl içinde ağırlık kaybetmek için herhangi bir yöntem uygulama durumu				
Evet	200	76,13 ± 8,04	75 (53-110)	0,998
Hayır	173	76,71 ± 9,06	75 (56-123)	
Yaşam boyu kendisini kilolu bulduğu dönem oldu mu?				
Evet	242	76,36 ± 8,54	75 (53-117)	0,725
Hayır	131	76,47 ± 8,52	75 (62-123)	
Vücut ağırlığından dolayı ayrımcılığa uğrama durumu				
Evet	67	75,99 ± 8,20	76 (53-117)	0,980
Hayır	306	76,49 ± 8,60	75 (56-123)	
Obez olmak deneyiminin yorumlanması				
En kötü	24	78,29 ± 13,39	75,5(63-117)	0,891
Olumsuz bir	270	76,23 ± 8,46	75 (53-123)	
Olağan bir	71	76,44 ± 6,84	76 (60-94)	
Fikrim yok	8	76,25 ± 6,16	75 (67-85)	
Sağlık kuruluşlarında obez bireyler için ayrıcalık				
Olmalı	301	76,06 ± 8,31	75 (53-123)	0,159
Olmamalı	72	77,83 ± 9,28	77 (63-117)	

Mann Whitney U Testi. *Kruskal-Wallis Testi. SS:Standart sapma

Tablo 17'de katılımcıların kişisel görüşüne göre obezitenin başlıca sebepleri değerlendirilmiştir. "Ekonomik nedenler obezitenin başlıca sebeplerindendir" ifadesine katılma durumları değerlendirildiğinde gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı (p=0,017) bulunmuştur. Diyetisyenlerin %69,6'sı, öğrenci grubunun ise %63,3'ü bu ifadeye katıldıklarını bildirmiştir. "Sosyal nedenler obezitenin başlıca sebeplerindendir" ifadesine diyetisyenlerin %90,4'ü, öğrencilerin %87,9'u katıldıklarını ifade etmiştir. Diyetisyenlerin %88,8'i, öğrencilerin %87,1'i "Genetik obezitenin başlıca nedenlerindendir" yargısına katıldıklarını belirtmiştir. "Fizyolojik nedenler obezitenin başlıca sebeplerindendir" ifadesine diyetisyenlerin %92,0'ı katılırken, öğrencilerin ise %85,1'i katıldıklarını bildirmiştir. "Psikolojik nedenler obezitenin başlıca sebeplerindendir" yargısına diyetisyen grubunun %99,2'sinin, öğrenci grubunun %95,6'sının katıldığı saptanmıştır. Diyetisyen grubunun %93,6'sının, öğrenci grubunun ise %86,3'ünün "Çevresel sebepler obezitenin başlıca

nedenlerindendir" ifadesine katıldıkları gözlemlenmiştir. Diyetisyenlerin %99,2'sinin, öğrenci grubunun ise %97,6'sının "Yaşam biçimi obezitenin başlıca nedenlerindendir" ifadesine katıldıkları bildirilmiştir. Sosyal, genetik, fizyolojik, psikolojik ve çevresel nedenler şıklarına katılma durumları incelendiğinde gruplar arası fark gözlemlenmemiştir (p>0,05).

Tablo 17. Katılımcıların kişisel görüşüne göre obezitenin başlıca nedenleri

İfade	Grup	Kesinlikle Katılıyorum (%)	Katılıyorum (%)	Kararsızım (%)	Katılmıyorum (%)	Kesinlikle Katılmıyorum (%)	p
Sosyal nedenler	Öğrenci	35,1	52,8	7,3	4,0	0,8	0,454
	Diyetisyen	44,0	46,4	6,4	3,2	-	
	Toplam	38,1	50,6	7,0	3,8	0,5	
Ekonomik nedenler	Öğrenci	27,8	35,5	21,4	12,9	2,4	**0,017***
	Diyetisyen	19,2	50,4	14,4	10,4	5,6	
	Toplam	24,9	40,5	19,0	12,1	3,5	
Genetik	Öğrenci	41,5	45,6	9,7	2,4	0,8	0,447
	Diyetisyen	35,2	53,6	6,4	4,0	0,8	
	Toplam	39,4	48,3	8,6	2,9	0,8	
Fizyolojik nedenler	Öğrenci	36,3	48,8	11,3	3,6	-	0,229
	Diyetisyen	35,2	56,8	5,6	2,4	-	
	Toplam	35,9	51,5	9,4	3,2	-	
Psikolojik nedenler	Öğrenci	60,5	35,1	3,2	0,4	0,8	0,252
	Diyetisyen	67,2	32,0	-	-	0,8	
	Toplam	62,7	34,0	2,1	0,3	0,8	
Çevresel nedenler	Öğrenci	37,9	48,4	10,5	2,4	0,8	0,209
	Diyetisyen	43,2	50,4	4,0	2,4	-	
	Toplam	39,7	49,1	8,3	2,4	0,5	
Yaşam biçimi	Öğrenci	69,8	27,8	2,0	-	0,4	0,214
	Diyetisyen	75,2	24,0	-	0,8	-	
	Toplam	71,6	26,5	1,3	0,3	0,3	

Pearson Ki-kare testi. *p<0,05.

TARTIŞMA

Obeziteye bağlı fiziksel problemlerin yanında, son zamanlarda obezitenin psikolojik ve sosyal sorunlarla bağlantısı ön plana çıkmıştır (128). Obezitesi olan bireylerin karşılaştığı en önemli sorunlar olumsuz tutumlar, ayrımcılık ve önyargılardır ve bunların oldukça yaygın görüldüğü gözlemlenmektedir (3, 6, 7). OÖY'nin en büyük kaynaklarından biri sağlık alanlarıdır ve OÖY ile olumsuz tutumlar son yıllarda sağlık profesyonelleri arasında daha da yaygınlaşmaktadır. Diyetisyenlik obeziteden mustarip kesimle en yakın etkileşimdeki meslek grubudur ve obezite yönetiminde çok önemli bir rol oynamaktadır (15, 16). Buna rağmen literatür taramasında diyetetik alanında OÖY değerlendiren çalışma sayısının oldukça sınırlı olduğu belirlenmiştir. Ulusal çalışmalara bakıldığında bu çalışmanın konusu olan diyetisyen ve diyetisyen adaylarında OÖY'yi ve ilgili faktörleri bir arada inceleyen başka çalışma bulunamamış, uluslararası alanda ise sayılı olduğu görülmüştür. Bu çalışmaya 248 öğrenci ve 125 diyetisyen katılmıştır.

Bu çalışmada yaş ve BKİ, aile bireylerinde ve aile dışı çevrede obezite öyküsü, kendini önyargılı olarak tanımlama, vücut ağırlığını korumaya dikkat etme, yaşam boyu kendisini kilolu bulduğu dönemin olması değişkenlerinde gruplar arasında farklılıklar olduğu belirlenmiştir. Yaşın diyetisyen grubunda daha yüksek olması dolayısıyla BKİ'nin de yüksek olduğu düşünülmektedir.

Literatüre bakıldığında ilk kez şişman ya da ağırlık fobisi terimini 1993 yılında Robinson (18) tarif etmiştir. OÖY ilk olarak 2001 yılında Puhl ve Brownell (49) tarafından çalışılmış olsa da obez bireylere karşı olumsuz tutumlar ilk olarak 1969 yılında Maddox ve Liederman (52) tarafından incelenmiştir.

Bu çalışmada gruplar arasında anlamlı fark bulunmamakla birlikte, genel katılımcılarda obeziteyi "insanın yaşayabileceği en kötü şey" olarak tanımlayanların oranı %6,4, "obez olmanın insanın yaşayabileceği olumsuz bir durum" olduğunu düşünenlerin oranı %72,4 bulunmuştur. Puhl ve Brownell (49)'in öğretmenleri ele aldıkları OÖY'yi irdeleyen ilk çalışmada "obez olmanın insanın yaşayabileceği en kötü şey" olduğunu düşünenlerin oranı %28'dir. Bu farklılığın sebebi "obez olmanın insanın yaşayabileceği en kötü şey" yargısını; obez olmak insanın yaşayabileceği en kötü şeydir ve olumsuz bir durumdur olmak üzere iki ayrı şık şeklinde incelememizden kaynaklanıyor olabilir.

Beslenme ve Diyetetik öğrencileri ve diyetisyenler arasında OÖY ve olumsuz tutumları üzerine yapılan çeşitli çalışmalar bunun meslekte ciddi bir sorun olduğunu göstermektedir; birçok çalışma Beslenme ve Diyetetik öğrencilerinde (85, 105, 129-133) ve diyetisyenlerde (15, 16, 60, 108-110, 112, 131, 134-137) OÖY'nin artışta ve değiştirilmesinin zor olduğunu ortaya koymuştur. Bu çalışmada OÖD'nin belirlenmesi amacıyla aynı ve farklı ölçüm yöntemlerinin kullanıldığı başka çalışmalarla benzer sonuçlar elde edilmiştir. Oberrieder ve ark. (131) bu çalışmada olduğu gibi öğrenimine devam etmekte olan Beslenme ve Diyetetik öğrencileri ve çalışmakta olan diyetisyenleri bir arada incelemiştir. 118 öğrenci ve 234 diyetisyende OÖY'yi izledikleri bu çalışmada mevcut çalışmaya paralel olarak obeziteye karşı olumsuz tutumlar her iki grupta da gözlemlenmiştir. Welborn (9)'un öğrenci, stajyer ve çalışmakta olan diyetisyenlerle yaptığı çalışmada arada anlamlı fark bulunmaksızın bütün gruplarda OÖY gözlemlenmiştir. 352 hemşirelik lisans öğrencisi ve 198 hemşire ile yapılan bir çalışmada ise hem hemşirelerin hem de öğrencilerin obezite ile ilgili olumsuz algılara sahip olduğu, hemşirelerin öğrenci hemşirelere göre anlamlı olarak daha yüksek düzeyde ağırlık fobisi ve obez bireylere karşı daha olumsuz tutumlar gösterdikleri gözlemlenmiştir (5).

Obezite önyargısı, açık OÖY ve dolaylı OÖY olmak üzere iki ayrı kategoride incelenebilir. Açık OÖY, olumsuz tutumları bilinçli bir şekilde dışa vurmayı seçmek olarak tanımlanabilirken dolaylı OÖY, bilinçli farkındalığın ötesindeki yargıları kapsar ve bunları ölçmek ayrıca yöntemler gerektirir (48). OÖY'ye eğilim bir yanıyla bireylerin doğrudan göstermedikleri tutumları kapsadığından dolaylı OÖY olarak değerlendirilebilir (138). GAMS 27 OÖÖ kullanılarak yapılan çalışmalar incelendiğinde Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde 80 Beslenme ve Diyetetik öğrencisi ile yapılan bir çalışmada grubun ortalama skoru 81,7 yani OÖY'ye eğilimli olarak tespit edilmiştir (130). Okumuşoğlu (139)'nun farklı bölümlerden öğrencilerle yaptığı çalışmada OÖÖ puan ortalaması 82,42 hesaplanmıştır. Sert ve ark.

(140)'nın aynı ölçeği kullanarak 1023 Sağlık Yüksekokulu öğrencisiyle yaptıkları bir çalışmada puan ortalaması 78,55 bulunmuştur. Altınayak ve ark. (141) yine aynı ölçekle ebelik öğrencilerinde ortalama puanı 74,51 olarak bulmuşlardır. Şimdiki çalışmada GAMS 27 OÖÖ'nün geçerlilik-güvenilirlik çalışması olan Ercan ve ark. (127)'nın çalışmasına benzer olarak (ortalama: 76,39) genel katılımcılarda ortalama 76,40 puanla olumsuz önyargılı olmaya karşı eğilimli bulunmuş, hem diyetisyen hem öğrenci grubunda arada anlamlı farklılık olmaksızın OÖY'ye eğilim izlenmiştir. Ayrıca Portekiz'de 344 diyetisyen ile yapılan bir çalışmada, özelliklerine bağlı olarak büyük bedenli bireylerin güçlü bir şekilde damgalanmasına işaret etmiştir (110). Ağırlık fobisinin obezitesi olan bireyleri tanımlayan 14 çift sıfat içeren F-ölçeği kullanılarak değerlendirildiği, Meksika'nın farklı bölgelerinden iki üniversitenin beslenme bölümü öğrencileri ile yapılan bir çalışmaya 18-25 yaş arası altı yüz otuz birey katılmıştır. Katılımcıların %12'si obeziteye karşı tarafsız veya pozitif tutumlar gösterirken, tüm öğrencilerin %88'inde obeziteye karşı yüksek fobi prevalansı gösteren negatif tutum gözlemlenmiştir (129). Altun ve Ercan (142)'ın üniversite öğrencileriyle yaptığı çalışmada katılımcıların yarısından fazlasının (%55,1), Sert ve ark. (140)'nın çalışmasında öğrencilerde OÖY eğiliminin %51,3, Işık ve ark. (143) çalışmasında hemşirelerde eğilimin %63,2 olduğu bulunmuştur. Altınayak ve ark. (141) 192 ebelik öğrencisinin %10,4'ünde OÖY, %69,9'unda OÖY eğilimi olduğunu göstermiştir. Gür ve ark. (128)'nın obezite prevalansının en düşük (Erzurum) ve en yüksek (Adana) olduğu şehirlerdeki ebelik öğrencileriyle yaptıkları çalışmada ise OÖY eğilim Erzurum şehrindeki öğrencilerde %72,7, Adana ilinde %51,8 bulunmuştur. Şimdiki çalışmada ise gruplar arası fark anlamsız olmakla birlikte genel katılımcıların %75'i obez bireylere karşı OÖY'ye eğimli, %12,1'i önyargılı bulunmuştur. Gün geçtikçe öneminin ve mücadele çabalarının arttığı obezite salgınına karşı OÖY'ye meyilli olan sağlık çalışanları ve öğrencilerinin obezitenin sebeplerini ve ehemmiyetini iyi kavrayamamalarıyla negatif davranış ve tavır sergilemeye eğilimli hale geldikleri tahmin edilmektedir (128).

Olumsuz kalıplaşmış düşünceler daha çok bir koşul kontrol edilebilir olarak algılandığında uygulanmaktadır. Bireyin kendi durumunu kontrol edilebileceği düşüncesi yani kişisel sorumluluk, suçlama, öfke ve sempati eksikliği gibi olumsuz tepkileri arttırmaktadır (37). Aynı şekilde, OÖY'ye sebep olan en önemli etkenlerden birinin bireyin kendi ağırlığını kontrol edilebileceği düşüncesi ve bunun sonucunda fazla ağırlığından kendisinin sorumlu olduğunu düşünmek olabileceği tahmin edilmektedir (15, 54). Çalışmalar, obezitenin en az çevresel nedenleri kadar önemli olan biyolojik ve genetik nedenlerinin göz ardı edilip bireyin

ağırlık artışındaki sorumluluğunun daha da artmasıyla, diğer bireyler tarafından olumsuz tepkilerle cezalandırıldığını ortaya koymaktadır (15, 58, 59). Swift ve ark. (73), çalışmalarında stajyer hemşireler arasındaki olumsuz kalıp yargıların obezitenin kontrol edilebilirliğine ilişkin güçlü inançlarla birlikte ortaya çıktığını belirtmiştir. Diyetisyenlerin obez ve fazla kilolu bireylere bakışının değerlendirildiği bir çalışmada, diyetisyenlere göre fiziksel hareketsizlik, hem fazla kilololuk hem de obezite için önemli bir nedensel faktör olarak tanımlanmış, ruh hali, yanlış yiyeceklerden çok fazla yeme, tekrarlanan diyet ve kişilerarası faktörler nispeten önemli olarak belirtilmiştir (60). Çeşitli ülkelerde yapılan çalışmalar, sağlık çalışanlarının obezitenin aşırı yemenin sonucu olduğuna ve obezitesi olan bireylerin motivasyonu eksik, fiziksel olarak aktif olmayan ve tembel bireyler olduklarına inandıklarını göstermiştir (94, 95, 114). Berryman ve ark. (105) 76 diyetetik öğrencisiyle yaptıkları çalışmada öğrencilerin fazla kilodaki bireylerin aşırı yediklerini, inaktif ve yavaş, düşük dirençli ve iradesiz olduklarını düşündüklerini yüksek katılımla ortaya koymuştur. Şimdiki çalışmada obezitenin en önemli nedenleri sorgulandığında, bireylerin yaşam biçiminin obezitenin en önemli sebeplerinden olduğu yargısına katılan katılımcıların çok büyük bir çoğunlukta olduğu görülmüştür ve diğer seçeneklere göre en sık dağılıma sahiptir (%98,1). Bu durum çalışma kapsamındaki diyetisyen ve öğrencilerin ağırlığından bireyin kendisini sorumlu tuttuğunu göstermektedir. Geleceğin diyetisyenlerinin obezitenin kontrol edilebilir ve kontrol dışı nedenlerin etkileşimiyle meydana gelmiş karmaşık yapısı hakkında eğitmek OÖY düzeylerini mesleğe atılmadan azaltmak için işe yarayabilir (58, 68, 99).

Obezite damgalamasının boyutunun çeşitli sosyal ve demografik faktörlere bağlı olduğunu vurgulayan çalışmalara göre, kadınların obezitesi olan bir bireye karşı genellikle erkeklere göre daha az olumsuz tutum sergilediğini söyleyen veriler mevcuttur (6, 106, 144-147). Brown ve ark. (99)'nın çalışmasında ise cinsiyet ile OÖY arasında bağlantı görülmemiştir. Nair ve ark. (148) üç merkezde yaptıkları çalışmada tıp doktorlarında cinsiyetin OÖY'yi etkilemediğini bildirmiştir. Soto ve ark. (104)'nın psikoloji ve tıp fakültesinde okuyan 528 öğrenciyle yaptığı başka bir çalışmada iki cinsiyet arasında fark olmadığı gösterilmiştir. Yılmaz ve Yabancı Ayhan (149)'ın Ankara'da 437 hemşirelik öğrencisi ile yaptığı bir çalışmada cinsiyetin obez bireylere karşı tutumları etkilemediği bulunmuştur. Çalışmada, cinsiyetin OÖD ile ilişkili olmadığı tespit edilmiştir. Çalışma sonuçları arasında farklılıklar olmasının sebebi tıp fakülteleri hariç sağlık ile ilişkili bölümlerde erkek öğrenci mevcudunun azlığı olabilir, bu durum cinsiyetin etkisini belirlemeyi güçleştirerek çalışma sonucunu etkileyebilir.

Daha ileri yaşlarda ideal vücut şekli ve görünümün öneminin azaldığı varsayımına dayanarak, daha yüksek yaşın daha düşük OÖY ile ilişkili olabileceği bir meta-analiz çalışmasında ortaya atılmıştır (144). Literatürde bu bağlantıyı destekleyen çalışmalar bulunmaktadır (94, 145, 150). Hellbardt ve ark. (112)'nın Almanya'da 49 diyetisyenle vaka örneği kullanarak yaptığı çalışmada yaş arttıkça OÖD'nin azaldığı sonucuna varılmıştır. Edelstein ve ark. (135), Brown ve ark. (99) ve McArhur ve Ross (137) diyetisyenlerde olumsuz tutumlar ve yaş arasında anlamlı bir ilişki bulamamışlardır. Sert ve ark. (140)'nın yaptıkları çalışmada yaş ile OÖY arasında ilişki gösterilmemiştir. Nair ve ark. (148)'nın Birleşik Arap Emirlikleri'nde 573 tıp doktoru ile yapmış oldukları yakın tarihli bir çalışmada yaş ile obez bireylere karşı tutum arasında bir ilişki bulunmamıştır. Usta ve ark. (151) öğrencilerle yaptıkları çalışmada yaş değişkeninin OÖD'yi etkilemediğini ortaya koymuştur. Soto ve ark. (104) aynı şekilde yaş ile obezitesi olan bireylerle ilgili inanışlar arasında bir ilişki göstermemiştir. Bu çalışmada her iki grupta da yaş ile OÖD arasında anlamlı bir korelasyon gözlemlenmemiştir. Bunun sebebi olarak çalışmaya dahil edilen bireylerin yaş aralığının dar olması olarak gösterilebilir.

Deneyimsizliğin bireylerde OÖY oluşmasında etkili olabileceği, tecrübe arttıkça olumsuz tutumların azalabileceği veya hiç oluşmayabileceği düşünülmektedir (128). Literatür taramasında genellikle tecrübenin OÖD'leri etkilemediği veya azalttığı sonucuna varılmıştır, bu çalışmada ise diyetisyenlerde arada anlamlı bir korelasyon gözlemlenmemiştir. Puhl ve ark. (152) deneyimden bahsedildiğinde yaşın da hesaba katılması gerektiğini ifade etmişlerdir. Hellbardt ve ark. (112) diyetisyenlerde olumsuz davranışların mesleki tecrübe ile azaldığını saptamıştır. Brown ve ark. (99)'nın İngiltere'de birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan 398 hemşire ile yaptıkları bir çalışmada hemşirelerde deneyim ile OÖD arasında ilişki bulunamamıştır. Schwartz ve ark. (50)'nın ABD'de 596 diyetisyenle yaptıkları bir çalışmada katılımcıların deneyim süresinin obez hastalara yönelik tutum ile bağlantılı olmadığı bulunmuştur. Bu çalışmaların aksine deneyim süresinin artışıyla olumsuz tutumların da arttığını savunan bir çalışmanın da olduğu görülmüştür (153).

Sağlık çalışanlarının kişisel BKİ değerleri, birçok çalışmada sağlık hizmetleri uygulama yöntemlerini etkileyebilecek olası bir değişken olarak değerlendirilmiştir (6, 14, 45, 145, 154). Bu çalışmada genel katılımcılarda BKİ değeri ile OÖD arasında negatif yönlü fakat anlamlı olmayan bir ilişki gösterilmiştir. Bazı çalışmalar BKİ değeri ile OÖD'nin ilişkili olmadığını göstermektedir (104, 155, 156). ABD'li hekim olmayan 500 sağlık profesyoneliyle yapılan bir çalışmada katılımcıların BKİ'sinin obezite uygulamalarına etki

etmediği görülmüştür (157). Nair ve ark. (148) ise tıp doktorlarında BKİ ile OÖD arasında anlamlı bir ilişki bulamamışlardır. Bu verilerin yanı sıra Brown ve ark. (99)'nın çalışmasında hemşirelerin kendi BKİ'leri yükseldikçe bu hastalara karşı olumsuz algılarının azaldığı sonucuna varılmıştır. Swift ve ark. (14)'nın Fat Fobia ölçeği kullanarak stajyer doktor ve diyetisyenlerle yaptıkları çalışmada da yüksek BKİ ile düşük ağırlık fobisi ilişkili bulunmuştur. Puhl ve ark. (158)'nın dört ülke çapında OÖD araştırdıkları çalışmasında benzer şekilde daha düşük BKİ daha yüksek OÖD ilişkisi gözlemlenmiştir. 400 aile hekiminde yüksek BKİ'li katılımcıların daha fazla OÖY gösterdikleri Kanada'da yapılmış bir çalışma da bulunmaktadır (100). BKİ sınıflamalarının incelendiği çalışmalara bakılacak olursa, Oberrieder ve ark. (131) "normal" BKİ grubundaki diyetisyenlerin daha olumsuz tutumlar sergilediklerini belirtmişlerdir. Welborn (9) ise çalışmasında zayıf veya normal BKİ'deki katılımcıların daha fazla önyargılı olduklarını göstermiştir. Bu çalışmada fazla kilolu/obez sınıflamasında olup önyargılı olan katılımcı yoktur. "Zayıf" diyetisyenler diğer gruplardan anlamlı ölçüde düşük OÖD'ye sahiptir. Çalışmaların sonuçları arasındaki farklılıklar, çalışma grupları tarafından seçilen farklı çalışma yöntemleri ile ilişkilendirilebilir.

Vücut imgesi öznel bir değerlendirmedir ve bireyin kendisini algılamasıyla alakalıdır. Vücut imgesi teorilerine göre, bireylerin çoğu kendi ağırlıklarını doğru bir şekilde algılayamamaktadır (159). TBSA-2017 verilerine göre, bireylerin %65,5'i 25 kg/m^2 ve üzeri BKİ değerine sahipken %43,1'i kendisini fazla kilolu ve obez olarak değerlendirmektedir (1). Bir çalışmada katılımcıların %15,7'sinin fazla kilolu veya obez sınıflamasındayken %8,2'sinin kendisini "şişman" olarak tanımladığı görülmüştür (155). Şimdiki çalışmada ise katılımcıların %8'i 25 kg/m^2 ve üzeri BKİ'deyken %7,8'inin kendini fazla kilolu veya obez olarak tanımladığı saptanmıştır. Obezite ile beden algısının incelendiği bir çalışmada normal BKİ'deki katılımcıların %97'sinin kendini normal olarak değerlendirdiği, fazla kilolu ve üstü olanların ise %67'sinin kendini normal algıladıkları görüşmüştür. Bu çalışmada ise normal katılımcıların %60,4'ü kendini normal görürken fazla kilolu veya obezitesi olan katılımcıların %50'si kendini normal olarak değerlendirmektedir. BKİ arttıkça bireylerin beden algıları sosyal damgalamalara tepki olarak bozulmaya başlıyor olabilir. Gür ve ark. (128)'nın ebe öğrencilerle yaptıkları çalışmada ve Sert ve ark. (140), Aydın ve ark (155)'nın yaptıkları farklı çalışmalarda bireylerin kendilerini nasıl tanımladığı ile OÖD arasında bağlantı bulunmamıştır. Oberrieder ve ark. (131)'nın yaptığı çalışmada, kendilerini "sağlıklı ağırlıkta" veya "zayıf" olarak tanımlayan katılımcılar "fazla ağırlıkta" olduklarını ifade edenlere göre daha olumsuz tutumlar göstermiştir. Altınayak ve ark. (141)'nın yaptığı çalışmada kendini zayıf olarak

algılayanların OÖÖ puan ortalaması en yüksek iken kilolu olarak tanımlayanların en düşük olarak bulunmuştur. Bu çalışmada benzer şekilde genel katılımcılarda kendisini fazla kilolu/obez olarak tanımlayanların zayıf ve normal olarak tanımlayanlara göre en düşük puan ortalamasına yani düşük OÖD'ye sahip olduğu görülmüş, bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bunun sebebi bireylerin kendi ağırlıklarını fazla görmeleriyle fazla kilolu bireylere karşı empati hissi geliştirmiş olabilecekleri olabilir.

Bu çalışmaya benzer olarak Rudd ve ark. (61)'nın yaptıkları çalışmada katılımcıların %50'sinden fazlası son zamanlarda ağırlık kaybetmeye çalıştığını ifade etmiştir. Bu çalışmada son 1 yılda ağırlık kaybetmeye çalışanların dağılımı gruplar arası fark olmaksızın tüm katılımcılarda %53,6 olarak bulunmuştur. TBSA-2017 verilerine bakıldığında bireylerin %9,1'i vücut ağırlığı kaybetmek için yöntem uygulamış oldukları gösterilmektedir (1). Aradaki bu farkın sebebinin TBSA'da genel popülasyona ve her yaş aralığına bakılmış olup bizim çalışma grubumuzun genç ve diyetisyenlerden oluşmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Ayrıca sağlık çalışanlarının ağırlık kaybetmedeki başarısının obezite tutumlarını etkileyebileceği gösterilmiştir (17). Hastaları tanımlamada kullanılan değerlendirmelerdeki OÖY'yi inceleyen bir çevrimiçi anket çalışmasında kendisi ağırlık kaybetmiş ve ağırlığını başarıyla korumuş olan tıp öğrencileri ve asistanların genel olarak daha az anlayışlı oldukları ve ağırlık kaybetmiş ancak yeniden almış olarak tanıtılmış bir hastaya karşı önemli ölçüde daha fazla suçlama yönelttikleri bildirilmiştir (147). Bu çalışmada son zamanlarda ağırlık kaybetmeye çalışmış diyetisyen veya öğrenciler ile diğer katılımcılar arasında OÖD'de anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Ayrıca yaşamın bir döneminde obez veya fazla kilolu olma durumu incelendiğinde gruplar arası fark bulunmaksızın obezite tutumlarında fark gözlemlenmemiştir.

Yapılan bir çalışma zayıf olma baskısının beslenme öğrencilerinde mezuniyetin ötesine ve diyetisyenlik kariyerlerine uzandığını göstermektedir. Katılımcıların başarılı bir kariyeri "sağlıklı" vücut ağırlığı ile bağdaştırıp insanların büyük bedenli bir diyetisyene güvenemeyeceğini, işe alımda tercihin daha zayıf adaylardan yana olacağını düşündükleri ifade edilmiştir (107). Bu durum katılımcıların kendi yeteneklerini sorgulayarak yargı kalıplara inanıp damgalamayı içselleştirme süreçlerini gözler önüne sermektedir (107, 160). Stevens (161)'ın çalışmasında katılımcıların ABD'de bir üniversite ortamında akranları tarafından alay edilme konusunda benzer bir kaygı veya endişe duydukları saptanmıştır. Bu çalışmada da şimdiye kadar vücut ağırlıklarından dolayı ayrımcılığa uğrayan bir kesimin (%18) olduğu görülmüştür. Ayrıca yeme bozukluklarının diyetetik öğrencileri ve

diyetisyenler arasında yaygın olduğu bildirilmiştir (162). Bir çalışma, diyetetik eğitimcilerinin %76'sında yeme bozukluğunun bir sorun olduğunu ve bunun da diyetetik öğrencileri arasında içselleştirilmiş kilo damgasının yayılmasında etken olduğunu ortaya koymuştur (163). Bu çalışmada anlamlı farkla öğrencilerin %60,9'u, diyetisyenlerin %72,8'i "Yaşamınız boyunca kendinizi kilolu bulduğunuz dönem oldu mu?" sorusuna evet yanıtını vermiştir. Üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada bu soruya yanıtın dağılımı %45,1, başka çalışmada ebelik öğrencilerinde %20,8 bulunmuştur (6, 141). Vücut ağırlığını korumaya dikkat ettiğini belirtenlerin sıklığı öğrenci grubunda %74,2 iken diyetisyen grubunda %85,6 bulunup aradaki fark anlamsızdır. Sonuçlardaki farklılıkların sebebi çalışma gruplarının farklı olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Beden memnuniyeti ile ilişkili yapılmış çalışmalara bakılacak olursa, çalışmalar genellikle vücut görünümünden memnun olma ile OÖD ve olumsuz tutumların azaldığı yönündedir (59, 61, 92). Bir üniversitede sağlık alanları dahil çeşitli programlardan 200 öğrenci ile yapılmış bir çalışmada kendilerini değerlendirirken ağırlıkları ile ilgili memnuniyetsizlik bildiren katılımcılarda OÖY ve negatif tutumlar bildirilmiştir (61). O'Brien ve ark. (68) aynı şekilde görünümleri ile ilgili düşük tatmin düzeyi gösterenlerde ve kendi görünümlerini değerlendirmede eleştirel tutum sergileyenlerde daha fazla negatif tutum gözlemlemiştir. Bu çalışmada her iki grupta da vücut görünümünden ve mevcut ağırlığından memnun olanların obez bireylere karşı tutumlarında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.

Damgalama ve OÖY'nin aile üyeleri ve arkadaşlar arasında yoğun bir şekilde bulunduğu bildirilmiştir (75, 81). Kişilerarası ilişkilerde OÖY genellikle ev içerisinde obez bireylere karşı uygunsuz ve olumsuz yorumlar olarak kendini gösterir (64). Arkadaş ve aile bireylerinin neden en sık OÖY gösterenler oldukları ile ilgili çeşitli hipotezler vardır. Bu varsayımlardan bir tanesi ağırlık damgalamasının kalıplaşmış bir davranış olduğuna, bu davranışta bulunanların bunun kırıcı olduğunu fark etmemelerine bağlamaktadır. Diğer bir fikir de, aile üyelerinden kaynaklanan yüksek OÖY insidansının daha sık maruziyetten kaynaklanabileceği veya daha incitici görünebileceği ve daha sık hatırlanabileceği yönündedir (75, 81). Diğer hipotezler, aile üyelerinin obez bireyi ağırlık kaybı açısından motive etme niyetleri, obez bireyin daha sağlıklı bir yaşam tarzına uyum sağlaması için baskı, kendisinin obez bir bireyle ilişkisi olduğu için kendi aile veya arkadaşlarından gördüğü damgalama ve sorumluluk duymayı içerir (64). Günlük yaşantılarında fazla kilolu kişilerle temasta olanların daha düşük OÖD gösterdikleri bulunan çalışmalar da mevcuttur (54). Rudd ve ark. (61)'nın 18-52 yaş arası 200 katılımcıyla yaptıkları çalışmada yüksek OÖD bildirilen katılımcıların

ailesinde veya çevresinde yüksek ağırlıklı bireylerle daha az temas halinde bulunduğu görülmüştür. Uluöz (164)'ün 330 Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu öğrencisiyle yaptığı çalışmada ve Gür ve ark. (128)'nın çalışmasında ailede obezitesi olan bireylerin olma durumunun OÖD'yi etkilemediği gösterilmiştir. Bu çalışmada her iki grupta da ailede obezite öyküsü ile katılımcıların OÖÖ puanları ortalamalarının arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Aile dışındaki yakın çevresinde obez birey bulunanların ortalamada anlamlı olmayan bir farkla daha fazla OÖD'ye sahip oldukları görülmüştür. Ailenin yaşadığı çevre, inancı, sosyo-ekonomik durumu, eğitim seviyesi gibi etkenlerin OÖY ve tutumlarına etki edebileceği unutulmamalıdır (164). Farklı sonuçlarla karşılaşılmasının bu çok faktörlü ilişkilerden kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir.

Bir çalışmada katılımcıların %88.2'si şimdiki çalışmaya benzer olarak (öğrencilerde:%83,5, diyetisyenlerde:%75,2) kendisini obezitesi olan bireylere karşı önyargısız olarak ifade etmiştir. Aynı çalışmada kendini OÖY açısından tanımlamanın gerçekte olan OÖD ile bağlantılı olmadığı gösterilmiştir (155). Mevcut çalışmada ise obez bireylere karşı önyargılı olmadığını düşündüğünü bildiren katılımcıların önyargısız tutuma sahip olma anlamına gelen 68 puanın altında skora sahip olmadıkları, OÖY'ye eğilimli oldukları ortaya konmuştur (Ortalama: 76,54). Benzer şekilde çeşitli bölümlerinin dördüncü sınıflarından 90 üniversite öğrencisi ile yapılmış GAMS 27 OÖÖ'nün kullanıldığı Okumuşoğlu (139)'nun çalışmasında önyargısız olduğunu ifade eden katılımcıların önyargılı tutumlara eğilim gösterdikleri saptanmıştır. Miller ve ark. (146)'nın tıp fakültesi öğrencileriyle yaptıkları çalışmada öğrencilerin %67'sinin önyargılı olduklarının farkında olmadığı bulunmuştur. Bu çalışmada ise önyargılı bulunanların %91,1'i kendini önyargısız olarak görmektedir.

Sert ve ark. (140)'nın çalışmasında hayatın bir döneminde fazla kilolu veya obez olmanın OÖD'ye etkisinin bulunmadığı gösterilmiştir. Benzer şekilde, GAMS 27 OÖÖ kullanılarak ebelik bölümü öğrencileri ile yürütülen iki farklı çalışmada (128, 141) ve Usta ve ark. (151)'nın çalışmasında arada anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Aydın ve ark. (155) yaşamın bir bölümünde fazla ağırlıkta veya obez olmanın OÖD ile ilişkisinin olmadığını göstermişlerdir. Bu çalışmada ise genel katılımcılarda yaşamının herhangi bir döneminde fazla kilolu veya obez olan katılımcıların ortalama skorları arasındaki fark literatüre uyumlu olarak anlamlı değildir.

Bu çalışmada, literatürün çoğunluğuyla uyumlu olarak öğrencilerin eğitim süresi arttıkça OÖÖ puanlarının artarak önyargı düzeylerinin yükseldiği görülmüş; 4.sınıfta öğrenim

görenlerde anlamlı olarak daha yüksek puanlar gözlemlenmiştir. Yılmaz ve Yabancı-Ayhan (149)'ın hemşirelik bölümünden 437 katılımcıyla yaptıkları bir çalışmada sınıf seviyesi yükseldikçe OÖD'nin artmakta olduğu gösterilmiştir. Altınayak ve ark. (141) ebelik bölümünde okuyan 173 öğrencide yüksek sınıflarda OÖD'nin daha fazla olduğu bulunmuştur. Gür ve ark. (128)'nın GAMS 27 ölçeği kullanarak yaptıkları yakın tarihli çalışmada obezite insidansının en yüksek olduğu il olan Adana'da ebelik öğrencilerinin stajlarında kilolu veya obezitesi olan gebelerle karşılaşma sıklıkları arttıkça OÖD'lerinin de arttığı görülmüştür. Klinisyenlerin obez hastalarla daha fazla iletişime girmesi ve daha farklı ve zorlayıcı tıbbi durumlarla karşılaşmaları sonucunda fazla kilolu hastalarını suçlamaya yatkın hale gelebilecekleri düşünülmektedir (23, 94). Öğrencilerde de benzer şekilde sınıf derecesi arttıkça negatif tutuların artmasının sebebi son sınıfta eğitim gören öğrencilerin sahada obez bireylerle daha çok iletişimde bulunarak bir önyargı geliştirmiş olabilecekleri olabilir. Bu durum öğrencilerin akıllarındaki kalıplaşmış yargıların tecrübeyle birlikte negatif tutum ve önyargılara dönüşerek pekişmiş olabileceği şeklinde yorumlanabilir (142). Bu çalışmadaki bulgulardan farklı olarak McArthur ve Ross (137) diyetisyenlerde eğitim alma süresi ile obez hastalara karşı tutum arasında bir ilişki bulamamış, bir çalışmada (155) birinci sınıfa devam eden öğrencilerin son sınıftakilere göre, bir başka çalışmada (165) bir ve ikinci sınıf öğrencilerinin diğer sınıftakilere göre daha önyargılı oldukları bulunmuştur. T-ATOP (Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeği) kullanılarak Spor Yüksekokulu'nda yapılmış bir çalışmaya göre son sınıf öğrencilerinde daha olumlu tutumlara rastlanmıştır (164). Bu farklılıkların değişik bölüm, üniversite veya yüksekokullardaki müfredat çeşitliliğinden kaynaklanabileceğini düşünülmektedir.

Kanada'da 2021 yılında 11 diyetetik öğrencisiyle birebir görüşme şeklinde yapılmış bir çalışmada katılımcılar tarafından üniversitenin fiziksel alanı, yüksek ağırlıkta olan ve olmayan öğrenciler için kötü tasarlanmış, sınırlayıcı ve kısıtlayıcı olarak tanımlanmıştır (107). Bu çalışmada sağlık kuruluşlarında fiziki koşullar açısından obez bireyler için ayrıcalık olması gerektiğini düşünen katılımcıların oranı gruplarda fark olmaksızın genel katılımcılarda yüksek (%80,7) bulunmuştur.

Obeziteye karşı önyargıların ve buna bağlı olumsuz tutumların istenmeyen olası etkileri nedeniyle, bu tutumlar ve sonuçları mesleki eğitim müfredatlarında yer alması gereken önemli konular olarak düşünülmelidir (130, 139, 166). OÖY'yi engellemeye yönelik eğitimlere lisans müfredatının yanı sıra hizmet içi eğitim ve uyum program kapsamına da eklenmesinin faydası olacaktır (167).

SONUÇLAR

Diyetisyenlerin ve diyetisyen adaylarının obez bireylere karşı tutumlarını ve OÖD'lerini değerlendirerek OÖY'nin oluşma zamanı hakkında tahminde bulunmak, bunlara etki eden etmenleri gözlemlemlemek ve gruplar arasındaki farkları belirlemenin amaçlandığı bu çalışmadan elde edilen sonuçlar aşağıda belirtilmektedir.

1. Çalışmanın sonunda diyetisyenler ile öğrencilerin OÖY eğilimlerinin yüksek olduğu, OÖÖ skorları ve OÖY sınıflamaları incelendiğinde iki grup arasında anlamlı bir farklılık bulunmadığı görülmüştür.

2. 1, 2, 3 ve 4. sınıflar karşılaştırıldığında 4. sınıfların diğer sınıflara göre anlamlı derecede yüksek OÖD'ye sahip olduğu saptanmıştır. Katılımcıların OÖÖ puanları 53-123 arasındadır. Genel katılımcılar OÖÖ skor ortalamalarına göre (76,40±8,52) OÖY'ye eğilimli olup öğrenci (76,59±9,13) ve diyetisyenlerde (76,40±8,52) fark bulunmamıştır. 4.sınıflar 78 puan ile en yüksek ortanca değer ve ortalamaya (79,53±9,97) sahiptir ($p<0,05$).

3. Ölçek puanına göre sınıflandığında diyetisyenlerin %12'si, öğrencilerin %12,1'i önyargılı, diyetisyenlerin %75,2'si, öğrencilerin %75'i OÖY'ye eğilimlidir ($p>0,05$).

4. Obez bireylere karşı önyargılı olduğunu düşünenlerin puan ortalaması önyargısız olduğunu düşünenlerden düşüktür ($p>0,05$). Önyargıya eğilimli bulunan katılımcıların %78,6'sı önyargısız olduğunu düşünmektedir. Önyargılı olduğu bulunanların %4,4 önyargısının farkındayken %91,1'i kendini önyargısız olarak görmektedir.

5. Öğrencilerin almakta oldukları eğitim süresi ile OÖÖ ortalaması arasında pozitif yönde anlamlı bir korelasyona rastlanmıştır.

6. Diyetisyenlerin çalışma süresi arttıkça OÖÖ'den aldıkları puan artmasına rağmen arada anlamlı bir korelasyon görülmemiştir.

7. Kadınlarda hem önyargılı hem önyargısız olma sıklığı erkeklerden fazla, OÖY eğilimleri düşük bulunmuştur ($p>0,05$).

8. Zayıf katılımcıların %72'si, normal grubun %75,1'i, fazla kilolu/obez sınıflamasındakilerin %80'i OÖY'ye eğilimlidir ($p>0,05$). Fazla kilolu/obez olup önyargılı olan katılımcı yoktur. Diyetisyenlerde zayıf sınıflamasındaki OÖY eğilimli ve önyargısız katılımcıların dağılımı %44,4'tür. Zayıf diyetisyenler diğer gruplardan düşük OÖY'ye sahiptir ($p<0,05$).

9. Normal sınıflamasındaki öğrencilerin OÖÖ puanı en fazla bulunurken fazla kilolu/obez grubundaki öğrencilerin en düşük bulunmuştur ($p>0,05$).

10. Genel katılımcılarda yaş, BKİ ve şimdiye kadarki en yüksek BKİ ve bu BKİ'de olduğu yaş ile ölçek skoru arasında anlamlı bir korelasyon gözlemlenmemiştir.

11. Fazla kilolu/obez katılımcıların %50'si kendini normal, %46,7'si kendini kilolu olarak değerlendirmektedir. Kendini kilolu olarak tanımlayanların OÖD'si daha düşüktür ($p>0,05$).

12. Genel katılımcılarda vücut ağırlığından memnun olanların OÖÖ puan ortalamaları olmayanlarınkine göre daha yüksektir ($p>0,05$).

13. Gruplarda yaşamının herhangi bir döneminde fazla kilolu veya obez olan katılımcıların ortalama OÖÖ skorları olmayanlara göre anlamsız seviyede düşüktür.

14. Genel katılımcılarda ailede ve çevrede obezite öyküsü, bütün olarak vücut görünümünden memnuniyet, vücut ağırlığını korumaya dikkat etme, son 1 yıl içinde ağırlık kaybetmek için herhangi bir yöntem uygulama durumu, yaşam boyu kendisini kilolu bulduğu dönem olup olmadığı, hayatının bir döneminde vücut ağırlığından dolayı ayrımcılığa uğrama ve sağlık kuruluşlarında obez bireyler için ayrıcalık olması gerektiğini düşünme değişkenleri ile OÖÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır.

15. "Obez olmak insanın yaşayabileceği en kötü şeydir" görüşünü savunan katılımcıların puan ortalaması "Obez olmak bir insanın yaşayabileceği olağan bir şeydir" diyen katılımcıların puan ortalamasından fazla bulunmuştur ($p>0,05$).

16. Obezitenin sebepleri sorgulandığında, katılımcıların en sık katıldıkları ifadeler yaşam biçimi (%98,1) ve psikolojik nedenlerdir (%96,7). "Ekonomik nedenler obezitenin başlıca sebeplerindendir" ifadesi dışında gruplar arası fark gözlemlenmemiştir.

Çalışmanın örneklemini tek bir üniversitenin oluşturması bu çalışmanın sınırlılığıdır. Örneklemin tamamına erişilemeyerek bazı öğrencilerin anketi eksik veya yarım bırakması, mezun olan diyetisyenlerin bir kısmıyla görüşülememesi ve ulaşılanların bir kısmının 6 aydan az mesleki deneyimi bulunması sonucunda çalışmadan çıkarılması, fazla kilolu veya obezitesi olan katılımcıların sınırlı olması karşılaşılan bazı zorluklardır. Beslenme ve Diyetetik bölümlerinde genellikle erkek öğrenci sayısının düşük olması bu çalışmayı da etkilemiştir.

Önyargıların ne zaman gelişmeye başladığını tahmin etmek ve bundan hangi faktörlerden etkilenebileceğini saptamak açısından bu sonuçlar önemlidir. Ayrıca OÖY oluşumunu veya artmasını önyargılar oluşmadan ve kökleşmeden engelleyerek ne zaman ve nasıl müdahalede edilebileceğine dair fikir verebilir. OÖY'yi önlemeye yönelik ders veya eğitimlerin müfredata ekleneceği yarıyıl belirlenirken bu bilgiler göz önünde bulundurulabilir. Bu eğitimlerin lisans müfredatının yanı sıra hizmet içi eğitim ve uyum program kapsamına da eklenmesinin faydası olacaktır. Bazı sonuçlar net bir ilişki bildirmeye yetecek kadar net değildir, birçok faktörün OÖD'de nasıl bir rol oynadığına dair daha net bir tablo elde etmek için bu konu üzerine yapılacak ek çalışmalara ihtiyaç vardır.

ÖZET

Obeziteyle mücadele eden bireylerin günlük yaşantısına işleyen ayrımcılık ve damgalanma, sağlık ortamlarına kadar ulaşmıştır. Diyetisyenler bu bireylerle en çok etkileşim halinde olan sağlık çalışanlarındandır, buna rağmen diyetetik alanında bu konuda yapılmış çalışmalar sınırlıdır. Bu çalışmada diyetisyen ve diyetisyen adaylarının obezitesi olan bireylere karşı tutum ve önyargı düzeyleri değerlendirilerek önyargının oluşma zamanı hakkında fikir edinmek, tutumlarını etkileyebilecek etmenleri inceleyerek gruplar arasındaki farkları belirlemek amaçlanmıştır. Araştırmaya Trakya Üniversitesi'nden mezun en az 6 aydır çalışmakta olan 125 diyetisyen ve burada eğitim görmekte olan 248 Beslenme ve Diyetetik Bölümü öğrencisi dahil edilmiştir. Çalışmada materyal olarak çalışmacının hazırlamış olduğu veri toplama formu, katılımcıların kendi beden görünüş algılarını saptamak amacıyla Figür Derecelendirme Ölçeği, obezitenin başlıca nedenlerini sorgulayan 5'li likert tipinde bir soru ve GAMS 27 Obezite Önyargı Ölçeği kullanılmıştır. Çalışmanın sonunda diyetisyenler ile öğrencilerin obezite önyargısı eğilimlerinin yüksek olduğu, ölçek skorları ve önyargı sınıflamalarında gruplar arasında farklılık bulunmadığı görülmüştür ($p>0,05$). 4.sınıflar diğer sınıflara göre daha yüksek önyargıya sahip olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Öğrencilerin eğitimin yılı arttıkça önyargılarının arttığı saptanmıştır ($p<0,05$). Fazla kilolu/obez sınıflamasında olup önyargılı olduğu saptanan katılımcı bulunmayıp "zayıf" diyetisyenler diğer gruplardan daha az önyargıya sahip olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Yaş, deneyim, BKİ, cinsiyet, bedenini tanımlama, yakın çevrede obezite, görünümünden memnuniyet, ağırlığını korumaya dikkat etme, ağırlık kaybetmek için yöntem uygulama, kendisini kilolu bulduğu dönem olması, ayrımcılığa uğrama durumlarının önyargıları etkilemediği belirlenmiştir. Bireylerin obezitenin nedenini en çok yaşam biçimine bağladıkları görülmüştür. Sonuçlar önyargılar artmadan ne zaman ve nasıl müdahale edilebileceğine dair fikir verebilir,

önyargıları önlemeye yönelik girişimlerin lisans müfredatları ile hizmet içi eğitim ve uyum program kapsamına alınmasının faydası olacaktır.

Anahtar kelimeler: obezite önyargısı, obezite tutumu, ağırlığa dayalı ayrımcılık, diyetetik

ASSESSMENT OF DIETITIANS AND DIETITIAN CANDIDATES' ATTITUDES TOWARDS OBESE INDIVIDUALS

SUMMARY

Discrimination and stigmatization that permeates the daily lives of individuals suffering from obesity has reached health environments. Dietitians interact the most towards these people, nevertheless, studies are limited in this field. This study aims to evaluate the attitudes and level of prejudices towards obese people of dietitians and dietitian candidates, to get an idea when prejudice may occur, to identify the differences between groups and to examine the factors that may affect these attitudes. 248 students from Nutrition and Dietetics Department of Trakya University and 125 dietitians who graduated from here and have been working at least six months participated in this study. The data collection form prepared by the researcher, “Figure Rating Scale” to determine the body perceptions, a 5-point Likert type obesity cause question and GAMS27 Obesity Prejudice Scale were used as material. As a result, dietitians and students had high prejudice tendencies with no differences. Fourth grade students had higher prejudices than the others ($p<0.05$). Prejudices increased with years of education ($p<0.05$). None of the obese/overweight participants had prejudice, “thin” dietitians had less prejudices than the others ($p<0.05$). Age, experience, BMI, gender, body perception, obesity in the close environment, satisfaction with appearance, attention to weight maintenance, applying methods to lose weight, obesity history, being discriminated did not affect prejudices. Participants mostly linked the cause of obesity to lifestyle. The results can give an idea of when and how to intervene before prejudices increase. It would be beneficial to include education interventions within curricula, in-service training, compliance programs.

Key words: weight prejudice, obesity bias, weight-based discrimination, dietetics

KAYNAKLAR

1. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA) 2017, T.C Türkiye Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü; 2019. Yayın no: 1132.
2. World Health Organization (WHO). Obesity and Overweight Fact Sheet. Apr 1, 2020. Available at: https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight. Accsessed June 22, 2020.
3. Puhl RM, King KM. Weight discrimination and bullying. Best Pract Res Clin Endocrinol Metab 2013;27(2):117-27.
4. Milaneschi Y, Lamers F, Bot M, Drent ML, Penninx BW. Leptin dysregulation is specifically associated with major depression with atypical features: evidence for a mechanism connecting obesity and depression. Biol psychiatry 2017;81(9):807-14.
5. Poon MY, Tarrant M. Obesity: attitudes of undergraduate student nurses and registered nurses. J Clin Nurs 2009;18(16):2355-65.
6. Yildiz M, Yalcinoz Baysal H. Prejudice against obesity in university students studying in health-related departments. Perspect Psychiatr Care 2019;55(2):170-4.
7. Doğan S, Uğurlu C, Çetinkaya M. Öğretmen görüşlerine göre obezitenin eğitim öğretim süreçlerine yansımaları. Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi 2015;14(54):173-91.
8. Wentz E, Bjork A, Dahlgren J. Neurodevelopmental disorders are highly over-represented in children with obesity: A cross-sectional study. Obesity (Silver Spring) 2017;25(1):178-84.
9. Welborn SE. Comparison of Obesity Bias, Attitudes, and Beliefs among Undergraduate Dietetic Students, Dietetic Interns, and Practicing Registered Dietitians (Dissertation). Johnson City: East Tennessee State University Department of Allied Health Sciences; 2013.
10. Dutton GR, Lewis TT, Durant N, Halanych J, Kiefe CI, Sidney S, et al. Perceived weight discrimination in the CARDIA study: differences by race, sex, and weight status. Obesity (Silver Spring) 2014;22(2):530-6.
11. Fruh SM, Nadglowski J, Hall HR, Davis SL, Crook ED, Zlomke K. Obesity stigma and bias. J Nurse Pract 2016;12(7):425-32.

12. Puhl RM, Heuer CA. The stigma of obesity: a review and update. Obesity (Silver Spring) 2009;17(5):941-64.
13. Rosalez AM. Teaching the Health at Every Size® Curriculum to Dietetics Students: a Look at Anti-Fat Attitudes (Dissertation). DeKalb: Northern Illinois University Department of Family, Consumer and Nutrition Sciences; 2014.
14. Swift JA, Hanlon S, El-Redy L, Puhl RM, Glazebrook C. Weight bias among UK trainee dietitians, doctors, nurses and nutritionists. J Hum Nutr Diet 2013;26(4):395-402.
15. Jung FU, Luck-Sikorski C, Wiemers N, Riedel-Heller SG. Dietitians and nutritionists: stigma in the context of obesity: a systematic review. PLoS One 2015;10(10):e0140276.
16. Willer F, Hannan-Jones M, Strodl E. Australian dietitians' beliefs and attitudes towards weight loss counselling and health at every size counselling for larger-bodied clients. Nutr Diet 2019;76(4):407-13.
17. Hyer S, Conner NE, editors. Concept of overweight bias among healthcare professionals: an evolutionary concept analysis. Nurs Forum 2020;55(3):395-402.
18. Robinson BE, Bacon JG, O'Reilly J. Fat phobia: measuring, understanding, and changing anti-fat attitudes. Int J Eat Disord 1993;14(4):467-80.
19. Mendez MA, Monteiro CA, Popkin BM. Overweight exceeds underweight among women in most developing countries. Am J Clin Nutr 2005;81(3):714-21.
20. Sharma AM, Padwal R. Obesity is a sign - over-eating is a symptom: an aetiological framework for the assessment and management of obesity. Obes Rev 2010;11(5):362-70.
21. Baysal A. Beslenme. Ankara: Hatiboğlu Yayınları, 2011:15-22.
22. Dönder E, Önalan E. Definition of obesity, epidemiology and clinical evaluation. Firat Med J. 2018;23(Supp):1-4.
23. Puhl RM, Heuer CA. Obesity stigma: important considerations for public health. Am J Public Health Res 2010;100(6):1019-28.
24. Gürbüz P, Yetiş G, Çelikhan G. Obesity and adipose tissue. JHVS 2016;4(2):32-43.
25. Sharma AM, Padwal R. Obesity is a sign–over-eating is a symptom: an aetiological framework for the assessment and management of obesity. Obes Rev 2010;11(5):362-70.
26. Kim TJ, Makowski AC, von dem Knesebeck O. Obesity stigma in Germany and the United States–results of population surveys. PLoS ONE. 2019;14(8):e0221214.
27. Onat A, Can G, Yüksel H, Ademoğlu E, Erginel-Ünaltuna N, Kaya A ve ark. TEKHARF 2017 tıp dünyasının kronik hastalıklara yaklaşımına öncülük. İstanbul: Logos Yayıncılık, 2017:104-19.
28. Türkiye Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye Diyabet Programı 2015-2020 Sonuç Taslağı. Erişim: https://extranet.who.int/ncdccs/Data/TUR_D1_T%C3%BCrkiye%20Diyabet%20Program%C4%B1%202015-2020.pdf. Erişim Tarihi: 17 Ocak 2021.
29. WHO Consultation on Obesity (1999: Geneva, Switzerland) & World Health Organization. (2000). Obesity : preventing and managing the global epidemic : report of a WHO consultation. World Health Organization. Available at: https://apps.who.int/iris/handle/10665/42330. Accessed Oct 10, 2019.
30. Brewis AA. Stigma and the perpetuation of obesity. Soc Sci Med 2014;118:152-8.

31. Erkol A, Khorshid L. Obesity; An evaluation of the predisposing factors and social outcome. Tepecik Eğit Hast Derg 2004;14(2):101-7.
32. Quillian L. New approaches to understanding racial prejudice and discrimination. Annu Rev Sociol 2006;32:299-328.
33. Türk Dil Kurumu Sözlükleri. Güncel Türkçe Sözlük. Erişim: https://sozluk.gov.tr/ Erişim Tarihi: 23 Kasım 2019.
34. Gunderman RB. Prejudice. J Am Coll Radiol 2012;9(12):854-5.
35. Funk CE. Thereby Hangs a Tale-Stories of Curious Word Origins. Redditch: Read Books Ltd, 2011:276-77.
36. Link BG, Phelan JC. Conceptualizing stigma. Annu Rev Sociol 2001;27(1):363-85.
37. Joslyn MR, Haider-Markel DP. Perceived causes of obesity, emotions, and attitudes about discrimination policy. Soc Sci Med 2019;223:97-103.
38. Link BG, Phelan JC, Hatzenbuehler ML. Stigma and social inequality. Handbook of the social psychology of inequality: Springer; 2014. p. 49-64.
39. Goffman E. Stigma. Über Techniken der bewältigung beschädigter Identität. Kriminologische Grundlagentexte: Springer; 2016. p. 149-67.
40. Alberga AS, Russell-Mayhew S, von Ranson KM, McLaren L. Weight bias: a call to action. J Eat Disord 2016;4(1):1-6.
41. Washington RL. Peer reviewed: childhood obesity: issues of weight bias. Prev Chronic Dis 2011;8(5):A94.
42. Harris MB, Waschull S, Walters L. Feeling fat: motivations, knowledge, and attitudes of overweight women and men. Psychol Rep 1990;67(3 Pt 2):1191-202.
43. Wooley SC, Wooley OW. Obesity and women—I. A closer look at the facts. Womens Stud Int Q 1979;2(1):69-79.
44. Cotugna N, Mallick A. Following a calorie-restricted diet may help in reducing healthcare students' fat-phobia. J Community Health. 2010;35(3):321-4.
45. Latner JD, Stunkard AJ, Wilson GT. Stigmatized students: age, sex, and ethnicity effects in the stigmatization of obesity. Obes Res 2005;13(7):1226-31.
46. Nutter S, Russell-Mayhew S, Arthur N, Ellard JH. Weight bias as a social justice issue: A call for dialogue. Can Psychol 2018;59(1):89-99.
47. Puhl R, Suh Y. Stigma and eating and weight disorders. Curr Psychiatry Rep 2015;17(3):1-10.
48. Li W, Rukavina P. A review on coping mechanisms against obesity bias in physical activity/education settings. Obes Rev 2009;10(1):87-95.
49. Puhl R, Brownell KD. Bias, discrimination, and obesity. Obes Res 2001;9(12):788-805.
50. Schwartz MB, Chambliss HO, Brownell KD, Blair SN, Billington C. Weight bias among health professionals specializing in obesity. Obes Res 2003;11(9):1033-9.
51. Carels R, Latner J. Weight stigma and eating behaviors: an introduction to the special issue. Appetite 2016;102:1-2.
52. Maddox G, Liederman V. Overweight as a social disability with medical implications. J Med Educ 1969;44(3):214-20.

53. Hansson LM, Naslund E, Rasmussen F. Perceived discrimination among men and women with normal weight and obesity. a population-based study from Sweden. Scand J Public Health 2010;38(6):587-96.

54. Sikorski C, Luppa M, Brähler E, König H-H, Riedel-Heller SG. Obese children, adults and senior citizens in the eyes of the general public: results of a representative study on stigma and causation of obesity. PLoS ONE. 2012;7(10):e46924.

55. Nowrouzi B, McDougall A, Gohar B, Nowrouz-Kia B, Casole J, Ali F. Weight bias in the workplace: a literature review. Occup Med Health Aff 2015;3(3):206-15.

56. Danielsdottir S, O'Brien KS, Ciao A. Anti-fat prejudice reduction: a review of published studies. Obes Facts 2010;3(1):47-58.

57. Musher-Eizenman DR, Holub SC, Hauser JC, Young KM. The relationship between parents' anti-fat attitudes and restrictive feeding. Obesity (Silver Spring) 2007;15(8):2095-102.

58. Puhl RM, Brownell KD. Psychosocial origins of obesity stigma: toward changing a powerful and pervasive bias. Obes Rev 2003;4(4):213-27.

59. Hansson LM, Rasmussen F. Attitudes towards obesity in the Swedish general population: the role of one's own body size, weight satisfaction, and controllability beliefs about obesity. Body Image 2014;11(1):43-50.

60. Harvey EL, Summerbell CD, Kirk SF, Hill AJ. Dietitians' views of overweight and obese people and reported management practices. J Hum Nutr Diet 2002;15(5):331-47.

61. Rudd NA, Harmon J, Heiss V, Buckworth J. Obesity bias and body image: How do fashion and retail students compare to other personal service majors? Int J Fash Des Technol Educ 2015;8(1):30-8.

62. Puhl RM, Andreyeva T, Brownell KD. Perceptions of weight discrimination: prevalence and comparison to race and gender discrimination in America. Int J Obes (Lond) 2008;32(6):992-1000.

63. Panza G, Armstrong L, Taylor B, Puhl R, Livingston J, Pescatello L. Weight bias among exercise and nutrition professionals: a systematic review. Obes Rev 2018;19(11):1492-503.

64. Sutin AR, Stephan Y, Terracciano A. Weight discrimination and risk of mortality. Psychol Sci 2015;26(11):1803-11.

65. Greenleaf C, Petrie TA, Martin SB. Relationship of weight-based teasing and adolescents' psychological well-being and physical health. J Sch Health 2014;84(1):49-55.

66. Hatzenbuehler ML, Keyes KM, Hasin DS. Associations between perceived weight discrimination and the prevalence of psychiatric disorders in the general population. Obesity (Silver Spring) 2009;17(11):2033-9.

67. Diedrichs PC, Barlow FK. How to lose weight bias fast! Evaluating a brief anti-weight bias intervention. Br J Health Psychol 2011;16(4):846-61.

68. O'brien KS, Puhl RM, Latner JD, Mir AS, Hunter JA. Reducing anti-fat prejudice in preservice health students: a randomized trial. Obesity (Silver Spring) 2010;18(11):2138-44.

69. Hunger JM, Major B. Weight stigma mediates the association between BMI and self-reported health. Health Psychol 2015;34(2):172-5.

70. Lewis S, Thomas SL, Blood RW, Castle DJ, Hyde J, Komesaroff PA. How do obese individuals perceive and respond to the different types of obesity stigma that they encounter in their daily lives? a qualitative study. Soc Sci Med 2011;73(9):1349-56.

71. Lewis TT, Aiello AE, Leurgans S, Kelly J, Barnes LL. Self-reported experiences of everyday discrimination are associated with elevated C-reactive protein levels in older African-American adults. Brain Behav Immun 2010;24(3):438-43.

72. Pearl RL, White MA, Grilo CM. Weight bias internalization, depression, and self-reported health among overweight binge eating disorder patients. Obesity (Silver Spring) 2014;22(5):142-8.

73. Swift JA, Choi E, Puhl RM, Glazebrook C. Talking about obesity with clients: preferred terms and communication styles of UK pre-registration dieticians, doctors, and nurses. Patient Educ Couns 2013;91(2):186-91.

74. Sutin AR, Terracciano A. Perceived weight discrimination and high-risk health-related behaviors. Obesity (Silver Spring) 2017;25(7):1183-6.

75. Puhl RM, Moss-Racusin CA, Schwartz MB. Internalization of weight bias: Implications for binge eating and emotional well-being. Obesity (Silver Spring, Md). 2007;15(1):19-23.

76. Kuk JL, Ardern CI, Church TS, Sharma AM, Padwal R, Sui X, et al. Edmonton Obesity Staging System: association with weight history and mortality risk. Appl Physiol Nutr Metab 2011;36(4):570-6.

77. Forhan M, Risdon C, Solomon P. Contributors to patient engagement in primary health care: perceptions of patients with obesity. Prim Health Care Res Dev 2013;14(4):367-72.

78. Tomiyama AJ. Weight stigma is stressful. a review of evidence for the cyclic obesity/weight-based stigma model. Appetite 2014;82:8-15.

79. Brondolo E, Love EE, Pencille M, Schoenthaler A, Ogedegbe G. Racism and hypertension: a review of the empirical evidence and implications for clinical practice. Am J Hypertens 2011;24(5):518-29.

80. Barnes LL, de Leon CF, Lewis TT, Bienias JL, Wilson RS, Evans DA. Perceived discrimination and mortality in a population-based study of older adults. Am J Public Health 2008;98(7):1241-7.

81. Puhl RM, Brownell KD. Confronting and coping with weight stigma: an investigation of overweight and obese adults. Obesity (Silver Spring) 2006;14(10):1802-15.

82. Jackson SE, Beeken RJ, Wardle J. Perceived weight discrimination and changes in weight, waist circumference, and weight status. Obesity (Silver Spring) 2014;22(12):2485-8.

83. Epel E, Lapidus R, McEwen B, Brownell K. Stress may add bite to appetite in women: a laboratory study of stress-induced cortisol and eating behavior. Psychoneuroendocrinology 2001;26(1):37-49.

84. Schmalz DL. 'I feel fat': weight-related stigma, body esteem, and BMI as predictors of perceived competence in physical activity. Obes Facts 2010;3(1):15-21.

85. Puhl R, Wharton C, Heuer C. Weight bias among dietetics students: implications for treatment practices. J Am Diet Assoc 2009;109(3):438-44.

86. Salomon K. Physiological reactivity. In: Gellman MD, Turner JR, editors. Encyclopedia of behavioral medicine. New York, NY: Springer New York; 2013. p.1493-4.

87. Wu Y-K, Berry DC. Impact of weight stigma on physiological and psychological health outcomes for overweight and obese adults: a systematic review. J Adv Nurs 2018;74(5):1030-42.

88. Dolezsar CM, McGrath JJ, Herzig AJM, Miller SB. Perceived racial discrimination and hypertension: a comprehensive systematic review. Health Psychol 2014;33(1):20-34.

89. Abakay U, Alıncak F, Ay S. Üniversite öğrencilerinin beden algısı ve atılganlık düzeylerinin incelenmesi. UTEB 2017;2017(9):12-8.

90. Vartanian LR, Herman CP, Polivy J. Implicit and explicit attitudes toward fatness and thinness: The role of the internalization of societal standards. Body Image 2005;2(4):373-81.

91. Durso LE, Latner JD. Understanding self-directed stigma: development of the weight bias internalization scale. Obesity (Silver Spring) 2008;16(2):80-6.

92. Schwartz MB, Vartanian LR, Nosek BA, Brownell KD. The influence of one's own body weight on implicit and explicit anti-fat bias. Obesity (Silver Spring) 2006;14(3):440-7.

93. Friedman RR, Puhl RM. Weight bias; a social justice issue: A policy brief. Rudd Center for Food Policy and Obesity, Yale University; 2012.

94. Budd GM, Mariotti M, Graff D, Falkenstein K. Health care professionals' attitudes about obesity: an integrative review. Appl Nurs Res 2011;24(3):127-37.

95. Schvey N. Weight bias in health care. AMA J Ethics 2010;12(4):287-91.

96. Sikorski C, Luppa M, Glaesmer H, Brähler E, König H-H, Riedel-Heller SG. Attitudes of health care professionals towards female obese patients. Obesity facts 2013;6(6):512-22.

97. Tomiyama AJ, Finch LE, Belsky AC, Buss J, Finley C, Schwartz MB, et al. Weight bias in 2001 versus 2013: contradictory attitudes among obesity researchers and health professionals. Obesity (Silver Spring) 2015;23(1):46-53.

98. Ward-Smith P, Peterson JA. Development of an instrument to assess nurse practitioner attitudes and beliefs about obesity. J Am Assoc Nurse Pract 2016;28(3):125-9.

99. Brown I, Stride C, Psarou A, Brewins L, Thompson J. Management of obesity in primary care: nurses' practices, beliefs and attitudes. J Adv Nurs 2007;59(4):329-41.

100. Alberga AS, Nutter S, MacInnis C, Ellard JH, Russell-Mayhew S. Examining weight bias among practicing canadian family physicians. Obes Facts 2019;12(6):632-8.

101. Puhl RM, Schwartz MB, Brownell KD. Impact of perceived consensus on stereotypes about obese people: a new approach for reducing bias. Health Psychol 2005;24(5):517-25.

102. Wear D, Aultman JM, Varley JD, Zarconi J. Making fun of patients: medical students' perceptions and use of derogatory and cynical humor in clinical settings. Acad Med 2006;81(5):454-62.

103. Pantenburg B, Sikorski C, Luppa M, Schomerus G, König HH, Werner P, et al. Medical students' attitudes towards overweight and obesity. PLoS One. 2012;7(11):e48113.

104. Soto L, Armendariz-Anguiano AL, Bacardí-Gascón M, Jiménez Cruz A. Beliefs, attitudes and phobias among Mexican medical and psychology students towards people with obesity. Nutr Hosp 2014;30(1):37-41.

105. Berryman DE, Dubale GM, Manchester DS, Mittelstaedt R. Dietetics students possess negative attitudes toward obesity similar to nondietetics students. J Am Diet Assoc 2006;106(10):1678-82.

106. Phelan SM, Burgess DJ, Yeazel MW, Hellerstedt WL, Griffin JM, van Ryn M. Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity. Obes Rev 2015;16(4):319-26.

107. Bessey M, Brady J, Lordly D, Leighteizer V. "This is what you're supposed to do": weight stigma in dietetics education. Fat Studies 2021;10(2):184-96.

108. Barr S, Yarker K, Levy-Milne R, Chapman G. Canadian dietitians' views and practices regarding obesity and weight management. J Hum Nutr Diet 2004;17(6):503-12.

109. Stone O, Werner P. Israeli dietitians' professional stigma attached to obese patients. Qual Health Res 2012;22(6):768-76.

110. Cori Gda C, Petty ML, Alvarenga Mdos S. Attitudes of dietitians in relation to obese individuals - an exploratory study. Cien Saude Colet 2015;20(2):565-76.

111. Thompson R, Thomas D. A cross-sectional survey of the opinions on weight loss treatments of adult obese patients attending a dietetic clinic. Int J Obes 2000;24(2):164-70.

112. Hellbardt M, Riedel-Heller S, Luck-Sikorski C. Dieticians' attitudes towards obese patients. Ernahr Umsch 2014;61(5):78-81.

113. Bauer I. Gewichtsstigma in Ernährungsfachbüchern (Dissertation): Wien: Universität Wien Fakultät für Lebenswissenschaften; 2016.

114. Ekeagwu OA. Weight Stigma in Healthcare Settings in the United Kingdom: A. Global J Health Sci 2017;9(10):155.

115. Heijnders M, Van Der Meij S. The fight against stigma: an overview of stigma-reduction strategies and interventions. Psychol Health Med 2006;11(3):353-63.

116. Corrigan PW, Morris SB, Michaels PJ, Rafacz JD, Rüsch N. Challenging the public stigma of mental illness: a meta-analysis of outcome studies. Psychiatr Serv 2012;63(10):963-73.

117. Kushner RF, Zeiss DM, Feinglass JM, Yelen M. An obesity educational intervention for medical students addressing weight bias and communication skills using standardized patients. BMC Med Educ 2014;14(1):53.

118. Obesity Action Coalition. Weight bias, People-first language 2019. Available at: https://www.obesityaction.org/action-through-advocacy/weight-bias/people-first-language/. Accessed Nov 30, 2019.

119. Poustchi Y, Saks NS, Piasecki AK, Hahn KA, Ferrante JM. Brief intervention effective in reducing weight bias in medical students. Fam Med 2013;45(5):345-8.

120. Matharu K, Shapiro JF, Hammer RR, Kravitz RL, Wilson MD, Fitzgerald FT. Reducing obesity prejudice in medical education. Educ Health Change Learn Pract 2014;27(3):231-7.

121. Rukavina PB, Li W, Shen B, Sun H. A service learning based project to change implicit and explicit bias toward obese individuals in kinesiology pre-professionals. Obes Facts 2010;3(2):117-26.

122. Rukavina PB, Li W, Shen B, Sun H. A service learning based project to change implicit and explicit bias toward obese individuals in kinesiology pre-professionals. Obes Facts 2010;3(2):117-26.

123. İspir BE. Beslenme ve Diyetetik Eğitimi Alan Öğrencilerin Obeziteye Karşı Önyargı, Tutum ve Davranışlarının Belirlenmesi (tez). Ankara: Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2018.

124. Akpinar E, Bashan I, Bozdemir N, Saatci E. Which is the best anthropometric technique to identify obesity: body mass index, waist circumference or waist-hip ratio? Coll Antropol 2007;31(2):387-93.

125. Stunkard AJ. Use of the Danish adoption register for the study of obesity and thinness. Res Publ Assoc Res Nerv Ment Dis. 1983;60:115-20.

126. Bhuiyan A, Gustat J, Srinivasan S, Berenson GS. Differences in body shape representations among young adults from a biracial (Black-White), semirural community: the Bogalusa Heart Study. Am J Epidemiol 2003;158(8):792-7.

127. Ercan A, Akçil Ok M, Kiziltan G, Altun S. Sağlık bilimleri öğrencileri için obezite önyargı ölçeğinin geliştirilmesi: GAMS 27-Obezite Önyargı Ölçeği. Nutr Res 2015;2(3):29-43.

128. Gür EY, Apay SE, Altınayak SÖ, Nazik E. Obezite prevalansının en yüksek ve en düşük olduğu illerde öğrenim gören öğrencilerin obez gebelere ilişkin ön yargılarının belirlenmesi. CBU-SBED 2020;7(3):285-93.

129. Bacardia Gascon M, Jimenez-Cruz A, Castillo-Ruiz O, Bezares-Sarmiento Vdel R, Leon-Gonzalez JM. Fat Phobia In Mexican Nutrition Students. Nutr Hosp 2015;32(6):2956-7.

130. Bardak N. Nutrition and dietetics students' attitudes towards obesity. Int j humanit soc sci 2018;23(1):27-9.

131. Oberrieder H, Walker R, Monroe D, Adeyanju M. Attitude of dietetics students and registered dietitians toward obesity. J Am Diet Assoc 1995;95(8):914-6.

132. Tan S-Y, Hemmelgarn M, Baumgardner K, Tucker RM. Attitudes towards and experiences with research: differences between dietetics students and professionals in Australia and the United States. Nutr Diet 2017;74(4):388-95.

133. Whelan K, Madden AM, Thomas JE. Student dietitians' attitudes towards research and audit: a comparison with registered dietitians. J Hum Nutr Diet 2007;20(2):121-5.

134. Chapman GE, Sellaeg K, Levy-Milne R, Ottem A, Barr SI, Fierini D, et al. Canadian dietitians' approaches to counseling adult clients seeking weight-management advice. J Am Diet Assoc 2005;105(8):1275-9.

135. Edelstein S, Silva N, Mancini L. Obesity bias among dietitians by using the fat people-thin people implicit association test. Top Clin Nutr 2009;24(1):67-72.

136. Marchessault G, Thiele K, Armit E, Chapman GE, Levy-Milne R, Barr SI. Canadian dietitians' understanding of non-dieting approaches in weight management. Can J Diet Pract Res 2007;68(2):67-72.

137. McArthur LH, Ross JK. Attitudes of registered dietitians toward personal overweight and overweight clientsh. J Am Diet Assoc 1997;97(1):63-6.

138. Hilbert A, Ried J, Zipfel S, de Zwaan M. Stigmatisierung bei adipositas. Adipositas 2013;7(03):150-3.

139. Okumuşoğlu S. The stigmatization of obesity by university students who will be future counsellors, educators and psychologists. Psychol Res 2016;6(9):509-516.

140. Sert H, Seven A, Çetinkaya S, Pelin M, Aygin D. Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin obezite ön yargı düzeylerinin değerlendirilmesi. OTJHS 2016;1(4):9-17.

141. Altınayak SÖ, Gür EY, Apay SE, Özkan H. Ebelik öğrencilerinin obez gebelere karşı önyargısı. DOAJ 2017;20(3):201-7.

142. Altun S, Ercan A. Obezite önyargısı. Turkiye Klinikleri J Med Sci 2016;2(1):17-22.

143. Işık MT, Uğraş GA, Usanmaz Z. Hemşireler obez hastalara karşı ön yargılı mı? Van Tıp Derg 2019;26(4):491-7.

144. Lieberman DL, Tybur JM, Latner JD. Disgust sensitivity, obesity stigma, and gender: contamination psychology predicts weight bias for women, not men. Obesity (Silver Spring) 2012;20(9):1803-14.

145. Meadows A, Higgs S, Burke SE, Dovidio JF, van Ryn M, Phelan SM. Social dominance orientation, dispositional empathy, and need for cognitive closure moderate the ımpact of empathy-skills training, but not patient contact, on medical students' negative attitudes toward higher-weight patients. Front Psychol 2017;8:504-19.

146. Miller Jr DP, Spangler JG, Vitolins MZ, Davis MSW, Ip EH, Marion GS, et al. Are medical students aware of their anti-obesity bias? Acad Med 2013;88(7):978-82.

147. Pearl RL, Argueso D, Wadden TA. Effects of medical trainees' weight-loss history on perceptions of patients with obesity. Med Edu 2017;51(8):802-11.

148. Nair SC, Sheikh SM, Ibrahim H. Higher physician body mass index is associated with increased weight bias in an Arab country with high prevalence of obesity. Int J Prev Med 2019;10:93.

149. Yılmaz H, Yabanci-Ayhan N. Attitudes and behaviors of nursing students towards obese individuals. Acta Sci Med Sci 2018;2(6):3-9.

150. Wise FM, Harris DW, Olver JH. Attitudes to obesity among rehabilitation health professionals in Australia. J Allied Health 2014;43(3):162-8.

151. Usta E, Acar K, Aygin D. Sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu öğrencilerinin obeziteye ilişkin tutumları. EJOVOC 2015;1(4):46-53.

152. Puhl RM, Latner JD, King KM, Luedicke J. Weight bias among professionals treating eating disorders: attitudes about treatment and perceived patient outcomes. Int J Eat Disord 2014;47(1):65-75.

153. Khandalavala BN, Rojanala A, Geske JA, Koran-Scholl JB, Guck TP. Obesity bias in primary care providers. Fam Med 2014;46(7):532-5.

154. Berry AC, Berry NA, Myers TS, Reznicek J, Berry BB. Physician body mass index and bias toward obesity documentation patterns. Ochsner J 2018;18(1):66-71.

155. Aydin T, Erçelik ZE, Gönen B, Yilmaz D, Günşen U. Üniversite öğrencilerinin obezite ön yargılarının belirlenmesi. Balıkesir Sağlık Bil Derg 2020;9(2):67-74.

156. Stein J, Luppa M, Ruzanska U, Sikorski C, König HH, Riedel-Heller SG. Measuring negative attitudes towards overweight and obesity in the German population - psychometric properties and reference values for the German short version of the Fat Phobia Scale (FPS). PLoS One 2014;9(12):e114641.

157. Bleich SN, Bandara S, Bennett WL, Cooper LA, Gudzune KA. Impact of non-physician health professionals' BMI on obesity care and beliefs. Obesity (Silver Spring) 2014;22(12):2476-80.

158. Puhl RM, Latner J, O'Brien K, Luedicke J, Daníelsdóttir S, Forhan M. A multinational examination of weight bias: predictors of anti-fat attitudes across four countries. Int J Obes 2015;39(7):1166-73.

159. Ata A, Vural A, Keskin F. Beden algısı ve obezite. Ank Med J 2014;14(3):74-84.

160. Williams O, Annandale E. Weight bias internalization as an embodied process: understanding how obesity stigma gets under the skin. Front psychol 2019;10:953.

161. Stevens C. Fat on campus: fat college students and hyper (in) visible stigma. Sociol Focus 2018;51(2):130-49.

162. Mahn HM, Lordly D. A Review of eating disorders and disordered eating amongst nutrition students and dietetic professionals. Can J Diet Pract Res 2015;76(1):38-43.

163. Drummond D, Hare MS. Dietitians and eating disorders: an international issue. Can J Diet Pract Res 2012;73(2):86-90.

164. Uluöz E. Beden eğitimi ve spor yüksekokulu öğrencilerinin obez bireylere karşı tutum düzeylerinin sınıf değişkenine ve bazı değişkenlere göre karşılaştırılması. USEABD 2016;2:124-36.

165. Cevik C, Sivrikaya SK. Prejudice against obesity among students in a faculty of health sciences: a cross-sectional study in Turkey. Southeast Asian J Trop Med Public Health 2019;50(3):598-605.

166. Setchell J, Watson BM, Gard M, Jones L. Physical therapists' ways of talking about overweight and obesity: clinical implications. Phys Ther 2016;96(6):865-75.

167. Uyanik G, Yilmaz M, Şahin A. Sağlık bilimleri öğrencilerinin obezite ile ilgili önyargılarının belirlenmesi. JGEHES 2020;2(1):48-58.

ŞEKİLLER LİSTESİ

ŞEKİLLER

Şekil 1. Damgalamanın aşamaları 6

Şekil 2. OÖY'nin bireysel sağlık ve halk sağlığı açısından sonuçları 10

Şekil 3. Sağlık çalışanlarının obez hastalara karşı tutumları ve hastaların damgalanma hissine yanıtlarıyla oluşan sağlık sonuçları arasındaki ilişkinin varsayımsal ilerleyişinin kavramsal modeli ...15

Şekil 4. OÖY'yi azaltmak amacıyla oluşturulan sosyal çevresel model.....18

Şekil 5. Figür Derecelendirme Ölçeği.....23

TABLOLAR

Tablo 1. GAMS 27 OÖÖ puanının değerlendirilmesi (127) 24

Tablo 2. Antropometrik ölçümler ve yaşa ait ortalama ve standart sapma değerlerinin gruplara göre karşılaştırılması 27

Tablo 3. Grupların tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı 28

Tablo 4. Katılımcıların sınıflarının ve tecrübe sürelerinin dağılımı 29

Tablo 5. Katılımcıların kendini tanımlama durumları ve görüşlerinin dağılımı.....31

Tablo 6. Katılımcıların kendini tanımlamalarına göre ve BKİ hesaplamasına göre gruplandırmalarının karşılaştırılması 32

Tablo 7. Vücut ağırlıklarıyla ilişkili maruz kalınan davranışlar ve verilen tepkilerin gruplara göre dağılımları 33

Tablo 8. Grupların OÖÖ skorlarının karşılaştırılması 34

Tablo 9. Katılımcıların OÖÖ'den aldığı ortalama puanlara göre önyargı sınıflamaları.....34

Tablo 10. Katılımcıların kendi beyanlarına göre obezite önyargıları ile OÖÖ'ye göre snıflandırmalarının karşılaştırılması.....35

Tablo 11. Katılımcıların BKİ ve yaşları ile OÖÖ puanları arasındaki ilişki 35

Tablo 12. Katılımcıların eğitim süresi ve deneyimleri ile OÖÖ puanları arasındaki ilişki 36

Tablo 13. Grupların BKİ sınıflamaları ile OÖÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması 36

Tablo 14. Grupların BKİ sınıflamalarına göre OÖY durumu dağılımı 37

Tablo 15. Katılımcıların cinsiyet ve önyargı sınıflamalarının dağılımları 38

Tablo 16. Katılımcıların çevresel özellik ve tutumlarına göre OÖÖ puan ortalamaları.....39

Tablo 17. Katılımcıların kişisel görüşüne göre obezitenin başlıca nedenleri 41

ÖZGEÇMİŞ

Ad Soyad:	Zehra Seray Eskiocak
Doğum Tarihi:	
Yabancı Diller:	İngilizce, Almanca, Arapça
E-Posta Adresi	
Tarih	**Eğitim**
2011-2015	Başkent Üniversitesi / Beslenme ve Diyetetik Tam Burslu (Lisans)
2017-	Trakya Üniversitesi / Beslenme ve Diyetetik (Yüksek Lisans)
İş Tecrübesi	
2017-2019	Çalışma Görevlisi / Öğretim Elemanı Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü
Kısa Yayın Listesi	
	1-) Uluslararası hakemli dergilerde yayınlanan makaleler (SCI&SSCI)
2019	Duran S, Ozdinc S, Mengi Celik O, Selcuk H, *Sonmez ZS. Comparison of Nutritional Habits, Physical Activity Levels and Quality of Life among Normal Cognition Elderly Individuals Living in Nursing Homes or at Their Residence. Int J Gerontol 2019;13(4):339-343.
	2-) Kongre veya sempozyumda sunulan ve yayınlanan sözel bildiri yazarlığı
2018	*Sönmez ZS, Duran S. Kız Üniversite Öğrencilerinde Beslenme Alışkanlıklarının ve İlişkili Faktörlerin Uyku Kalitesine Etkisi. 17th International Eastern Mediterranean Family Medicine Congres, 10-13 May 2018, Adana.
2019	*Eskiocak ZS, Duran S. Beslenme ve Diyetetik Bölümü ile Hemşirelik Bölümü Öğrencilerinin Diyet Kalite ve Yaşam Tarzı İndekslerinin Karşılaştırılması. 8th International Trakya Family Medicine Congress, 06-10 March 2019, Edirne.
2019	*Eskiocak ZS, Tevfikoğlu Pehlivan L, Bolat T, Çakır İF. Trakya Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu Öğrencilerinin Besin Destek Ürünleri Tüketim ve Bilgi Düzeylerinin Saptanması. 8th International Trakya Family Medicine Congress, 06-10 March 2019, Edirne.
2019	*Eskiocak ZS, Tevfikoğlu Pehlivan L. Kafeinin Öğünlere Göre Tüketim Miktarı ve Uyku Kalitesine Etkisi. 1st International Congress on Nutrition Obesity and Community Health, 01 March 2019, İstanbul.

EKLER

Ek 1

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYIBAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜTF-BAEK 2019/171	
	PROTOKOL ADI	Diyetisyen ve Diyetisyen Adaylarının Obez Bireylere Karşı Tutumlarının Değerlendirilmesi	
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI	Dr. Öğr. Üyesi Sedef DURAN	
	ARAŞTIRMA MERKEZİ		
	DESTEKLEYİCİ		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez Ulusal	Çok Merkez Uluslararası
KARAR BİLGİLERİ	**Karar No: 07/22**		**Tarih:08.04.2019**
	Sağlık Bilimleri Fakültesi Dr. Öğr. Üyesi Sedef DURAN'ın sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Yüksek Lisans Öğrencisi Zehra Seray ESKİOCAK'ın tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş; araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödetilmediği koşullarda ve veri toplanacak yerlerden gerekli izinler alındıktan sonra gerçekleştirilmesinde etik bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.		
ETİK KURUL BİLGİLERİ			
ÇALIŞMA ESASI	Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF-BAEK Yönergesi		

ÜYELER

Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)
Prof. Dr. Ülfet VATANSEVER ÖZBEK Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D	K	E H	E H
Doç. Dr. Rugül KÖSE ÇINAR Başkan Yardımcısı	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağ. ve Has. A.D.	K	E H	E H
Dr. Öğr. Üyesi Ruhan Deniz TOPUZ Üye	Tıbbi Farmakoloji.	T.Ü.T.F Tıbbi Farmakoloji A.D	K	E H	E H
Doç. Dr. F. Nesrin TURAN Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. BiyoistatistikA.D.	K	E H	E H
Doç. Dr. Hakan GÜRKAN Üye	Tıbbi Genetik	T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D.	E	E H	E H
Prof. Dr. Hasan ÜMİT Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E H	E H
Dr. Öğr. Üyesi Oktay KAYA Üye	Fizyoloji	T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.	E	E H	E H
Doç. Dr. Cafer Sadık ZORKUN Üye	Kardiyoloji	T.Ü.T.F. Kardiyoloji A.D.	E	E H	E H
Prof. Dr. Galip EKUKLU Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	E	E H	E H
Öğr. Gör. Dr. Sinan ATEŞ Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	E H	E H
Prof. Dr. Sevtap HEKİMOĞLU ŞAHİN Üye	Anestezi ve Reanimasyon	T.Ü.T.F. Anestezi ve Reanimasyon A.D.	K	E H	E H
Prof. Dr. Atakan SEZER Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E H	E H
Avukat Emine NURLU Üye		T.Ü. Rektörlüğü	K	E H	E H
Emekli Öğretmen Sinan SEÇKİN Üye		Serbest Üye	E	E H	E H

*Araştırma ile ilişki
**Toplantıda Bulunma

Ek 2

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Bir çalışma projesine davet edilmektesiniz. Bu çalışmanın yürütülmesi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'nun 08.04.2019 tarih ve 07/22 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Araştırmaya katılmaya karar vermeden önce çalışmanın neden ve nasıl yapılacağını anlamanız çok önemlidir.

Araştırmaya katılım tamamen gönüllülük ilkesine bağlı olup katılmayı reddetmeniz herhangi bir cezaya ya da elde edilecek herhangi bir yararın kaybedilmesine kesinlikle yol açmayacaktır.

Aynı şekilde çalışmaya katılmayı kabul ettikten sonra da çalışmanın herhangi bir yerinde hiçbir neden göstermeksizin herhangi bir zarar ya da elde edilmesi beklenen bir yarar kaybına yol açmadan çalışmadan çekilebilirsiniz.

Çalışma kapsamında yapılan işlemlerin mali giderleri araştırmacılar ya da destekleyici (Zehra Seray ESKİOCAK) tarafından karşılanacak olup size ya da sosyal güvenlik kurumunuza hiçbir mali yük getirmeyecektir.

Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okuyun ve çalışmaya katılmak isteyip istemediğinize karar vermek için lütfen biraz düşünün.

- **Araştırmanın bilimsel adı:**

Diyetisyen ve Diyetisyen Adaylarının Obez Bireylere Karşı Tutumlarının Değerlendirilmesi

- **Araştırmanın anlaşılabilir basit adı:**

Diyetisyen ve Diyetisyen Adaylarının Obez Bireylere Karşı Tutumlarının Değerlendirilmesi

- **Sorumlu Araştırmacının adı ve görev yeri:**

Sedef DURAN - Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü

- **Araştırmanın amacı:**

Bu çalışmanın amacı Beslenme ve Diyetetik Bölümü'nde öğrenim gören diyetisyen adaylarının ve diyetisyenlerin obez bireylere karşı tutumlarını ve önyargı seviyelerini belirleyerek zaman içinde bu konularda oluşabilecek değişimlere karşı fikir sahibi olmaktır.

- **Araştırmanın niteliği (klinik, laboratuvar, epidemiyolojik, tez çalışması vb.):**

Yüksek lisans tez çalışması

- **Araştırmanın başlama tarihi ve öngörülen süresi:**

15.04.2019 – 4 ay

- **Araştırmaya katılması beklenen gönüllü sayısı:**

Toplam 580 gönüllü birey

- **Çalışma sırasında uygulanacak olan invaziv yöntemler dahil olmak üzere gönüllüye uygulanacak yöntem, girişim ve tedavilerin tümü:**

Bireyler çalışmaya dahil edilme kriterlerine uymaları ve gönüllü olmaları şartı ile çalışmaya alınacaklardır. Katılımcılar bilgilendirildikten sonra, çalışmacı tarafından hazırlanan 25 soruluk soru formu ve bir ölçek uygulanacaktır. Anket formu aracılığıyla katılımcıların sosyo-demografik özellikleri ile genel bilgileri, bireylerin kendi beden görünüşlerine dair kişisel algıları ve obezite konusundaki tutumları ve görüşleri sorgulanacaktır. Son olarak GAMS27- Obezite Önyargı Ölçeği ile obezite ön yargıları belirlenecektir. Katılımcıların beyanı ile boy ve vücut ağırlıkları sorgulanıp Beden Kitle İndeksleri (ağırlık(kg)/boy$(m)^2$) hesaplanacaktır.

- **Araştırmanın deneysel kısımları:**

Araştırmanın deneysel kısmı bulunmamaktadır.

- **Farklı uygulama ve girişimler için gönüllülerin çalışma gruplarına rastgele atanma olasılığı: -**

- **Katılımcının çalışmaya dahil edilme nedeni:**

Gönüllü olması, 18 yaş ve üstünde olması, anketi anlayacak ölçüde Türkçe biliyor olması ve Trakya Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü'nde öğrenim görmüş veya görüyor olması, mezun olmuş olanlar için en az 6 ay diyetisyen olarak çalışmış olması

- **Araştırmadan doğrudan gönüllü için beklenen yarar:**

Gönüllüler için doğrudan bir yarar beklenmemektedir.

- **Gönüllünün sorumlulukları:**

Gönüllünün herhangi bir sorumluluğu yoktur.

- **Gönüllünün (çalışma hamilelerde veya lohusalarda yapılacaksa ise embriyo, fetüs veya süt çocuklarının da) maruz kalabilecekleri riskler veya rahatsızlıklar:**

Gönüllülerin maruz kalabileceği herhangi bir risk veya rahatsızlık bulunmamaktadır.

- **Risklere karşı alınan önlemler:**

Herhangi bir risk söz konusu değildir.

- **Gönüllüye alternatif olarak uygulanabilecek olan diğer yöntemler ve bunların olası yarar ve zararları:**

Gönüllülere alternatif bir yöntem uygulanmayacaktır.

- **Araştırmaya bağlı olarak bir zarar oluştuğunda verilecek tazminat ve sağlanacak tedaviler:**

Araştırmaya bağlı herhangi bir zarar oluşma ihtimali olmadığından tazminat verilmeyecek ve tedavi sağlanmayacaktır.

- **Gönüllülere yapılacak ulaşım, yemek gibi masraflara ilişkin ödemeler:**

Gönüllülere ulaşım, yemek gibi masraflara ilişkin herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

- **Gönüllünün çalışmaya katılımının sona erdirilmesini gerektirecek durumlar veya nedenler:**

Gönüllü istediği takdirde sebep belirtmeden çalışmaya katılımını sonlandırabilecektir.

- **Çalışma sonunda gönüllülere bilgi verilecek mi?**

Araştırmanın sonuçları tez çalışması olarak yayınlanacaktır.

- **Gönüllülerin çalışma hakkında, kendileri hakkında ya da çalışmayla ilgili herhangi bir beklenmedik olay hakkında daha fazla bilgi edinebilmesi için temasa geçebileceği kişi ve kendisine günün 24 saatinde erişebileceği telefon numarası:**

Zehra Seray ESKİOCAK-

- **Gönüllülerden elde edilecek olan biyolojik materyallerin hangi amaçlarla kullanılacağı:**

Gönüllülerden herhangi bir biyolojik materyal elde edilemeyecektir.

Yukarıda açıkça tanımlanan çalışmanın ne amaçla, kimler tarafından ve nasıl gerçekleştirileceği anlayabileceğim bir ifade ile bana anlatıldı.

Bu çalışmadan elde edilen bilgilerin bana ve başka insanlara sağlayacağı yararlar bana anlatıldı.

Çalışma sırasında meydana gelebilecek riskler ve rahatsızlıklar bana anlayabileceğim bir dille anlatıldı.

Çalışma sırasında oluşabilecek zarar durumunda gerçekleştirilecek işlemler bana anlatıldı.

Araştırmanın yürütülmesi sırasında olası yan etkiler, riskler ve zararlar ve haklarım konusunda 24 saat bilgi alabileceğim bir yetkilinin adı ve telefonu bana verildi.

Çalışma kapsamındaki bütün muayene, tetkik ve testler ile tıbbi bakım hizmetleri için benden ya da bağlı bulunduğum sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyeceği bana anlatıldı.

Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama altında olmaksızın gönüllü olarak katılıyorum.

Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahip olduğum bana bildirildi.

Sorumlu araştırmacı / hekime haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğim anda bu çalışmadan çekilebileceğimin bilincindeyim.

Bu çalışmaya katılmayı reddetmem ya da sonradan çekilmem halinde hiçbir sorumluluk altına girmediğimi ve bu durumun şimdi ya da gelecekte gereksinim duyduğum tıbbi bakımı hiçbir biçimde etkilemeyeceğini biliyorum.

Çalışmanın yürütücüsü olan araştırmacı / hekim ya da destekleyen kuruluş, çalışma programının gereklerini yerine getirmedeki ihmalim nedeniyle, benim onayımı almadan beni çalışma kapsamından çıkarabileceğini biliyorum.

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'nun gerekli gördüğünde, gizliliğimin korunması ilkesine uygun olarak, çalışma konusuyla ilişkili orijinal tıbbi kayıtlarıma doğrudan erişimde bulunabileceğini biliyorum

İlgili yasal düzenlemeler gereğince kimliğimi ortaya çıkaracak kayıtların gizli tutulacağı, kamuoyuna açıklanmayacağı; çalışma sonuçlarının bilimsel toplantılarda sunulabileceği ya da yayınlanabileceği, ancak, bu tür durumlarda kimliğimin kesin olarak gizli tutulacağı bana açıklandı.

Çalışma konusuyla ilgili olarak, çalışmaya devam etme isteğimi etkileyebilecek yeni bilgiler elde edildiğinde bana ya da yasal temsilcime zamanında bilgilendirme yapılacağı bana açıklandı.

Yukarıda yer alan ve çalışmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu adlı metni kendi anadilimde okudum.

Aklıma gelen bütün soruları sorma olanağı tanındı ve sorularıma doyurucu cevaplar aldım.

Yukarıda konusu belirtilen çalışma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı.

Bu koşullarla, söz konusu çalışmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu'nun tam imzalı bir kopyasını aldım.

- ***Gönüllünün; (El yazısı ile)***

Adı- Soyadı:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya faks numarası):

.....

.....

Tarih:

- ***Velayet ya da vesayet altında bulunanlar için; (El yazısı ile)***

Veli ya da Vasinin Adı- Soyadı:

İmzası:

Tarih:

Adresi (varsa telefon ve/veya faks numarası):

.....

.....

Tarih:

- ***Açıklamaları yapan araştırmacının***

Unvanı, Adı- Soyadı: (El yazısı ile)

Görev yaptığı bölüm:

İmzası:

Tarih:

Ek 3

DİYETİSYEN VE DİYETİSYEN ADAYLARININ OBEZ BİREYLERE KARŞI TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Bu çalışmanın amacı, Beslenme ve Diyetetik Bölümü'nde öğrenim gören diyetisyen adaylarının ve diyetisyenlerin obez bireylere karşı tutumlarını ve ön yargı seviyelerini belirleyerek zaman içinde bu konuda oluşabilecek değişimlere karşı fikir sahibi olmaktır. Çalışmaya katılıp katılmamakta tamamen serbestsiniz. İstediğiniz anda soruları cevaplamaktan vazgeçebilirsiniz. Bu durumda cevaplanan bölüm çalışmaya dahil edilmeyecektir. Çalışma kapsamında kimliğinizi ortaya çıkarabilecek hiçbir bilgi istenmeyecektir. Değerlendirme yapabilmek için sadece numaralandırma kullanılacaktır. Elde edilecek bilgiler gizli tutulacak olup bilimsel çalışma dışında başka amaçlar için kullanılmayacaktır.

Çalışma Sorumlusu — Araştırmacı

Sedef DURAN — Zehra Seray ESKİOCAK

Doktor Öğretim Üyesi

Anket No:

1) Öğreniminize devam ediyorsanız:

1. 1.sınıftayım 2. 2.sınıftayım 3. 3.sınıftayım 4. 4.sınıftayım

Mezun olduysanız, diyetisyen olarak toplam çalışma süreniz: ……..ay/yıl

2) Doğum Tarihiniz: ……/……/…….

3) Cinsiyetiniz: 1. Kadın 2. Erkek

4)Yaşamınızın en uzun geçtiği yer: ……

5) Boy uzunluğunuz: .....cm

6) Vücut ağırlığınız: .....kg

7) Şu ana kadarki en yüksek vücut ağırlığınız:…….kg (Yaş:…..….)

8) Aile bireylerinizde şişmanlık öyküsü var mı?

a.Hayır b.Evet (1.Anne 2.Baba 3.Kardeş)

9) Aileniz dışında yakın çevrenizde şişman bireyler var mı?

a.Hayır b.Evet (1.Arkadaş/ İş arkadaşı 2.Komşu 3.Akraba)

10) 8 ya da 9.sorulardan birine evet yanıtını verdiyseniz bu bireylerle ilgili duygularınız nelerdir? (Birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz)

1. Üzüntü duyuyorum 2. Endişe hissediyorum 3. Acıma hissediyorum 4.Umursamıyorum 5. Merak duyuyorum 6. Normal karşılıyorum

11) Besin seçiminizde etkili en önemli faktör nedir?

1. Lezzeti 2. Sağlıklı olması 3. Görsel sunumu 4. Kolay ulaşılabilir olması 5. Diğer (…….)

12) Şu andaki vücut ağırlığınızdan memnun musunuz? 1. Evet 2. Hayır

13) Bütün olarak vücut görünümünüzden memnun musunuz? 1. Evet 2. Hayır

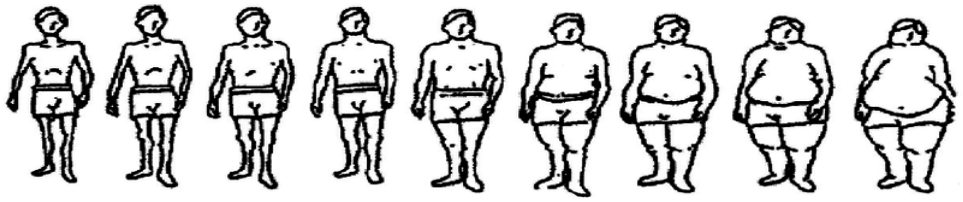
14) Vücut ağırlığınızı korumaya dikkat ediyor musunuz? 1. Evet 2. Hayır

15) Son bir yıl içinde vücut ağırlığı kaybetmek için seçeneklerden birini uyguladınız mı? (Birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz)

1. Hayır, uygulamadım. 2. Diyet 3. Egzersiz 4. İlaç 5. Bitkisel Destek 6. Cerrahi Yöntem 7. Diüretik kullanımı 8. Diğer (akupunktur vb):…….

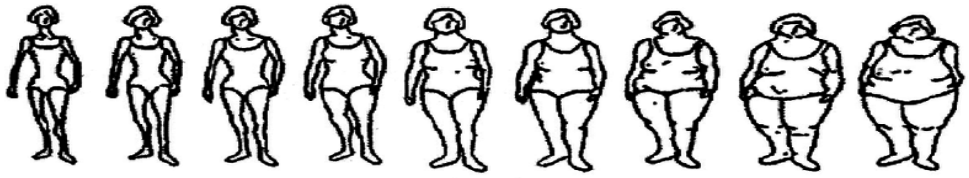
16) Size göre aşağıdakilerden hangisi sizin vücut görünümünüz için en uygun seçenektir?

Erkek



1 2 3 4 5 6 7 8 9

Kadın



17) Yaşamınızda kendinizi şişman bulduğunuz bir dönem oldu mu? 1. Evet 2. Hayır

18) Cevabınız evet ise hangi yaş aralığı: 1) 12-14 2) 15-18 3) 18 sonrası

19) Vücut ağırlığınızla ilişkili olarak geçmişte veya halen vücut ağırlığınızdan dolayı ayrımcılığa uğradınız mı? 1. Evet 2. Hayır

20) Cevabınız evetse aşağıda yer verilen davranışlarla karşılaştınız mı? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz).

1. Lakap takıldı 2. Dışlanmaya maruz kaldım 3. Sözlü kaba davranışlara maruz kaldım 4. Diğer (belirtiniz)……

21) Bu duruma tepkiniz ne oldu? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

1. Baskı altında hissettim 2. Öfkelendim 3. Utandım 4. Kabullendim 5. Hemen görünüşümü değiştirmek istedim 6. Diğer (……..)

22) Obez olmak bir insanın yaşayabileceği ..... şeydir.

1. En kötü 2. Olumsuz bir 3. Olağan bir 4. Fikrim yok 5. Önemsiz

23) Obez bireylere karşı tutumunuzu nasıl tanımlarsınız?

1. Ön yargılıyım 2. Fikrim yok. 3. Ön yargısızım

24) Sağlık kuruluşlarında obez bireyler için ne gibi ayrıcalıklar olmalıdır? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

1. Poliklinik hizmeti alınan yerlerde (koltuk, sedye, tuvalet vb.)

2. Kliniklerde yatarak tedavi görülen alanlarda (ölçüm araçları (baskül, tansiyon aleti vb.),yatak, duş, tuvalet vb.)

3. Görüntüleme merkezlerinde

4. Ameliyathanelerde

5. Hastane içi hasta taşıma araçlarında (tekerlekli sandalye, sedye vb.)

6. Ayrıcalık yapılmasına gerek yok

25)	**……. obezitenin başlıca nedenlerindendir. İfadesine ne derece katılıyorsunuz?**	Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
1	Sosyal nedenler					
2	Ekonomik nedenler					
3	Genetik					
4	Fizyolojik nedenler					
5	Psikolojik nedenler					
6	Çevresel nedenler					
7	Yaşam biçimi					

Ek 4

GAMS 27-Obezite Önyargı Ölçeği

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

22	İyi dinleyicidirler					
23	Hareketlerinde yavaştırlar					
24	Tembeldirler					
25	Güzel yemek yaparlar					
26	Görünümlerinden dolayı duygusal ilişkilerde tercih edilmezler					
27	Cana yakındırlar					