

T.C.
AFYONKARAHİSAR SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANA BİLİM DALI

**AİLE HEKİMLERİNİN OBEZ BİREYLERE YÖNELİK TUTUM
VE İLETİŞİM BECERİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Hazırlayan
Arş.Gör.Dr.İrfan AKGÜL

Danışman
Prof.Dr.Nazlı ŞENSOY

2025 – AFYONKARAHİSAR

T.C.
AFYONKARAHİSAR SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı

**AİLE HEKİMLERİNİN OBEZ BİREYLERE YÖNELİK TUTUM
VE İLETİŞİM BECERİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Arş.Gör.Dr.İrfan AKGÜL
TIPTA UZMANLIK TEZİ

Danışman
Prof.Dr.Nazlı ŞENSOY

2025 – AFYONKARAHİSAR

AFYONKARAHİSAR SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANA BİLİM DALI

Tez Başlığı: Aile Hekimlerinin Obez Bireylere Yönelik Tutum ve İletişim Becerilerinin Değerlendirilmesi

Tez Hazırlayan: Arş.Gör.Dr.İrfan AKGÜL

Tez Kabul Tarihi: 14.08.2025

Tez Danışmanı: Prof.Dr.Nazlı ŞENSOY

İş bu çalışma jürimiz tarafından AİLE HEKİMLİĞİ ANA BİLİM DALI'NDA TIPTA UZMANLIK TEZİ olarak kabul edilmiştir.

JÜRİ:

Başkan

Prof. Dr. Nazlı ŞENSOY

Üye

Dr.Öğr.Üyesi Gamze DUR

Üye

Dr. Öğr. Üyesi Ayşen MERT

ONAY

DEKAN

TEŞEKKÜR

Bu tezin hazırlanması sürecinde bilgi ve rehberliğiyle beni her zaman destekleyen, değerli hocam Sayın Prof. Dr. Nazlı ŞENSOY'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım. Kendisinin engin bilgisi ve yol göstericiliği olmadan bu çalışmanın tamamlanması mümkün olamazdı.

Tez sürecim boyunca nazik yaklaşımları ve her zaman hissettirdikleri destekleri için Dr. Öğr. Üyesi Gamze DUR ve Dr. Öğr. Üyesi Ayşen MERT hocalarıma da gönülden teşekkür ederim.

Ayrıca, bu süreç boyunca bana sabır, sevgi ve anlayışla destek olan sevgili eşim Esmâ'ya minnettarlığımı ifade etmek isterim. Her anımda yanımda olarak bana güç verdi. Her şey için sonsuz teşekkür ediyorum.

Oğullarım Arif ve Akif, sizlerin varlığı bana ilham kaynağı oldu. Neşe ve sevincinizle bu süreci daha anlamlı ve unutulmaz kıldınız. Sizinle gurur duyuyorum.

Ek olarak, bu süreçte bana destek olan diğer asistan arkadaşlarıma da teşekkür etmeyi bir borç bilirim. İlgi ve yardımlarınız, bu yolculuğun daha kolay ve keyifli geçmesini sağladı.

Bu tezin her aşamasında yanımda olan herkese teşekkür eder, katkılarınızın hayatımda büyük bir değer taşıdığını belirtmek isterim.

Dr.İrfan AKGÜL

Afyonkarahisar, Ağustos 2025

AİLE HEKİMLERİNİN OBEZ BİREYLERE YÖNELİK TUTUM VE İLETİŞİM BECERİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Arş.Gör.Dr.İrfan AKGÜL

Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi

Ağustos 2025

Danışman: Prof. Dr. Nazlı ŞENSOY

ÖZET

Amaç : Bu çalışmanın amacı Aile Hekimlerinin obezite ile ilgili tutumlarını ve iletişim becerilerini değerlendirmek ve bu durumu etkileyen faktörleri incelemektir.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı ve kesitsel tipte olan araştırmamıza 01.09.2024 - 31.12.2024 tarihlerinde Aile Sağlığı Merkezlerinde görev yapan 428 Aile Hekimi katıldı. Gönüllü katılımcılara kişisel bilgi formu, Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeği (OBYTÖ) ve İletişim Becerileri Envanteri Kısa Formu (İBE-Kısa Form) ‘Google Forms’ aracılığıyla online anket şeklinde uygulandı.

Bulgular: Çalışmaya katılan Aile Hekimlerinin yaş ortalaması $40,88 \pm 8,89$, Beden Kitle İndeksi ortalaması $26,76 \pm 4,07$ kg/m², %62,4’ü erkek, %14,7’si uzman hekimdir. Katılımcıların OBYTÖ puan ortalaması $62,23 \pm 13,12$ ’dir. İBE-Kısa Form puan ortalaması $62,49 \pm 6,99$ ’dur. Katılımcıların %59,1’i obezite konusunda eğitim almış, %36,7’si obez hastaların yönetimi konusunda kendisini yeterli görmekte, %74,8’i obez hastaların yaşam tarzı değişiklikleri ile kalıcı şekilde kilo verebileceğini düşünmekte, %93,2’si obez hastaların sağlık sistemi üzerindeki yükü artırdığını düşünmektedir.

Sonuç: Çalışmamızda Aile Hekimlerinin obez bireylere yönelik tutumlarının sınırlı pozitif, iletişim becerilerinin ise yüksek olduğu saptandı. Aile Hekimlerine yönelik düzenlenen obezite eğitimlerinin kapsamı artırılmalı ve içeriği gözden geçirilmelidir.

Anahtar kelimeler: Aile Hekimliği, obezite, tutum, iletişim becerileri

EVALUATION OF FAMILY PHYSICIANS ATTITUDES AND COMMUNICATION SKILLS TOWARDS OBESE INDIVIDUALS

Res. Asst. Dr. İrfan AKGÜL

Afyonkarahisar University of Health Sciences

Faculty of Medicine Department of Family Medicine Thesis

August 2025

Supervisor: Prof. Dr. Nazlı ŞENSOY

ABSTRACT

Objective: The aim of this study is to evaluate the attitudes and communication skills of Family Physicians regarding obesity and to examine the factors affecting this situation.

Materials and Methods: A total of 428 Family Physicians working in Family Health Centers between 01.09.2024 and 31.12.2024 participated in our descriptive and cross-sectional study. A personal information form, the Attitude Scale Towards Obese, and the Communication Skills Inventory-Short Form were administered to the voluntary participants as an online questionnaire via Google Forms.

Results: The mean age of the Family Physicians participating in the study was 40.88 ± 8.89 , the mean Body Mass Index was 26.76 ± 4.07 kg/m², 62.4% were male, and 14.7% were specialist physicians. The mean score of the Attitude Scale Towards Obese Individuals was 62.23 ± 13.12 . The mean score of the Communication Skills Inventory Short Form was 62.49 ± 6.99 . Among the participants, 59.1% had received training on obesity, 36.7% considered themselves competent in the management of obese patients, 74.8% believed that obese patients could permanently lose weight through lifestyle changes, 93.2% believed that obese patients increased the burden on the healthcare system.

Conclusion: In our study, it was found that Family Physicians limited positive attitudes towards obese individuals and high communication skills. The scope of obesity training for Family Physicians should be expanded and its content reviewed.

Keywords: Family Physician, obesity, attitude, communication skills

İÇİNDEKİLER

Sayfa

İÇ KAPAK	i
KABUL VE ONAY SAYFASI.....	ii
TEŞEKKÜR.....	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	v
İÇİNDEKİLER	vi
KISALTMALAR	x
TABLolar DİZİNİ	xi
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Obezite.....	3
2.1.1. Obezitenin Tanımı.....	3
2.1.2. Obezitenin Epidemiyolojisi.....	3
2.1.2.1. Dünyada Obezite.....	3
2.1.2.2. Türkiye’de Obezite.....	4
2.1.3. Obezitenin Etyopatagonezi	4
2.1.4. Obezite Değerlendirilmesinde Kullanılan Antropometrik Yöntemler	6
2.1.4.1. Beden Kitle İndeksi.....	6
2.1.4.2. Bel Çevresi	7
2.1.4.3. Diğer Ölçümler.....	7
2.2. Tutum Kavramı ve Obeziteye Yönelik Olumsuz Tutumlar	8
2.2.1. Tutum	8
2.2.2. Obeziteye Yönelik Olumsuz Tutumlar	9
2.3. Obeziteye Yönelik Damgalama.....	9
2.3.1. Damgalama.....	9
2.3.2. Obeziteli Bireylere Yönelik Damgalama	10
2.3.3. Sağlık Hizmetlerinde Obeziteli Bireylere Yönelik Damgalama	11
2.4. İletişim.....	14
2.4.1. İletişimin Tanımı	14

2.4.2. İletişimin Süreci ve Öğeleri	14
2.4.2.1. Kaynak	14
2.4.2.2. Mesaj	15
2.4.2.3. Kanal	16
2.4.2.4. Alıcı	16
2.4.2.5. Geri Bildirim	16
2.4.3. İletişim Çeşitleri	17
2.4.3.1. Sözlü İletişim	17
2.4.3.2. Yazılı İletişim	18
2.4.3.3. Sözsüz İletişim	18
2.4.4. İletişim Becerileri	19
2.4.5. Hekim ve Hasta İletişimi	21
2.4.5.1. Hekim-Hasta İletişim Modelleri	22
2.4.5.2. Hekim-Hasta İletişim Aşamaları	24
2.5. Aile Hekimliği ve Bütüncül Yaklaşım	27
3. GEREÇ VE YÖNTEM	30
3.1. Araştırmanın Modeli	30
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	30
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem	30
3.4. Kullanılan Ölçme, Test Etme ya da Veri Toplama Yöntemi	31
3.4.1. Kişisel Bilgi Formu	31
3.4.2. Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeği	31
3.4.3. İletişim Becerileri Envanteri Kısa Formu	32
3.5. Çalışmanın Etik Yönü ve Onamı	33
3.6. Verilerin Analizi	33
4. BULGULAR	34
4.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri	34
4.1.1. Katılımcıların Beden Kitle İndeksi Değerleri	35
4.1.2. Katılımcıların Tıp Fakültesi Sonrası Obezite ile İlgili Eğitim Alma Durumu	37
4.1.3. Katılımcıların Kronik Hastalık Mevcudiyeti Durumu	38
4.1.4. Katılımcıların Ailesinde Obeziteli Birey Bulunma Durumu	38
4.2. Katılımcıların Mevcut Kilolarından Memnuniyet Durumu	39

4.3. Katılımcıların Obezite Yönetimi Konusunda Düşünceleri.....	40
4.3.1. Katılımcıların Obezite Yönetimi Konusunda Düşünceleri ile Bazı Tanımlayıcı Özelliklerinin Karşılaştırılması	42
4.4. Katılımcıların Obeziteli Bireylere Yönelik Tutumları	51
4.4.1. Cinsiyete Göre Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeğinin Değerlendirilmesi	51
4.4.2. Yaş Gruplarına Göre Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeğinin Değerlendirilmesi	52
4.4.3. Medeni Duruma Göre Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeğinin Değerlendirilmesi	52
4.4.4. Ünvana Göre Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeğinin Değerlendirilmesi	53
4.4.5. Aile Sağlığı Merkezinin Yerleşim Yerine Göre Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeğinin Değerlendirilmesi	53
4.4.6. Aile Hekimliği Biriminin Günlük Poliklinik Sayısına Göre Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeğinin Değerlendirilmesi	54
4.4.7. Hekimlik Süresine Göre Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeğinin Değerlendirilmesi	54
4.4.8. Aile Hekimi Olarak Çalışma Süresine Göre Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeğinin Değerlendirilmesi	55
4.4.9. Kronik Hastalık Mevcudiyeti Durumuna Göre Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeğinin Değerlendirilmesi	55
4.4.10. Ailede Obeziteli Birey Bulunma Durumuna Göre Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeğinin Değerlendirilmesi	56
4.4.11. Tıp Fakültesi Mezuniyeti Sonrası Obezite ile İlgili Eğitim Alma Durumuna Göre Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeğinin Değerlendirilmesi	56
4.4.12. Beden Kitle İndeksine Göre Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeğinin Değerlendirilmesi	57
4.5. Katılımcıların İletişim Becerileri.....	57
4.5.1. Cinsiyete Göre İletişim Becerileri Envanteri-Kısa Formunun Değerlendirilmesi	57
4.5.2. Yaş Gruplarına Göre İletişim Becerileri Envanteri-Kısa Formunun Değerlendirilmesi	58
4.5.3. Medeni Duruma Göre İletişim Becerileri Envanteri-Kısa Formunun Değerlendirilmesi	59
4.5.4. Ünvana Göre İletişim Becerileri Envanteri-Kısa Formunun Değerlendirilmesi	59

4.5.5. Aile Sağlığı Merkezinin Yerleşim Yerine Göre İletişim Becerileri Envanteri-Kısa Formunun Değerlendirilmesi	60
4.5.6. Aile Hekimliği Biriminin Günlük Poliklinik Sayısına Göre İletişim Becerileri Envanteri-Kısa Formunun Değerlendirilmesi	60
4.5.7. Hekimlik Süresine Göre İletişim Becerileri Envanteri-Kısa Formunun Değerlendirilmesi	61
4.5.8. Aile Hekimi Olarak Çalışma Süresine Göre İletişim Becerileri Envanteri-Kısa Formunun Değerlendirilmesi.....	62
4.5.9. Kronik Hastalık Mevcudiyeti Durumuna Göre İletişim Becerileri Envanteri-Kısa Formunun Değerlendirilmesi	63
4.6. Obez Bireylere Yönelik Tutum ile İletişim Becerilerinin İlişkisi	63
5. TARTIŞMA.....	65
5.1. Çalışmamızın Güçlü Yanları	80
5.2. Çalışmamızın Kısıtlılıkları	81
6. SONUÇLAR	82
7. ÖNERİLER.....	85
8. KAYNAKLAR.....	86

EKLER

EK 1. ANKET FORMU

EK 2. ETİK KURUL ONAY FORMU

KISALTMALAR

BKİ: Beden Kitle İndeksi

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

İBE-Kısa Form: İletişim Becerileri Envanteri Kısa Formu

OBYTÖ: Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeği

SAHU: Sözleşmeli Aile Hekimliği Asistanı

SD: Standart Deviasyon

TBSA: Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması

WONCA: Dünya Aile Hekimleri Birliği

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Yetişkinlerde Beden Kitle İndeksi Kategorileri.....	7
Tablo 2. Aile Hekimlerinin tanımlayıcı özellikleri (n=428)	35
Tablo 3. Katılımcıların beden kitle indeksi.....	36
Tablo 4. Aile Hekimlerinin tanımlayıcı özellikleri ile beden kitle indeksi ortalamalarının karşılaştırılması (n=428).....	37
Tablo 5. Tıp Fakültesi mezuniyeti sonrası obezite ile ilgili eğitim alma durumu ve eğitim alan Aile Hekimlerinin eğitim kaynağı.....	38
Tablo 6. Katılımcıların kronik hastalık mevcudiyeti durumu.....	38
Tablo 7. Katılımcıların ailesinde obeziteli birey bulunma durumu	38
Tablo 8. Aile Hekimlerinin mevcut kilolarından memnuniyetleri.....	39
Tablo 9. Aile Hekimlerinin tanımlayıcı özellikleri ile kilolarından memnuniyet durumlarının karşılaştırılması (n=428)	40
Tablo 10. Aile Hekimlerinin obezite yönetimi konusunda düşünceleri.....	41
Tablo 11. Aile Hekimlerinin “Obez hastaların yönetimi konusunda kendinizi yeterli görüyor musunuz?” sorusuna verdikleri cevaplar ile bazı tanımlayıcı özelliklerin karşılaştırılması (n=428)	43
Tablo 12. Aile Hekimlerinin “Obez hastaların kalıcı ve gönüllü olarak daha az yiyerek ve/veya daha çok egzersiz yaparak kalıcı şekilde kilo verebileceğini düşünüyor musunuz?” sorusuna verdikleri cevaplar ile bazı tanımlayıcı özelliklerin karşılaştırılması (n=428)	45
Tablo 13. Aile Hekimlerinin “Obez hastaların sağlık sistemi üzerindeki yükü artırdığını düşünüyor musunuz?” sorusuna verdikleri cevaplar ile bazı tanımlayıcı özelliklerin karşılaştırılması (n=428)	47
Tablo 14. Aile Hekimlerinin “Obez hastaları muayene etmekten hoşlanır mısınız?” sorusuna verdikleri cevaplar ile bazı tanımlayıcı özelliklerin karşılaştırılması (n=428)	49
Tablo 15. Aile Hekimlerinin “Obez hastaların diğer hastalara göre daha çok tedavi önerilerine uyumsuz olduğunu düşünüyor musunuz?” sorusuna verdikleri cevaplar ile bazı tanımlayıcı özelliklerin karşılaştırılması (n=428)	50
Tablo 16. Cinsiyete göre Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeği puan dağılımı.....	51
Tablo 17. Yaş Gruplarına göre Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeği puan dağılımı	52
Tablo 18. Medeni duruma göre Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeği puan dağılımı	52

Tablo 19. Ünvana göre Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeği puan dağılımı	53
Tablo 20. Aile Sağlığı Merkezinin yerleşim yerine göre Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeği puan dağılımı	53
Tablo 21. Aile Hekimliği Biriminin günlük poliklinik sayısına göre Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeği puan dağılımı	54
Tablo 22. Hekimlik süresi gruplarına göre Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeği puan dağılımı.....	54
Tablo 23. Aile Hekimi olarak çalışma süresi gruplarına göre Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeği puan dağılımı	55
Tablo 24. Kronik hastalık mevcudiyeti durumuna göre Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeği puan dağılımı	55
Tablo 25. Ailede obeziteli birey bulunma durumuna göre Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeği puan dağılımı	56
Tablo 26. Obezite eğitimi alma durumuna göre Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeği puan dağılımı	56
Tablo 27. Beden kitle indeksine göre Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeği puan dağılımı	57
Tablo 28. Cinsiyete göre İletişim Becerileri Envanteri-Kısa Form puan dağılımı	58
Tablo 29. Yaş gruplarına göre İletişim Becerileri Envanteri-Kısa Form puan dağılımı	58
Tablo 30. Medeni duruma göre İletişim Becerileri Envanteri-Kısa Form puan dağılımı	59
Tablo 31. Ünvana göre İletişim Becerileri Envanteri-Kısa Form puan dağılımı.....	60
Tablo 32. Aile Sağlığı Merkezinin yerleşim yerine göre İletişim Becerileri Envanteri-Kısa Form puan dağılımı.....	60
Tablo 33. Aile Hekimliği Biriminin günlük poliklinik sayısına göre İletişim Becerileri Envanteri-Kısa Form puan dağılımı	61
Tablo 34. Hekimlik süresine göre İletişim Becerileri Envanteri-Kısa Form puan dağılımı	62
Tablo 35. Aile Hekimliği süresine göre İletişim Becerileri Envanteri-Kısa Form puan dağılımı	62
Tablo 36. Kronik hastalık mevcudiyeti durumuna göre İletişim Becerileri Envanteri-Kısa Form puan dağılımı.....	63
Tablo 37. Obez bireylere yönelik tutum ve iletişim becerilerinin ilişkisi.....	63

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Obezite anormal yağ dokusu birikimi sonucu sağlığı olumsuz yönde etkileyen, kronik, tekrarlayıcı ve ilerleyici bir hastalık olarak tanımlanmaktadır. Normalin üzerinde yağ birikimi tip 2 diabetes mellitus, hipertansiyon, dislipidemi, aterosklerotik kardiyovasküler hastalıklar, astım, bazı kanser türleri ve osteoartrit gibi kronik hastalıkların gelişme riskini artırarak bireyin yaşam kalitesini düşürmekte ve beklenen yaşam süresini kısaltmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), obeziteyi 21. yüzyılın en ciddi sağlık problemi olarak kabul etmiştir. Dünyada ve ülkemizde obezite prevalansı hem yetişkinlerde hem de çocuklarda giderek artış göstermektedir (1).

Obezite oranlarının artmasıyla birlikte obeziteye yönelik önyargılar da artış göstermektedir. Obeziteye sahip bireyler, sıklıkla kilo kaynaklı önyargı ve damgalamaya maruz kalmaktadır (2). Obezite damgalanması ve kilo önyargısı, vücut ağırlığının yalnızca diyet ve fiziksel aktivite seviyelerindeki değişikliklerle çok rahat kontrol edilebileceği yanlış inancına dayanmaktadır. Oysa ki vücut ağırlığını etkileyen faktörler oldukça karmaşıktır ve genetik, epigenetik, çevresel ve toplumsal unsurların yanı sıra ilaçların da rol oynadığı çeşitli unsurları içerir. Kalori alımının azaltılması ve fiziksel aktivitenin artırılması gibi gönüllü kilo verme girişimleriyle vücut ağırlığında kalıcı değişiklikler, karmaşık metabolik ve hormonal adaptasyonlar nedeniyle nadiren görülür. Sonuç olarak, vücut ağırlığını değiştirmek sadece daha az yemek ve daha fazla hareket etmekle çözülebilecek bir durum değildir (3). Uzmanlar, kilo damgalaması ve önyargının önlenmesinin, etkili obezite tedavi girişimleri için elzem olduğunu vurgulamaktadır. Hekimlerin sergilediği kilo önyargısı, obeziteye sahip bireylerin yalnızca kilo vermek amacıyla değil, aynı zamanda genel sağlık sorunları için de tıbbi yardım almaktan kaçınmalarına sebep olabilir. Obeziteye karşı önyargılı tutumlar sergileyen hekimler, obezite ile mücadele çabalarına yeterli katkıda bulunmayarak süreci olumsuz etkileyebilirler (2). Bir çalışmada kilo önyargısının sağlık çalışanları tarafından sıklıkla küçümseyici şekilde, üstten bakan ve saygısız bir tutumla ifade edildiği bulunmuştur. Bu durum, hastaların yaşadığı tüm sağlık sorunlarının aşırı kiloya bağlanmasına yol açmakta ve bu yaklaşım, doğrudan kilo damgalama algısını güçlendirmektedir. Bu tür damgalama duygularının hastaların sağlık hizmetlerinden

kaçınma, randevulara geç kalma ya da randevuları iptal etme davranışlarıyla ilişkili olduğu saptanmıştır (4).

Genel manada iletişim, sözlü ve sözsüz mesajların bilgi veren kişiden alıcıya aktarılma süreci olarak tanımlanmaktadır. İletişim becerisi ise, bireyin karşılaştığı durumlar hakkında farklı bakış açılarını araştırma, sorgulama ve bu bilgileri bütünleştirerek anlamlandırma yeteneğidir (5). İlk karşılaşma anından itibaren başlayan sözsüz iletişim ve beden dili, sağlık hizmeti sunumunda güven ve anlayış temelli bir ilişki kurmanın temelini oluşturur. Etkili iletişim, hasta-hekim ilişkileri başta olmak üzere, birçok klinik sonucu olumlu yönde etkileyebilmektedir. Bu sonuçlar arasında fizyolojik yanıtlar, sağlık davranışlarındaki değişiklikler, klinik ilişkilerin kalitesi, sağlık bakım prosedürlerinin başarısı ve sağlık hizmetlerinin ekonomik yükü gibi çeşitli hususlar yer almaktadır. Aile hekimliği uygulamalarında ise, hasta merkezli iletişim yaklaşımı vazgeçilmez bir unsurdur ve başarılı bir hasta-hekim ilişkisinin temelini oluşturur (6).

Hastalarına kişi merkezli, kapsamlı, sürekli ve bütüncül yaklaşımla bakım veren Aile Hekimleri kişisel obezite önyargılarını aşarak diğer sağlık personelleri ve diğer hekimlere kıyasla obezite ile mücadelede çok daha önemli role sahip olmalıdırlar.

Birinci Basamakta çalışan Aile Hekimlerinin obezite önyargılarını ve tutumlarını inceleyen sınırlı sayıda araştırma vardır. Bu çalışmanın amacı obeziteli bireylere birinci basamak sağlık hizmeti veren Aile Hekimlerinin obezite ile ilgili tutumlarını ve iletişim becerilerini değerlendirmektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Obezite

2.1.1. Obezitenin Tanımı

Dünya Sağlık Örgütü obeziteyi, kişinin sağlığına zarar verebilecek düzeyde vücutta meydana gelen normal olmayan veya aşırı fazla yağ birikimi olarak tanımlamaktadır (7). Obezite, birçok kronik hastalık ve mortalitenin başlıca nedenlerinden biri olarak gösterilen kronik, ilerleyici ve tekrar eden bir hastalıktır. Bu durum, bireylerin yaşam kalitesini ciddi şekilde olumsuz etkileyerek tip 2 diabetes mellitus, hipertansiyon, dislipidemi, aterosklerotik kardiyovasküler hastalıklar, astım, belirli kanser türleri ve osteoartrit gibi ciddi sağlık sorunlarının gelişimine zemin hazırlamakta ve yaşam süresinin kısalmasına yol açmaktadır (1). DSÖ beden kitle indeksi (BKİ) 25 veya üzerinde olan yetişkinleri, boya göre ağırlığı 2 standart deviasyon (SD) üzerinde olan beş yaş altı çocukları ve BKİ'si 1 SD üzerinde olan beş yaş üstü çocukları fazla kilolu olarak tanımlamaktadır. DSÖ obezite tanımlamasına ise BKİ'si 30 veya üzerinde olan yetişkinleri, boya göre ağırlığı 3 SD üzerinde olan beş yaş altı çocukları ve BKİ'si 2 SD üzerinde olan beş yaş üstü çocukları katmaktadır (7).

2.1.2. Obezitenin Epidemiyolojisi

2.1.2.1. Dünyada Obezite

Dünya çapında 1990'lardan günümüze yetişkin obezitesinin iki kat, ergen obezitesinin ise dört kat arttığı bilinmektedir (7). Dünya Obezite Atlası 2024'deki öngörülere göre 2020 yılında 1,39 milyar fazla kilolu, 810 milyonu obeziteli olmak üzere 2,2 milyar yetişkin (tüm yetişkin nüfusun %42'si) yüksek BKİ'ye sahipken 2035 yılında büyük artışla 1,77 milyar fazla kilolu 1,53 milyar obeziteli olmak üzere 3,3 milyar yetişkin (tüm yetişkin nüfusun %54'ü) yüksek BKİ'ye sahip olacaktır. 2020 yılında yetişkinlerde ve çocuklarda obezite sıklığı en fazla olan ilk üç ülke sırasıyla Tonga, Samoa ve Amerika Birleşik Devletleri'dir. 2020-2035 yılları arasında anlamlı bir müdahale gerçekleşmediği takdirde Afrika bölgesinde fazla kilolu ve obez yetişkinlerin sayısında ciddi artış beklenmektedir. Avrupa'da fazla kilolu bireylerin sayısında hafif bir düşüş öngörülse de obezite prevalansı artış göstermeye devam edecektir. Amerika Birleşik Devletlerinin ise en yüksek obezite prevalansına sahip

Ülkelerin başında gelmeye devam edeceği öngörülmektedir. Önümüzdeki yıllarda, az gelişmiş ülkelerde obezite prevalansında beklenen artışın etkilerinin, gelişmiş ülkelerdeki artışa kıyasla daha dramatik olacağı öngörülmektedir. Bu durum, az gelişmiş ülkelerdeki sınırlı sağlık hizmetleri kapasitesi, yetersiz altyapı ve artan bulaşıcı olmayan hastalık yüküyle birleşerek sağlık sistemleri üzerinde daha büyük bir baskı yaratacaktır (8).

2.1.2.2. Türkiye’de Obezite

Obezite tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de çok ciddi şekilde halk sağlığını tehdit eden ve prevalansı giderek yükselen halk sağlığı problemidir. Türkiye’de obezite sıklığı %30’un üzerine çıkmış olup, ülkemiz ne yazık ki Avrupa kıtasındaki en yüksek obezite oranına sahip ülke konumuna gelmiştir. Obezite sıklığı, yetişkin kadınlarda erkeklere kıyasla net bir şekilde çok daha yüksektir (1). Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA) 2017 verilerine göre 15 yaş üzeri kişilerde fazla kiloluluk oranı %34 (kadınlarda %27,6, erkeklerde %39,9), obezite oranı %31,5 (kadınlarda %39,1, erkeklerde %24,6) bulunmuştur. Obezite, özellikle kadınlarda, Batı Karadeniz, Orta Anadolu ve Doğu Karadeniz bölgelerinde en sık görülen sağlık sorunlarından biri olarak öne çıkmaktadır (9). DSÖ onaylı Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri 2017 çalışmasındaki 15 yaş üzeri tüm katılımcıların fazla kiloluluk oranı %35,6 (kadınlarda %30,1 erkeklerde %41,2), obezite oranı %28,8 (kadınlarda %35,9 erkeklerde %21,6) bulunmuş ve artan yaşla birlikte obezite oranının arttığı saptanmıştır (10).

2.1.3. Obezitenin Etyopatagonezi

Obezite, genellikle günlük yaşamın sürdürülmesi ve fiziksel aktivitelerin gerçekleştirilmesi için harcanan enerjiyi aşan fazla kalori alımının bir sonucu olarak ortaya çıkan enerji dengesi bozukluğu şeklinde ifade edilmektedir. Bu enerji dengesi kavramı obeziteyi araştırmak için faydalı bir ereve sağlasa da, bazı insanların neden obeziteye sahip olduğunu veya bu durumun nasıl yönetilebileceğine dair nedensel bir açıklama sağlamamaktadır. Enerji dengesi kavramıyla obezitenin önlenmesi, genellikle kalori alımının kalori harcamasıyla dengelenmesi gereken basit bir muhasebe sorunu olarak yanlış bir şekilde sunulmaktadır. Bu yaklaşım, bireylere yalnızca daha az yemeleri ve daha fazla hareket etmeleri gerektiğini tavsiye ederek, enerji dengesini

bozmanın kilo kaybı için yeterli olacağı varsayımına dayanmaktadır. Ancak, bu yaygın hatalı bakış açısı, bireylerin önemli ölçüde kilo kaybı yaşamamasını ne yazık ki, onların uzun süreli ve basit yaşam tarzı değişikliklerine uyum sağlama iradesinden yoksun olmalarına bağlamaktadır (11).

Obezitenin patogenezi, çevresel, sosyokültürel, fizyolojik, tıbbi, davranışsal, genetik, epigenetik faktörler ve nedenselliğe ve kalıcılığa katkıda bulunan çok sayıda başka faktörle beraber çok karmaşıktır. Çoğu bilim insanı çevresel koşullar sabit kaldığında, bireylerin yetişkinlik dönemindeki vücut ağırlığının şaşırtıcı derecede sabit kaldığını ve kısa vadeli artış veya azalışlara karşı direnç gösterdiğini gözlemleyerek vücut ağırlığının ve adipoz dokunun aktif olarak düzenlendiğini kabul etmektedir. Son dönemde elde edilen bulgular, birçok obez bireyde gözlemlenen yüksek vücut ağırlığı ve yağ oranının da normal ağırlıktaki bireylerdeki gibi düzenlendiğini bu nedenle bireyin kilo alıp adipoz dokunun bir süre boyunca yüksek seyretmesi vücut tarafından yeni düzeyin normal düzey olarak algılanmasına ve vücut tarafından bu yeni düzeyin korunmaya çalışılmasına neden olmaktadır. Bu durum, obezitenin bir irade eksikliği değil tam tersine hastalık olarak ele alınması gerektiğine yönelik güçlü bir destek sağlamaktadır (12).

İkiz ve evlat edinme çalışmaları, obezite riskinin %25-%50'sinin kalıtsal olduğunu göstermektedir. Genom çapında ilişkilendirme çalışmaları obeziteyle ilişkili birçok gen bölgesini belirlemiştir. Vücudumuz hayatta kalabilmek için eski taş devrinden itibaren yağ depolamaya proglanmış olabilir ama bu genetik yatkınlığın küresel bir sorun haline gelmesi çevresel faktörlerin genetik yatkınlıklarla etkileşiminden kaynaklanmaktadır. Modern çağımızın bol kalorili beslenme şekli, yaşam tarzı değişikliklerinin hareketlerimizi sınırlaması, çevresel toksinler, enfeksiyonlar, endokrin hastalıklar, barsak mikrobiyom değişiklikleri ve bazı ilaçlar bu çevresel faktörleri oluşturmaktadır (13).

2.1.4. Obezite Değerlendirilmesinde Kullanılan Antropometrik Yöntemler

2.1.4.1. Beden Kitle İndeksi

Beden kitle indeksi (BKİ), ilk olarak 19. yüzyılın ortalarında Adolphus Quetelet tarafından tanımlanmıştır. Quetelet, normal vücut yapısına sahip yetişkinlerde vücut ağırlığının boy uzunluğunun karesiyle orantılı olduğunu gözlemlemiştir. Günümüzde BKİ, genel vücut yağ oranının antropometrik bir göstergesi olarak yaygın biçimde kullanılmaktadır. BKİ'nin en yaygın kullanılan ölçüm olması kolay uygulanabilirliği, düşük maliyeti ve girişimsel bir müdahale içermeyen yapısından kaynaklanmaktadır (14). Ancak, obezitenin değerlendirilmesinde yalnızca BKİ'ye dayanılması çeşitli sınırlamalar içermektedir. BKİ, toplam vücut kütlesi içinde hem yağ hem de yağsız kütleyi kapsaması ve yağ dokusunun vücutta nasıl dağıldığını ayırt edememesi nedeniyle eleştirilmektedir. Ayrıca, cinsiyetler arasında farklılık gözetmemesi, BKİ'nin bireysel varyasyonları yeterince yansıtamaması açısından bir başka kısıtlılık olarak değerlendirilmektedir. Altmış beş yaş üstü yaşlılarda ise BKİ'nin genel sınıflamadan farklı olarak 23'ten düşük olması yüksek sağlık riski ile ilişkili iken 27'lik bir BKİ değeri bu yaş grubunda ölüm riskinin azalması açısından en iyisidir. Ek olarak Asya ırklarından olan bireyler, sporcular, hamile kadınlar ve emziren annelerde BKİ obezitenin ölçüsü kabul edilmemelidir (15).

Obezite düzeylerinin tanımlanmasında, “hafif,” “orta” veya “morbid” gibi sıfatlar yerine “evre 1,” “evre 2” ve “evre 3” gibi aşamalı ifadelerin kullanılması önemli avantajlar sunmaktadır. Bu yaklaşım, özellikle obeziteli bireylerin büyük bir kısmını oluşturan evre 1 kategorisindekilerin durumunu “hafif obezite” şeklinde tanımlayarak ciddiyetin küçümsenmesini önlemektedir. İleri evre obeziteli bireylerin başlangıçta hafif obeziteye sahip olduğu unutulmamalıdır. Bununla birlikte, ileri düzeyde obezitesi olan bireyler için kullanılan “morbid obez” veya “süper obez” gibi etiketlerin, bireyler üzerinde moral bozucu ve damgalayıcı etkiler oluşturabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Bu nedenle, daha kapsayıcı ve saygın bir terminoloji benimsenerek “evre 3 obezite” ifadesinin tercih edilmesi önerilmektedir. Beden Kitle İndeksi kategorilerine göre erişkinlerde obezitenin sınıflaması, ayrıntılı bir şekilde Tablo 1’de özetlenmiştir (1).

Tablo 1. Yetişkinlerde Beden Kitle İndeksi Kategorileri

Tanım	BKİ (kg/m ²)
Zayıf	<18,5
Normal	18,5–24,9
Kilo Fazlalığı	25–29,9
Obezite	≥30
Evre 1	30–34,9
Evre 2	35–39,9
Evre 3	≥40

2.1.4.2. Bel Çevresi

Bel çevresi, abdominal yağlanmayı değerlendirmek için standartlaştırılması ve klinik olarak uygulanması kolay basit bir yöntemdir. İster tek başına ister BKİ ile beraber olsun hastalık ve ölüm riskini öngörmeye çok faydalı bir ölçümdür. BKİ ile beraber bel çevresi ölçümünde rutin olarak yapılması önerilmektedir. Bel çevresi ile BKİ arasında güçlü bir ilişki bulunmasına rağmen, son araştırmalar farklı popülasyonlarda bel çevresinin, BKİ'ye kıyasla beklenenden daha fazla artış gösterdiğine işaret etmektedir. Bu durum, obezitenin fenotipinde zamanla bir değişim yaşanarak, özellikle abdominal yağlanmanın belirgin şekilde arttığı bir yapıya evrildiğini düşündürmektedir. Ölçüm pelvisteki iliak krestin en üstünden veya kaburga alt sınırı ile iliak krest arasındaki orta noktadan zemine paralel bir hat üzerinden olmalıdır (16). Avrupa'da santral obezite tanısı için belirlenen bel çevresi sınır değerleri, erkekler için ≥94 cm ve gebe olmayan kadınlar için ≥80 cm olarak kabul edilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ise, aslında ABD toplumuna özgü olarak belirlenmiş olan santral obezite tanımında, erkekler için ≥102 cm ve kadınlar için ≥88 cm değerlerini esas almıştır. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği ise Türkiye'deki bireyler için bu sınır değerleri, kadınlarda 90 cm ve erkeklerde 100 cm olarak belirlemiştir (1).

2.1.4.3. Diğer Ölçümler

Obezite tanısında bel çevresi/ kalça çevresi oranı, bel çevresi/boy uzunluğu oranı, boyun çevresi, deri kıvrımı kalınlığı, beden yuvarlaklık indeksi, kalça indeksi,

visseral adipozite indeksi ve koniklik indeksi gibi antropometrik ölçümler ve indeksler kullanılabilir (1,17,18). Vücut toplam yağ düzeyini net olarak değerlendirebilmek için ise pratik uygulanabilir olmasa da nadiren bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans görüntüleme, ultrasonografi, çift enerjili x-ray absorpsiyometri ve biyoelektriksel empedans analizi kullanılabilir (19).

2.2. Tutum Kavramı ve Obeziteye Yönelik Olumsuz Tutumlar

2.2.1. Tutum

Türk Dil Kurumu sözlüğünde ‘tutulan yol, tavır, davranış’ olarak yer verilen tutum kişinin olaylara, durumlara, nesnelere ve diğer bireylere karşı geliştirdiği olumlu ya da olumsuz değerlendirmeleri ve tepkileridir. İnsanlar sever, hoşlanır, onaylar, onaylamaz, nefret eder ya da beğenmezler. Bu duygusal tepkilerin her biri, bireyin sahip olduğu tutumların bir yansımasıdır. Tutumlar, bireyin algılarını, düşüncelerini ve davranışlarını şekillendirir. Tutum kavramı bireylerin çevrelerini anlamlandırmalarını, başkalarını tanımalarını ve davranışlarını açıklamaları amacı ile sık kullanılmaktadır. Diğer bir ifade ile tutum bireylerin kişilere, nesnelere veya durumlara yönelik geliştirdikleri inanç, duygu ve düşünceler olarak tanımlanmaktadır. Genel anlamda, bir bireyin belirli bir uyarana karşı olumlu ya da olumsuz tepki verme eğilimi olarak kabul edilir. Tutumlar, bireyin duygusal, bilişsel ve davranışsal boyutlarını kapsayan psikolojik yönelimleridir. Bu yönelimler, bireyin çevresini algılama, değerlendirme ve buna uygun tepkiler geliştirme biçimini şekillendirir. Bu yüzden tutumlar bireylerin sosyal ilişkilerinde ve diğer insanlara karşı sergilediği davranışlarda etkin bir rol oynar (20,21).

Tutumun bilişsel bileşen, duygusal bileşen ve davranışsal bileşen olmak üzere üç bileşenden oluştuğu kabul edilmektedir. Bireyin tutum nesnesine ilişkin düşünce, bilgi ve inanışları bilişsel bileşeni oluşturmaktadır. Bireyin tutum nesnesi hakkında sevgi, nefret, hoşlanma veya hoşlanmama gibi duyguları duygusal bileşeni oluşturmaktadır. Davranışsal bileşen ise kişinin tutum nesnesine ilişkin bilişsel ve duygusal değerlendirmeler ile yargılarına uygun olarak hareket etme eğilimidir. Örneğin, obezite konusunda olumlu bir tutuma sahip olan bir hekim, obeziteli bireyi dikkate alacak ve kararlarını verirken bu doğrultuda olumlu düşünecektir (21).

Tutumlar, bireylerin çocukluk döneminden itibaren sosyalleşme süreci içinde yaşadıkları deneyimler, karşılaştıkları durumlar ve etkileşimde bulundukları kişiler aracılığıyla şekillenmeye başlar. Bu süreçte anne, baba, kardeşler, geniş aile, öğretmenler ve arkadaşlar önemli bir rol oynar. Pozitif tutumlara sahip bireyler, genellikle iyimser bir dünya görüşüne sahiptir ve olaylara, durumlara ve kişilere karşı daha olumlu yaklaşımlar göstererek olumlu sonuçlar elde ederler. Öte yandan, negatif tutumlar daha çok kötümser bireylerde görülür. Bu kişiler, olayları, durumları ve insanları olumsuz bir bakış açısıyla değerlendirir ve bu düşüncelerine paralel olarak olumsuz sonuçlarla karşılaşma eğilimindedirler (21).

2.2.2. Obeziteye Yönelik Olumsuz Tutumlar

Obeziteli bireyler, ne yazık ki aile içinde, eğitim hayatında ve iş ortamlarında olumsuz tutumlara maruz kalmaktadır. Araştırmalar bu bireylerin iş hayatlarında iş arkadaşları ve amirleri tarafından aşağılayıcı esprilere hedef olduklarını, işe alınma oranlarının düşük olduğunu, daha düşük ücretlerle çalıştırıldıklarını, terfi şansı bulamadıklarını ve işten çıkarılma risklerinin daha yüksek olduğunu ortaya koymaktadır. Özellikle obeziteli kadınlar, iş hayatında daha fazla ayrımcılıkla karşılaşmakta ve cinsiyet temelli önyargılarla birleşen bu durum, olumsuz tutumların etkisini artırmaktadır. Sağlık alanında da obeziteli bireyler, dış görünüşlerine dayalı önyargılar ve olumsuz yaklaşımlar nedeniyle yeterli ve adil sağlık hizmetine erişimde zorluk yaşayabilmektedirler (22).

2.3. Obeziteye Yönelik Damgalama

2.3.1. Damgalama

Damga (stigma) kelimesi, köken olarak "yara, iz veya işaret" anlamlarını taşısa da, günümüzde daha çok gerçek anlamından farklı olarak "kara leke" şeklinde kullanılmaktadır. Damga, bir birey ya da grup üzerinde utanılacak bir durumun varlığını veya kabul edilemez, anormal bir özelliği simgeleyen bir işaret olarak algılanmaktadır. Damgalama süreci, birey ya da grubun farklılığını ön plana çıkararak, bu farklılık üzerinden çeşitli olumsuz nitelikler atfedilmesine yol açar. Damgalanan bireyler, önce olumsuz sıfatlarla etiketlenir, ardından toplumdan dışlanarak izole edilir. Zamanla, bu bireylerin yok sayılması, hatta tamamen göz ardı edilmesi için çaba sarf edilir. Damgalamanın temel amacı ve nihai sonucu ayrıştırma ve dışlamadır. Damgalamanın

stereotipler, ön yargılar ve ayrımcılık olmak üzere üç bileşeni vardır. Stereotipler insan topluluklarının ortak görüşünü temsil ederken ön yargılar ise stereotiplere dayanarak birlikte duygusal tepkilere yol açarlar. Ayrımcılıkta ise stereotipler ve önyargılara bağlı olarak geliştirilen algılar, bireylerin davranışlarına yansır ve sonuçta ayrımcı eylemler ortaya çıkar. Sonuçta, damgalama, bir etiket ile başlamakta ve sonrasında ayrımcılık, dışlama ile sona ermektedir (23).

2.3.2. Obeziteli Bireylere Yönelik Damgalama

İrk-etnik köken, din-mezhep, cinsiyet, fiziksel engellilik, eğitim seviyesi, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, cinsel yönelim ve ruhsal hastalıklar gibi birçok alanda görülen damgalama, obezite konusunda da önemli bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır (24). Obezite oranlarının artmasıyla birlikte, obeziteye yönelik ön yargılarda da bir artış gözlemlenmektedir. Fazla kilolu bireyler, genellikle kilo ile ilişkili önyargılar ve damgalama davranışlarına maruz kalmaktadırlar (2). Kitaplar, tiyatro, sinema, dizi filmler, çizgi filmler, kilo verme programları, haber yayınları ve sosyal medyada bulunan videolar gibi bir çok medya kaynağı obeziteli bireyleri damgalayıcı bir şekilde tasvir etmektedir (22,25). Obezite damgalama sıklığının yüksek BKİ, depresyon, diğer psikiyatrik sorunlar, beden imajı problemleri ve duygusal bozukluklarla ilişkili olduğu saptanmıştır (26). Birleşik Krallık'ta 37-73 yaş arası 119.669 bireyi kapsayan bir çalışmada yüksek BKİ ile düşük sosyoekonomik durum arasında özellikle kadınlarda daha fazla olmak üzere güçlü bir ilişki olduğu ortaya konulmuştur (27). Benzer şekilde, ABD'de yapılan bir araştırma, fazla kilolu kadınların daha düşük ücretli işlerde çalıştığını ve ortalama kilodaki kadınlara ve erkeklere kıyasla daha az maaş aldıklarını göstermektedir (28). En yaygın damgalayıcı durumlar, başkalarının düşük beklenti gibi olumsuz varsayımlarda bulunması, çocuklardan kötü yorumlar almak, koltukların dar olması gibi fiziksel engellerle karşılaşmak, aileden olumsuz yorumlar almak ve doktorlardan olumsuz tutumlar görmektir. Obeziteli bireylerin damgalamayla başa çıkmak için en sık kullandıkları yöntemler olumsuz yorumlardan kaçınmak, kendi kendine olumlu konuşma yapmak, dua etmek, fazla yemek yiyerek karşılık vermek ve başkalarından sosyal destek aramaktır. En sık damgalama kaynakları kadınlarda doktorlar iken erkeklerde sınıf arkadaşlarıdır. Diğer yaygın damgalama kaynakları ise aile üyeleri, mağazalardaki satış elemanları, arkadaşlar ve iş arkadaşlarıdır (26). Kilolu veya obez bireyler, çevrelerinden sürekli olarak damgalanma yaşadıklarında, zamanla

bu durumu içselleştirerek 'kendini damgalama' sürecine girebilmektedir. Kendini damgalama, bireyde olumsuz benlik algısının gelişmesine yol açarak “Artık kimse beni sevmiyor” gibi düşüncelere sebep olabilir ve bireyin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilir. Bu bireyler, maruz kaldıkları damgalamayı içselleştirerek kendilerine yönelik olumsuz yorumlar yapmaya devam edebilirler. Bu süreç, zamanla ruhsal sağlık problemlerine yol açabilmektedir. İçselleştirilmiş kilo damgalaması, yalnızca ruh sağlığı üzerinde değil, aynı zamanda bireylerin yeme bozuklukları geliştirmesine de neden olabilir. Bu durum, bireylerde bedenlerinden utanç ve suçluluk duyma gibi olumsuz duyguların ortaya çıkmasına yol açabilir. Sonuç olarak, bu psikolojik etkiler bireylerin sosyal yaşamlarını, öz güvenlerini ve genel yaşam memnuniyetlerini olumsuz yönde etkileyerek daha ciddi sağlık sorunlarına zemin hazırlayabilir (29).

2.3.3. Sağlık Hizmetlerinde Obeziteli Bireylere Yönelik Damgalama

Kilo önyargısı hekimler, tıp ve diş hekimliği öğrencileri, hemşireler, diyetisyenler, fizyoterapistler, sağlık bilimi öğrencileri ve obezite alanında uzmanlaşmış profesyoneller dahil olmak üzere çeşitli sağlık disiplinlerindeki personellerde ve öğrenci adaylarında gözlemlenmiştir. Fazla kilolu veya obez kadınların %69'u sağlık hizmeti sağlayıcılarından önyargı gördüklerini bildirmiştir. Sağlık hizmeti sağlayıcıları, obezitesi olan bireyler hakkında açık veya örtük olumsuz tutumlara sahip olabilirler. Açık tutumlar bilinçlidir ve bir kişinin bir grup hakkındaki görüşlerini veya inançlarını yansıtır. Örneğin bir hekimin muayene sırasında veya sonrasında hastanın kilosu hakkında aşağılayıcı yorumlar yapması, uygunsuz şakalar yapması, şişman gibi damgalayıcı terimler kullanması, öz kontrol eksikliği olan bireyler olduklarını düşünmesi, yaşam tarzı önerilerine daha az uyum sağladıklarını ifade etmesi ve obeziteye neden olmaktan kişisel olarak sorumlu olduklarını düşünmesi açık tutumunu ve açık ön yargısını gösterir. Kendi bildirdikleri açık tutumların aksine insanlar ayrıca bilinçsiz değerler ve inançlardan farklı olan hafızada var olan örtük veya bilinçsiz inançlar veya önyargılara sahiptirler. Obeziteli bireyleri şişman, tembel, obur, aptal, disiplinsiz ve değersiz gibi olumsuz kelimelerle bilinçsizce ilişkilendirmek, kas ve eklem ağrıları gibi şikayetlerini direkt obeziteye bağlamak, kilo veremediği için diğer hastalıklar için olan tedavilerine de uyumun az olacağını düşünmek örtük ön yargılara örnek olarak verilebilir. Geniş bir temsil örneğinden elde edilen bir çalışma, hem

doktorların hem de genel halkın güçlü açık ve örtük kilo ön yargılarına sahip olduğunu göstermiştir (30,31).

Sağlık hizmetlerinde çalışan personellerin küçümseyici ve üstten bakan saygısız tutumları, yetersiz eğitimleri, hastaların kilosu ve sağlık durumlarıyla ilgili varsayımları ve ön yargıları artan obezite pandemisine doğrudan katkıda bulunabilmektedir. Bu ön yargı fazla kilolu ve obez bireylerde daha kötü ruh sağlığı sonuçları, uzun vadede kardiyovasküler risk artışı ve erken ölüm oranları ile ilişkilendirilmektedir (4,32). Kilo ön yargısı ve damgalama obezite tedavi çabalarına zarar vermektedir. Obeziteli bireyleri utandırmak onları kilo vermeye motive etmek için etkili olmamakla birlikte tam aksine kilo damgalamasını içselleştiren bireylerde daha fazla tıkanırcasına yeme vakaları görülmekte ve diyet yapma olasılıkları azalmaktadır (2). Obeziteli hastalar için uygun tartı, tansiyon aleti manşonu ve jinelojik muayene ekipmanlarının olmaması ya da nadiren kullanıldığını ima eden yerlerde saklanması bireylerin kendilerini farklı ve uyumsuz hissetmelerine neden olabilir. Bu tür deneyimler kasıtlı olarak ve kötü niyetle yapılmamış olsa bile utanç verici ve aşağılayıcı olabilir (33).

Hekimlerdeki kilo ön yargısı hasta-hekim ilişkisini ve sunulan bakım kalitesini olumsuz etkileyerek, kilo problemi yaşayan bireylerin sağlık hizmetlerine katılımını azaltmaktadır (4). Hastalar farklı muamele görecekları beklentisi, düşük güven ve zayıf iletişim gibi sebeplerle sağlık hizmeti başvurularını geciktirmekte, sağlık hizmetlerinden kaçınmakta veya farklı doktorlar arama eğilimi göstermektedir (32). Bir literatür taramasında obeziteli kadınların rahim ağzı kanseri ve meme kanseri tarama oranları daha düşük bulunmuştur (34).

Kendisine kayıtlı tüm nüfusuna sürekli bakım sağlamaya çalışan ve tüm hastalarının savunuculuğunu yapan aile hekimlerinin hastalarına karşı açıkça ve kasıtlı olarak ayrımcılık yapması pek olası değildir. Tüm toplum gibi aile hekimlerinin de obezite ile ilgili tutumları, istemeden de olsa obezitesi olan hastaların kendilerini saygısızlık yapılmış, yetersiz ve istenmeyen hasta hissetmelerine neden olabilecektir. Aile Hekiminin uyguladığı damgalama kişi merkezli bakımın niteliğini ve hatta niceliğini azaltabilir, hastaya damgalanmış kimliğine göre algılandığını hissettirebilir ve bu da hastanın Aile Hekimine olan algısını ve Aile Hekiminin önerilerine uyumunu etkileyebilir. Damgalanmış bireyler klinik görüşmelerde tam katılım göstermeyebilirler.

Bu durum verilen tavsiye ve talimatların hatırlanmamasına, reçete edilen tedavilere uyumun azalmasına ve genel taramalarını yaptırmamalarına yol açabilir. Aile hekimi tarafından yargılandığını hissedenden hastalar kilo vermek için yardım arama ya da başarılı kilo verme olasılıklarını düşürebilirler. Kilo vermeye çalışıp başarısız olan hastalar başarısızlık duygusu ve utanç yaşayarak özsaygılarını korumak için kilo verme çabalarından vazgeçebilirler. Ayrıca daha fazla obezite damgalamasına maruz kalan bireyler sağlıklarını daha az değerli görerek sağlık hizmetlerinden daha az faydalanmak isteyebilirler (33). Aile Hekimlerinin kiloları nedeniyle kendilerini yargıladığını düşünen hastaların aile hekimlerine olan güvenlerinin önemli ölçüde düşük olduğu bulunmuştur (35).

Aile Hekimlerinde yapılan bir çalışmada hekimlerin %66'sı kilo verme tedavileriyle uğraşmayı sinir bozucu olarak bulmakta, %51'i obezite tedavisinin genellikle etkisiz olduğunu, %78'i hastaların kilo vermek için gerekli disiplinden yoksun olduğunu, %71'i hastaların kolay çıkış yolu aradıklarını, %52'si hastaların kilo verme motivasyonlarının olmadığını, %57'si ise obeziteli hastaların psikolojik problemlerinin olduğunu düşünmektedir. Aynı çalışmada hekimlerin çoğu obeziteli hastaların batin, meme ve jinekolojik muayenelerinde zorluk yaşadıklarını ifade etmişler ve obeziteli hastalar için muayene masası, jinekolojik masa, tartı, önlük ve tansiyon manşonu gibi malzeme eksikliği durumlarıyla karşılaştıklarını belirtmişlerdir (36). Başka bir çalışmada ise Aile Hekimlerinin muayene yaparken kilolu hastalarla daha az süre geçirdikleri ve onlardan daha fazla tetkik istedikleri bulunmuştur (37).

Sağlık hizmetlerinde obezite damgalamasını azaltmak için sağlık personellerinin obezitenin çok fazla yemek yemek ve çok az egzersiz yapmaktan kaynaklandığına dair basit yargılardan uzaklaşması, obeziteli bireylerin karşılaştığı durumlara karşı duyarlı olmaları, hastaların kendini rahat hissedeceği görüşme ortamları oluşturmaları, yalnızca kilo vermeye odaklanmak yerine hastaları sağlıklı yaşam alışkanlıklarına teşvik etmeli, fiziksel aktivite ve sağlıklı beslenme gibi davranış değişikliklerinin genel sağlık üzerindeki faydalarını ön plana çıkarmalı, hastayla güven oluşturan motivasyonel görüşme teknikleri uygulamalı, obeziteli hastalara uygun ekipmanları sağlamalı ve gerektiğinde obezite yönetiminde uzmanlaşmış merkezlere yönlendirme yapmalıdır (3,26,33).

2.4. İletişim

2.4.1. İletişimin Tanımı

İletişimle ilgili literatürde yüzlerce farklı tanım bulunmaktadır. Bu durum iletişim kavramının çok disiplinli bir inceleme alanı olduğunu açıkça göstermektedir. Bir kavramın farklı disiplinler tarafından ele alınması onun çok boyutlu ve kapsamlı bir yapıya sahip olduğunu ortaya koyar. İletişim olgusunun bu denli geniş bir tanımsal çerçeveye sahip olmasının temel nedeni insan yaşamının her alanında etkili bir rol oynamasıdır. Dilbilim, psikoloji, sosyoloji, felsefe, sağlık, işletme ve yönetim bilimleri gibi çeşitli disiplinlerden araştırmacılar iletişim konusuna kendi uzmanlık alanlarının perspektifiyle yaklaşmaktadır (38).

İletişim kökeni Latince “communis” ve “communicatio” kelimesinden türeyen Fransızca ve İngilizce’de yazılışı aynı okunuşu farklı olan “communication” kelimesine dayanan bir terimdir. Kavramsal olarak iletişim bireylerin çevrelerindeki nesneler, olaylar ve olgular hakkında bilgi paylaşımında bulunarak, bu unsurlardaki değişimleri birbirlerine aktardıkları bir süreçtir. Aynı zamanda benzer deneyimlerden kaynaklanan ortak duygular taşıyan ve bu duyguları karşılıklı olarak ifade eden bireylerin, toplumsal yaşam içerisinde gerçekleştirdikleri düşünce, tutum ve yargı alışverişlerini de kapsar (39,40). Türk Dil Kurumu sözlüğünde iletişim “duygu, düşünce veya bilgilerin akla gelebilecek her türlü yolla başkalarına aktarılması; bildirişim, komünikasyon, haberleşme” olarak tanımlanmaktadır (20). İletişim temel düzeyde bilgi, duygu ve düşüncelerin paylaşılmasını ifade ederken, aynı zamanda bireylerin veya grupların davranış ve tutumlarını etkilemeyi amaçlayan bir eylem olarak da tanımlanabilir. Diğer bir ifadeyle iletişim, bireyler arasında bilgi alışverişi sağlamak amacıyla oluşturulan bir ilişkiler sistemi olarak açıklanabilir (21). Başka bir tanımda ise iletişim iki veya daha fazla bireyin, topluluğun ya da örgütün herhangi bir konuya ilişkin olarak birbirlerine bilgi veya mesaj aktarımı gerçekleştirmesi şeklinde tanımlanmaktadır (41).

2.4.2. İletişimin Süreci ve Öğeleri

2.4.2.1. Kaynak

İletişim süreci kaynağın varlığıyla başlar. Kaynak mesajını iletme isteyen ve bu süreci başlatan kişi ya da kişilerdir. Bu kişiler duygularını, düşüncelerini, fikirlerini

veya başka bir mesajı başkalarına aktarmayı amaçlar. İletişimi ilk başlatan kaynağın güvenilirliği, iletişim becerisi, saygınlığı, insanlar tarafından sevilmesi, fiziksel görünümü, tutumu, empati yeteneği, eğitim düzeyi, çevresi ve kültürel değerleri gibi sahip olduğu özellikler çok büyük önem taşımaktadır. Bazen iletişimi başlatan kaynak birey yerine medya araçları olabilir. Örneğin radyo, televizyon, gazete, dergi ve sosyal medya gibi kitle iletişim araçları, mesajları hazırlayan ve göndermeye başlayan kaynaklar olabilir (21,39).

2.4.2.2. Mesaj

Kaynak duygu ve düşüncelerini karşı tarafa iletirken çeşitli iletişim becerilerini kullanır. Bu beceriler duygu ve düşüncelerin yazılı ifadelerle, sözlü iletişimle ya da jest ve mimiklerle aktarılmasını kapsar. Kaynağın bir mesaj iletmek amacıyla oluşturduğu sözel, görsel veya işitsel somut ürün, iletişim literatüründe mesaj yada ileti olarak adlandırılmaktadır. Mesajın etkili olabilmesi için anlamlılık, doğruluk, gerçekçilik, anlaşılabilirlik ve zamanında iletilmiş olması gibi taşınması gereken birtakım nitelikler vardır (21,38).

İletişim yalnızca sözlü ya da açık ifadelerle gerçekleşmez. Anlam alışverişinin olduğu her durumda iletişimin var olduğu kabul edilmektedir. Örneğin deniz kıyısında bir tatil köyünde güneşin doğuşunu izlemek üzere yapılan bir sabah yürüyüşünü düşünelim. Sahilde yürüyüş yapan bireylerden biri kendisine doğru yaklaşmakta olan başka birini fark eder. Kişi yaklaştıkça bu bireyin tanımadığı ve karşı cinsten biri olduğu anlaşılır. Birey yetiştiği kültürel çevrenin şartları gereği bu kişiye herhangi bir şey söylemekten veya göz teması kurmaktan kaçınır. Benzer şekilde karşıdan gelen kişi de herhangi bir iletişim girişiminde bulunmadan yürüyüşüne devam eder. Bu senaryoda iki birey arasında iletişim olup olmadığı sorusu gündeme gelmektedir. İlk bakışta iletişimin yalnızca sözel ifadelerle gerçekleştiği düşüncesine dayanan yaygın anlayışa göre bu iki kişi arasında bir iletişim olmadığı ileri sürülebilir. Ancak iletişim yalnızca sözel bir süreç değildir. Bir anlam taşıyan her türlü davranış, iletişim olarak değerlendirilmelidir. Bu bağlamda, iletişim “anlam alışverişi” olarak tanımlandığında, sahilde karşılaşılan bu iki kişi arasında iletişimin var olduğu söylenebilir. İki bireyin birbirini fark ettiği andan itibaren iletişim başlar. Söylenen ya da söylenmeyen sözler, yapılan veya yapılmayan hareketler, yüz ifadeleri, beden dili ve sessizlik, anlam taşıyan

unsurlar olarak birer mesaj niteliğindedir. Sahilde karşılaşan bireylerin herhangi bir sözel ya da fiziksel temasta bulunmamasına rağmen birbirlerine “sen benim için selam verilecek biri değilsin”, “yabancılarla iletişim kurmayı tercih etmiyorum”, “güneşin doğuşunu izlemek için çıkmışsın, huzurunu bozmak istemediğim için selam vermiyorum” veya “konuşmayı çok istiyorum ama birileri görür de yanlış anlar diye gözgöze gelmeye cesaret edemiyorum” gibi mesajlardan birini iletmiş olabilirler (42).

2.4.2.3. Kanal

İletişim sürecinde kaynaktan alıcıya ya da alıcıdan kaynağa mesaj akışının gerçekleştiği yer, araç, yol, veya ortam kanal olarak adlandırılır. Kanal, mesajın iletilmesi ve doğru bir şekilde anlaşılmasında kritik bir rol oynar. Her iletişim süreci iletilerin taşınması ve alıcı tarafından algılanmasını sağlayan araçlara ve kanallara ihtiyaç duyar. Etkili bir mesaj oluşturulması ve bu mesajın hedef kitleye ulaştırılmasında hangi kanalın kullanılacağı zaman, mekan ve kişilerin psikolojik durumları gibi çeşitli faktörlere bağlıdır. Kanalin doğru seçilmesi, mesajın amacına uygun şekilde iletilmesini ve etkili bir iletişim sürecinin gerçekleşmesini sağlar (43).

2.4.2.4. Alıcı

İletişim sürecinde alıcı, kaynak tarafından gönderilen mesajların hedefidir. Alıcı, kaynak tarafından kodlanmış bir şekilde gönderilen mesajları, kendi duygu, düşünce, anlayış, algılama ve tecrübe gibi kişisel özelliklerine bağlı olarak çözümlemektedir. Mesajın alıcıya ulaşmasının ardından, alıcının bu mesajları kendi algılama ve anlamlandırma çerçevesinde değerlendirerek olumlu ya da olumsuz bir tepkide bulunur (21).

2.4.2.5. Geri Bildirim

İletişim sürecinin en önemli unsurlarından biri geri bildirimdir. Geri bildirim, iletişimi tek yönlü bir aktarım sürecinden çıkararak çift yönlü bir etkileşim haline dönüştürdüğü için büyük bir öneme sahiptir. Etkin bir iletişim sürecinin vazgeçilmez koşulu olan geri bildirim olmadan iletişimin tam anlamıyla gerçekleşmesi mümkün değildir.

Geri bildirim pozitif ve negatif olmak üzere iki farklı şekilde ortaya çıkabilir. Burada dikkat edilmesi gereken nokta, pozitif geri bildirimin, karşı tarafa mesajını yeniden yapılandırma ve etkili bir şekilde aktarma fırsatı tanınmasıdır. Bu hem mesajın doğru bir şekilde iletilmesine hem de iletişim sürecinin daha işlevsel hale gelmesine katkıda bulunur. Geri bildirim, konuşmacıya mesajını, hedef kitlenin tepkilerine göre ayarlama fırsatı sunar. Böylelikle konuşmayı monoton ve sıkıcı olmaktan çıkararak daha dinamik ve ilgi çekici bir hale getirir. İletişim, bir ortaklık kurma süreci olduğundan, geri bildirim iki taraf arasındaki ortaklığı engelleyen durumları ortadan kaldırır. Geri bildirim hedef kitlenin iletişime dahil olduğu duygusunu hissetmesini sağlar. Bu durum bireylerin duygu ve düşüncelerinin dikkate alındığını fark etmelerine olanak tanır. Sonuç olarak hedef kitle, kaynağın mesajlarına olumsuz tepki verme olasılığını azaltır ve iletişim daha sağlıklı bir şekilde sürdürülebilir (44).

2.4.3. İletişim Çeşitleri

2.4.3.1. Sözlü İletişim

Sözlü iletişim yazılı sembollerin ya da sözün ifade edilmesiyle kurulan ilişkilerin varoluşsal bir zorunluluğudur. Kişiler arası ilişkilerde sözlü iletişim temel olarak ses ve işitmeye dayalı bir etkileşim biçimidir. Sesin oluşabilmesi için ses dalgalarının iletebileceği hava gibi bir ortamın yanı sıra akciğerler, ses telleri, ağız ve dil gibi ses üretebilecek ve bu sesi algılayabilecek kulak sistemi ve sinir ağları gibi biyolojik yapıların bulunması gereklidir. Söz, ilişkilerin kurulması ve sürdürülebilmesi için vazgeçilmez bir araçtır. Emir verme, istekte bulunma, rica etme, sert ya da yumuşak bir şekilde ifade etme veya bağırma gibi çeşitli yollarla gerçekleştirilen sözlü iletişim, ilişkilerde gerekli bildirimlerin iletilmesini sağlar. Bu nedenle söz sadece kelimelerden oluşan bir araç olmaktan öte iletişim sürecinin ayrılmaz bir parçasıdır (45).

Sözlü iletişim en yoğun şekilde aynı zaman ve mekanda gerçekleşen, teknolojik bir aracının devreye girmediği yüz yüze iletişim biçimiyle ortaya çıkar. Bu tür iletişimde kişiler arasındaki fiziksel mesafe duyulabilirlik sınırına kadar sınırlıdır. Ancak teknolojik araçların gelişimi sözlü iletişimin zaman ve mekân boyutlarında farklılaşmasını sağlamıştır. Örneğin cep telefonları aynı zaman diliminde fakat farklı mekânlarda iletişim kurma olanağı sunan en yaygın sözlü iletişim araçlarından biridir. Teknoloji aracılığıyla iletişimde ortaya çıkan bu dönüşüm, telefonla mesaj bırakma veya

gecikmiş cevapların iletilmesi gibi yenilikleri de beraberinde getirmiştir. Görüntülü iletişim teknolojilerinin gelişmesiyle yüz yüze iletişim fiziksel olarak aynı mekanda bulunma zorunluluğundan kurtulmuştur. Cep telefonlarının taşınabilir olması sabit telefonların mekana bağımlılığını ortadan kaldırmış, bireylere hareket özgürlüğü sağlarken aynı zamanda bir tür sürekli ulaşılabilirlik durumuna neden olmuştur (45).

2.4.3.2. Yazılı İletişim

Yazılı iletişim insanın zaman ve mekan sınırlılıklarını aşmasına olanak sağlayarak, uzaktan haberleşme ve bilgi birikimi açısından sözlü iletişime kıyasla daha güvenilir bir yöntem olmuştur. Yazılı iletişimin kökeni tarih öncesi dönemdeki mağara resimlerine kadar uzanmaktadır. İlk olarak figüratif mağara resimleriyle başlayan bu süreç, zamanla stilize çizimlere, bir tümceyi ifade eden birleşimli yazıya, kavramları temsil eden ideografik yazıya ve nihayetinde sesleri karşılayan simgelerden oluşan alfabetik yazıya evrilmiştir. Bu aşamalar yazı tarihinin temel aşamalarını oluşturmaktadır. Başlangıçta ekonomik ihtiyaçlar doğrultusunda ortaya çıkan yazı, zamanla toplumsal ve kültürel ilişkiler ile kurumlar üzerinde etkili olmuştur. Özellikle Avrupa'da 15. yüzyılda matbaanın icadı ve yaygın kullanımı yazılı iletişimin hızla çoğalmasını sağlamış, bilgi ve düşüncelerin geniş kitlelere ulaşmasına neden olmuştur (40).

2.4.3.3. Sözsüz İletişim

Sözsüz iletişim, sözcükler yerine hareket ve davranışlarla gerçekleşen, duyguların ifade edilmesini sağlayan bir iletişim türüdür. Bu iletişim biçimi, genellikle sözlü iletişimi desteklemek ve pekiştirmek amacıyla kullanılmaktadır. Charlie Chaplin gibi sessiz sinema aktörleri eski filmlerde ses teknolojisi olmadığı için sözsüz iletişimin diğer adıyla beden dilinin öncüsü olmuşlardır. Sözsüz iletişim, mesajların iletilmesi ve alınması sürecinde iletişimi kolaylaştırıcı bir rol oynar. Kişinin duygu durumunu en iyi şekilde ifade etmesine imkan tanıyan bu iletişim biçimi, iletişim sürecinin açık, anlaşılır ve görünür bir şekilde gerçekleşmesine katkıda bulunmaktadır. İnsanlar dış görünüşü, el ve kol hareketleri, yüz ifadeleri, bedensel duruşları ve fiziksel mesafeleriyle iletişimlerinde akıcılığı yakalamaya çalışırlar. Sözlü iletişim düşünceleri en iyi şekilde aktarırken, duyguların ifade edilmesinde sözsüz iletişim daha etkili bir araç olarak öne çıkmaktadır. 1950'li yılların önde gelen beden dili araştırmacılarından Albert

Mehrabian, bir mesajın toplam etkisinin %55 gibi büyük bir oranda sözsüz iletişime dayandığını ortaya koymuştur (46,47).

2.4.4. İletişim Becerileri

İletişim becerileri, bireylerin sabit bir fikir ya da ön yargıyla değil farklı duygu, düşünce ve bakış açılarına açık bir şekilde iletişim kurmalarını ifade eder. Bu beceri, iletişim sürecinde alınan mesajların araştırılmasını, değerlendirilmesini ve bütünleştirilmesini sağlayan bir yetkinlik olarak tanımlanabilir. İletişim becerilerine sahip bireyler kendilerine iletilen mesajları tek boyutlu bir bakış açısıyla yorumlamak yerine çok yönlü bir düşünce yaklaşımı benimserler ve anlamlandırma kapasitelerini sürekli geliştirmeye çalışırlar. İletişim becerileri, bireyin bakış açısını genişletebilme ve esneklik gösterebilme yeteneğiyle doğrudan ilişkilidir (48).

Sosyal yaşamın bir parçası olan bireyler iletişim kurma becerileri açısından farklılık gösterir. Bu farklılıkların, bireylerin sosyal, psikolojik ve fizyolojik özelliklerinden kaynaklandığı görülmektedir. Kimileri çevresiyle rahat bir şekilde iletişim kurabilirken, bazı bireyler bu konuda ciddi zorluklarla karşılaşmaktadır (49).

Sağlıklı iletişim becerileri gelişmiş bireyler toplumsal yaşamda genellikle bir adım öne çıkar. Bu bireyler eğitim, iş ve sosyal yaşamda kendilerini kolaylıkla ifade edebilme becerisi sayesinde dikkat çeker ve başarılı bir şekilde ilerlerler. Etkili iletişim, paylaşım ve ortaklık kurmayı mümkün kıldığı için, bu kişiler bilgi, duygu ve düşüncelerini çevrelerindeki bireylerle paylaşarak yeni arkadaşlıklar edinir ve sağlam dostluklar kurar. Sevinçlerin paylaşarak artması, acıların ise paylaşarak azalması gerçeği, bu bireylerin çevrelerinde daha çok sevilip sayılmasına olanak tanır. Bunun aksine, iletişim becerileri gelişmemiş bireyler genellikle sosyal yaşamdan uzaklaşmayı tercih eder. Bu bireyler çevresinden gelecek adımları bekleyen pasif bir tavır sergileyerek özgüven eksikliği yaşama eğilimindedir. Özgüven eksikliği, bireyin çevresine şüpheyle yaklaşmasına yol açar ve bu durum ruhsal problemlerden kişilik bozukluklarına kadar uzanan ciddi sonuçlara neden olabilir. Sağlıklı iletişim kurma becerisi olmayan bireyler başkalarının sevinç ve üzüntülerine ortak olamadıkları için sosyal hayatta zorluklar yaşar. Duygu ve düşüncelerini uygun bir zaman ve şekilde ifade edemeyen bu bireyler kalıcı ve güçlü dostluklar kurmakta zorlanırlar. Benzer şekilde kendini ifade etme yetisi gelişmemiş bireyler iş yaşamında meslektaşları ve

yöneticileriyle sorunlar yaşayabilir, bu durumda kariyerlerinde ilerlemelerini olumsuz etkiler (49).

Toplumsal açıdan değerlendirildiğinde iletişim becerilerinin eksikliği önemli sonuçlar doğurabilir. İletişim paylaşım ve ortaklık kurma anlamına geldiğinden sağlıklı iletişim kurulabilen toplumlarda sorunların konuşarak çözülmesi mümkündür. Farklı görüşlerin özgürce ifade edildiği bir platform toplumun tartışarak ve uzlaşarak en iyi çözüme ulaşmasını sağlar. Bu durum toplumsal kalkınma ve ilerleme açısından kritik bir öneme sahiptir. Öte yandan iletişim becerileri zayıf bireylerden oluşan toplumlarda bireyler arasındaki ilişkiler zayıf olur ve sorunlar genellikle çözülmeden büyür. İletişim kuramayan toplumlarda, bireyler zamanla birbirlerine karşı tahammülsüz hale gelir. Bu durum sorunların konuşularak çözülememesi nedeniyle fiziksel çatışmaların ortaya çıkmasına neden olabilir. Kaos ve karmaşa ortamı, toplumsal barışın bozulmasına yol açarak ülkenin sosyal ve ekonomik açıdan zayıflamasına sebep olur (49).

İletişim becerisi hem bireysel hem de toplumsal yaşamın sağlıklı bir şekilde devam etmesi için hayati bir öneme sahiptir. Bu becerilerin geliştirilmesi bireylerin kendilerini ifade etme kapasitelerini artırarak hem kişisel başarılarını hem de toplumsal barış ve kalkınmayı olumlu yönde etkileyecektir (49).

İletişim becerileri araştırmacılar tarafından farklı açılardan ele alınmıştır. Bazı yaklaşımlar bu becerileri sözel ve sözel olmayan mesajlara duyarlılık, etkili dinleme ve etkili tepki verme yeteneği çerçevesinde değerlendirmektedir. Alternatif bir yaklaşımda ise iletişim becerileri; sözel, sese dayalı, bedensel, dokunsal ve hareket içeren mesajlar ile bu mesajların farklı karışımlarını içermektedir (50).

Bununla birlikte başka bir görüş iletişim becerilerini etkili dinleme ve etkili tepki verme olarak temelde iki ana başlık altında incelemektedir. Dinleme becerileri, fiziksel ve psikolojik olmak üzere iki farklı boyutta değerlendirilmektedir. Fiziksel dinleme konuşmacıya doğrudan bakma, bedenle ona yönelme ve göz teması kurma gibi unsurları içerirken psikolojik dinleme sadece söylenenleri duymayı değil, aynı zamanda bu ifadelerin altında yatan duyguları anlamaya çalışmayı gerektirir. Etkili tepki verme becerileri ise konuşmayı teşvik edici ifadeler kullanma, anlamayı derinleştiren sorular sorma, duygulara kişileştirilmiş tepkiler verme, dinlenen bilgileri özetleme, beden dilini

doğru kullanma, yapıcı geri bildirim sağlama gibi çeşitli ve kapsamlı alt becerileri bünyesinde barındırır (50).

2.4.5. Hekim ve Hasta İletişimi

Hekimlik, insan odaklı bir meslek olduğu için hekimlerin sürekli olarak çok çeşitli bireylerle etkileşim içinde olmasını gerektirir. Hekimler hasta ve hasta yakınları, meslektaşları, sağlık çalışanları, temizlik personeli, sekreterler ve idari görevliler gibi birçok kişiyle düzenli ilişki içerisinde. Bu ilişkilerin doğru bir şekilde kurgulanmasında, profesyonel bir taraf olarak hekime daha fazla sorumluluk yüklenmektedir. Etkili iletişim becerilerine sahip olan bir hekim bireylerle yapıcı ilişkiler kurarak karşılaştığı problemlere daha sağlıklı ve etkin çözümler üretebilmektedir. Bu nedenle hekimin mesleki pratiğini sürdürürken yalnızca mesleki bilgi ve beceriye değil aynı zamanda iletişim konusunda da yeterli bilgi ve beceriye sahip olması ve doğru bir tutum geliştirmesi gerekmektedir (51).

Hasta-hekim ilişkisi kültürel, toplumsal, ekonomik ve psikolojik birçok faktörün etkisiyle şekillenmekte olup, bu ilişki içerisinde hastanın hekimine güven duyması tanı ve tedavi sürecinin etkinliği açısından temel bir koşuldur. Hekimlerin yalnızca mesleki yeterliklerine ve kendilerine güven duyması değil aynı zamanda hastalarıyla yakınlık kurabilmeleri de büyük önem taşımaktadır. Başarılı hekimlerin ortak özelliği hastalarıyla etkili iletişim kurabilme becerileridir. Etkili bir iletişim hasta memnuniyetinin ve tıbbi başarının temel anahtarı olarak kabul edilmektedir (52).

Hekim-hasta görüşmeleri sırasında hastalığa bağlı olarak hastada oluşan kaygıların hekim tarafından yeterince anlaşılamadığı ya da problemlerin açık bir şekilde ele alınmadığı durumlarda, hastada anksiyete düzeyi artış göstermektedir. Ancak ciddi bir hastalığın yarattığı psikolojik baskı, hasta ile hekim arasında yeterli iletişim kurulduğunda belirgin şekilde azalabilmektedir. Öte yandan iletişim becerilerinin yetersiz kullanılması ve hastaların tam anlamıyla dinlenmemesi durumunda, hastalar da hekimlerin söylediklerini dikkate almamakta ve bu karşılıklı anlaşmazlık hali, tanı sürecinde daha fazla laboratuvar ve tetkik yapılmasına neden olmaktadır. Bu durum, hem zaman hem de maliyet açısından kayıplar yaratarak bir kısır döngüye yol açmaktadır (52).

Araştırmalar, başarılı bir hekim-hasta iletişiminin teşhis ve tedavi sürecinde iş birliğini artırarak başarıyı yükselttiğini ve hasta memnuniyetini olumlu yönde etkilediğini göstermektedir (53). Ayrıca hastaların aynı sağlık kurumunu ve aynı hekimi tekrar tercih etmelerinde fiziksel koşullar ve tıbbi olanaklardan çok hekimin tutum ve davranışlarının belirleyici olduğu bilinmektedir. Hekim iletişimi ile hastaların hekime bağlılığı arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki olduğu yapılan çalışmalarla ortaya konmuştur (54).

Bireyin temel sağlık bilgilerini ve hizmetlerini edinebilme, bu bilgileri yorumlayabilme ve anlayabilme kapasitesini gösteren sağlık okuryazarlığı seviyesi düşük olan hastalar hekimlere kendilerini ifade etmede zorluklar yaşamakta ve hekimlerin sorularına açık ve net yanıtlar verememektedirler. Bu durumda iletişim sorunlarını derinleştirmektedir (52).

Görüldüğü üzere, hem bireysel düzeyde hem de toplumsal ölçekte zaman ve emek kaybının temelinde iletişim eksikliği yatmaktadır. Dolayısıyla, etkili iletişim becerilerinin önemi, yalnızca hasta memnuniyeti ve tıbbi başarı açısından değil, aynı zamanda sağlık sisteminin verimliliği açısından da kritik bir rol oynamaktadır (52).

2.4.5.1. Hekim-Hasta İletişim Modelleri

Paternalistik (Babacıl) Model

Hekim-hasta iletişimde hekimin baskın, hastanın ise pasif bir taraf olarak konumlandığı bu modelde, iletişim sürecinin kontrolü büyük ölçüde hekimin elindedir. Hasta, edilgen bir konumda olup, hekimin rehberliğine ve uzmanlık bilgisine tam anlamıyla bağımlıdır. Bu yaklaşımda, hekim, yardım arayışında ve güçsüz bir durumda olan hastasına sahip çıkarak ilişkiyi şekillendirir. Mesleki bilgi ve becerisi doğrultusunda, hasta için en doğru olanı belirler ve onu yönlendirme sorumluluğunu üstlenir. Neyin iyi ya da kötü olduğuna karar veren taraf hekimdir (51).

Son yıllarda hekim-hasta ilişkisinde paternalistik yaklaşımdan hasta özerkliğine daha fazla önem verilen bir dönüşüm gerçekleşmiştir. Ancak etkili bir hasta bakımının sağlanabilmesi için paternalizmin belirli unsurlarının yeniden değerlendirilmesi gerekmektedir. Paternalizmin hekimlerin hasta özerkliğini gerekçe göstererek zorlu tıbbi kararları almaktan kaçınmalarını engelleyebileceği düşünülmektedir. Araştırmalar,

paternalizmin iyiliksever bir yaklaşım olarak halen önemli bir destek bulduğunu ortaya koymaktadır. Bununla birlikte, hastaların tedavi kararlarına katılım konusundaki beklenti ve talepleri artış göstermiş olsa da, bazı hastalar hala karar alma sürecini hekimlerine bırakmayı tercih etmektedir (55).

Bilgilendirici Model

Bu iletişim modelinde hasta, haklarının farkında bir birey olarak ön planda yer alırken, hekim ise sorumluluklarının bilincindedir. Karar alma süreci tamamen hastaya bırakılmıştır. Bu yaklaşım, hastanın sabit, iyi tanımlanmış ve net değerlere sahip olduğu varsayımıyla hareket eder. Bu model, hasta özerkliğinin yüksek olduğu ve hekimin kapsamlı bilgi sağladığı bir ilişki dinamiğini temsil eder. Bu bağlamda hasta, karar alma sürecinin tek yetkilisi olarak görülür ve hekim, yalnızca hastanın belirlediği yöntemi uygulamaktan sorumludur. Diğer bir deyişle, bu modelde hasta, tıbbi karar verme sürecinin asıl aktörüdür ve hekim daha çok teknik bir uygulayıcı rolü üstlenir.

Hekim-hasta ilişkisinin dört geleneksel modeli tek bir eksen olarak ele alınırsa, paternalistik model ve bilgilendirici model bu eksenin iki uç noktasıdır ve karar alma yaklaşımları açısından tatmin edici değildir. Bilgilendirici model, hasta özerkliğini yanlış bir şekilde ele alarak hekim yetkinliğini hasta kontrolüne feda eder (51,55).

Açıklayıcı Model

Bilgilendirici modelden farklı olarak, bu modelde hekim hastaya hastalığı ve tedavi seçenekleri hakkında tüm bilgileri sunmaya devam eder ancak hasta karar alma sürecinde yalnız bırakılmaz. Hekim, sahip olduğu mesleki bilgi ve deneyimle sürece aktif olarak katılır ve hastanın karar verme aşamasına yorumlarıyla destek sağlar. Bu modelin temel hedefi, hastanın düşüncelerini, değerlerini ve önceliklerini anlamak ve ona, kendi ihtiyaç ve beklentilerine uygun olan yöntemi seçme konusunda rehberlik etmektir (51).

Paylaşımçı Model

Paylaşımçı model hekim ve hasta arasında açık bir diyalog aracılığıyla sağlıklı ilgili değerlerin tartışılmasına olanak tanır ve paylaşılmış karar alma ile karşılıklı iletişimi teşvik eder. Hekim-hasta ilişkisinde ideal bir yaklaşım olarak önerilen bu model, her iki tarafın da aktif ve önemli katkılarda bulunduğu, açık diyalog ve karşılıklı

anlayışla desteklenen bir etkileşim sunar. Bu model, hekim ve hastanın sorumluluklarının farkında olduğu ve kararların iki tarafın ortak katkılarıyla alındığı bir yapıya sahiptir. Hasta kendi bilgi birikimi ve deneyimleri doğrultusunda iletişimi yönlendirirken, hekim hastanın demografik ve toplumsal özelliklerini göz önünde bulundurarak bu süreci destekler. Bu modelde iş birliği esastır ve güç taraflar arasında eşit bir şekilde dağıtılmıştır. Bu şekilde karşılıklı sorumluluk paylaşımı sağlanır. Hekim ve hasta, sağlık sorununu birlikte çözmeye odaklanır. Hekim yalnızca danışmanlık yapmakla kalmaz aynı zamanda rehberlik eder, yol gösterir, motive eder ve hastayı cesaretlendirir. Hekimin rolü, sadece bilgi aktarmakla sınırlı değildir aynı zamanda hasta için en uygun çözümü tıbbi durum ve bireysel koşulları dikkate alarak hastaya açıklamaktır.

Bu süreçte hekim, hastayı önerilen tedavi yöntemine ikna etmeye çalışırken, hastanın özerkliğine saygı gösterir ve tedavi kararını kabul etmesi için herhangi bir zorlamada bulunmaz (51,55).

2.4.5.2. Hekim-Hasta İletişim Aşamaları

Hekim-hasta görüşmelerinde aşamalı bir sürecin izlenmesi için selamlaşma ve konuşmaya giriş, hastanın şikayetlerinin dinlenmesi, anamnezin bitirilmesi ve fizik muayene, tedavinin planlanması ve görüşmenin sonlandırılması-vedalaşma olmak üzere beş evrenin başarılı bir şekilde gerçekleştirilmesi gerekmektedir (53).

Selamlaşma ve Konuşmaya Giriş

Hekim ve hasta arasındaki ilişkilerde, ilk izlenim büyük önem taşır. Hekimin hastaya olan ilgisi, ilk karşılaşmada belirginleşir. Hekim, hastasını kabul ederken ayağa kalkmalı, göz teması kurarak kendini tanıtmalı ve tokalaşmalıdır. Tokalaşma, hastayla yapılan ilk teması oluşturur ve ihmal edilmemelidir. Bilgisayarın arkasında oturan ya da hastanın adını dosyadan arayan bir hekim, güven duygusunu oluşturmakta zorlanır. Ayrıca, hekim hastasına ismiyle hitap etmeli ve "siz" gibi saygılı hitaplar kullanılmalıdır. "Bey" ya da "hanım" gibi ifadeler nezaket kuralları gereği tercih edilmelidir. "Teyze" ve "amca" gibi hitaplar ise profesyonel mesafeyi zedeleyebilir (53,56).

Hekim hastaya oturması için yer göstermelidir. Araştırmalar, doktor masası karşısına oturan hastaların bir engel hissi duyduğunu göstermektedir. Bu yüzden

hastanın, masanın yan tarafında oturması önerilir. Görüşmenin her iki tarafın da aynı göz seviyesinde olması sağlanmalıdır, böylece üstten bakma hissi oluşturulmaz. Hekim yataktaki bir hasta ile konuşurken bile yanına bir sandalye çekmeli ve oturmalıdır (53,56).

Görüşme ortamı da oldukça önemlidir. Hekim, görüşmenin kesilmemesi için sağlık personelleri ve diğer hastalar gibi dış faktörlerden emin olmalıdır. Ayrıca, muayeneye öğrenci katılacaksa, hastaya durum açıklanmalı ve rahatsız olup olmayacağı sorulmalıdır. Hızlı olabilmek için kapıda sırada bekleyen bir hastanın muayene odasına alınarak bekletilmesi, önceki hastanın mahremiyetine zarar verebilir. Son olarak, yapılan araştırmalar, hekimin normal elbiselerinin üstüne beyaz önlük giymesinin üniforma giyilmesine göre hastalarda güven duygusunu artırdığını ve hastalar tarafından daha çok işin ehli olarak görüldüklerini göstermektedir (53,56).

Hastanın Şikayetlerinin Dinlenmesi

Hastanın ziyaret amacını öğrenmek için açık uçlu sorular sorulmalıdır. Evet ve hayır cevaplı sorulardan kaçınılmalıdır. Açık uçlu sorular, hastanın asıl sorununu belirlemede önemli rol oynar ve iyi bir ilişki kurmayı sağlar. Ayrıca, bu tür sorular duruma dair çok sayıda veri toplamaya da yardımcı olur. Hekim, bu süreçte aktif bir dinleyici olmalı ve sorgulayıcı bir tutumdan kaçınılmalıdır. Kısa ve keskin sorular sorgulayıcı bir izlenim yaratabileceği için bu sorular daha geniş ve yumuşak bir şekilde hastaya yönlendirilmelidir (51).

Hekim, vücut diline dikkat etmeli ve hastanın konuşması sırasında sözünü kesmeyerek iyi bir dinleyici olmalıdır. Doğru bir etkileşim kurabilmek için gerekli iletişim becerilerinden belki de en önemlisi iyi bir dinleme yeteneğine sahip olabilmektir. Hekim-hasta görüşmelerinde hastadan çok hekimlerin konuşmasına rağmen hekimler bunun tam tersi olduğunu düşünmektedirler. Yapılan bir çalışmada hastaların şikayetlerini ifade ederken sözlerinin kesilmesinden önce ortalama sadece on sekiz saniye konuşabildikleri saptanmıştır. Hekim hastaya empati gösterdiğini hissettirmeli ve vücut diliyle de bunu desteklemelidir. Hastanın söylediklerinin yanı sıra, beden diliyle verdikleri mesajlar da göz önünde bulundurulmalıdır. Görüşmenin sonunda hekim hastanın söylediklerini özetlemeli ve konuşulanları netleştirmelidir (51,56).

Anamnezin Tamamlanması ve Fizik Muayene

Hastanın tüm anlatacaklarını tamamladığından emin olduktan sonra hekimin problemi tam anlamıyla kavrayabilmesi için ek sorular yöneltmesi gerekir. Örneğin ağrı şikayeti olan bir hastaya ağrının vasfı, tetikleyici faktörler, geçmiş hastalıklar, kullanılan ilaçlar ve sosyal durum gibi detaylar sorulmalıdır. Anamnez sırasında hiçbir ayrıntının atlanmaması önemlidir çünkü eksik alınan bilgiler hastanın hayatını riske atabilir. Bu nedenle bekleyen hasta sayısı ne kadar fazla olursa olsun hekim önceliğini o an muayene ettiği hastaya vermeli ve gerekli özeni göstermelidir (53).

Fizik muayene sırasında da dikkatli olunmalı ve emredici üsluptan kaçınılmalıdır. “Şuraya yat”, “başını kaldır”, “üstünü çıkar” veya “bana bak” gibi ifadeler nezaketsiz bir izlenim yaratır ve hastada stres oluşturabilir. Bunun yerine, nazik ve yönlendirici ifadeler kullanılmalıdır. Fizik muayene hastanın hekime güven duygusunu geliştirmesi için bir fırsattır ve bu güven tedavi sürecini olumlu yönde etkiler (53).

Tedavinin Planlanması

Bu aşamada hekimin hasta ile kapsamlı bir şekilde iletişim kurarak detaylı bilgi aktarması büyük önem taşımaktadır. Hasta ile yapılan bilgilendirme sürecinde kişinin aklında herhangi bir belirsizlik veya soru işareti kalmadığından emin olunmalıdır. Hastaların yaşları ya da sosyal statüleri fark etmeksizin hastalık durumlarında genellikle endişeli, kaygılı ve stresli bir ruh hali içinde olabilecekleri unutulmamalıdır. Bu yüzden sözlü talimatların hatırlanmasının güçleşebileceği göz önünde bulundurularak kritik önem taşıyan talimatların yazılı olarak hastaya verilmesi önerilmektedir. Ayrıca görüşmenin sonunda tehditkar olmayan dostane bir üslupla hastanın aktarılan bilgileri anlayıp anlamadığı da kontrol edilmelidir (51).

Görüşmenin Sonlandırılması ve Vedalaşma

Görüşme tamamlanmadan önce hekimin hastasına başka bir sorusu, anlamadığı bir nokta ya da kendisi için yapılabilecek başka bir şey olup olmadığını sorması önemlidir. Tedavi sürecinin nasıl sürdürüleceği konusunda alınan ortak karar görüşme sonunda özetlenmeli ve gerekirse bir sonraki randevu için ortaklaşa bir tarih belirlenmelidir. Görüşmenin vedalaşma aşamasında da tıpkı hastanın karşılanması sırasında olduğu gibi hekim ayağa kalkarak hastasıyla tokalaşmalıdır. Tedavi sürecinin

sürekliliği açısından, hekim-hasta iletişiminin kesintisiz bir biçimde devam etmesi hayati öneme sahiptir. Hekim hastasını uğurlarken tedavi sürecindeki iş birliğinin devam edeceğinden emin olmalı ve bunun sağlanması için gerekli özeni göstermelidir. Görüşme atmosferinin olumsuz etkilenmemesi adına elde edilen verilerin kayıt altına alınması işlemi görüşmenin sonuna bırakılmalıdır. Ancak verilerin kayıt altına alınmasının ihmal edilmemesi gereken bir sorumluluk olduğu unutulmamalıdır (53).

2.5. Aile Hekimliği ve Bütüncül Yaklaşım

Aile Hekimleri, Aile Hekimliği disiplininin temel ilkeleri doğrultusunda eğitim alarak uzman olmuş her yaştan, cinsiyetten ve hastalıktan bireyin tıbbi bakımını üstlenen, hastalarına sürekli ve kapsamlı bakım sağlamaktan sorumlu kişisel hekimlerdir. Bireyleri ailelerinin, topluluklarının, kültürlerinin ve gezegenin bütüncül sağlığı bağlamında değerlendirir ve her zaman hastalarının özerkliğine saygı göstermeyi esas alır. Aile Hekimleri sağlığın teşviki, hastalıkların önlenmesi, tedavi, bakım ve palyatif destek sağlama görevlerini üstlenirken, hastaların bireysel sağlığını iyileştirmekle birlikte gezegenin sağlığını da gözetten bir anlayışla hareket ederler (57).

Tüm uzman Aile Hekimlerinin ustalaşması gereken yetenekleri kapsayan altı çekirdek yeterlilik WONCA (Dünya Aile Hekimleri Birliği) tarafından yayınlanmış olan Aile Hekimliği ağacı'nın dallarında gösterilmiştir. Bu çekirdek yeterlilikler birinci basamak yönetimi, kişi merkezli bakım, özgün problem çözme becerileri, kapsamlı yaklaşım, toplum yönelimli olma ve holistik (bütüncül) yaklaşımdır.

Aile Hekimliğinin altı çekirdek yeterliliğinden biri olan bütüncül yaklaşım Aile Hekimliği disiplini açısından çok önemli bir yeterliliktir (58).

Engel 1977 yılında geleneksel biyomedikal modelin hastalıkların anlaşılması ve tedavisinde yetersiz kaldığına dikkat çekmiştir. Engel'e göre biyomedikal model laboratuvar bulgularına aşırı odaklanarak davranışsal ve psikososyal verileri ihmal etmekte, yaşam koşullarının hastalık üzerindeki etkisini göz ardı etmekte ve bireyin hasta olduğunu algılama sürecini veya çevresindekiler tarafından hasta olarak kabul edilmesini belirleyen psikososyal etkenleri dikkate almamaktadır. Ayrıca laboratuvar bulgularının iyileşme göstermesine rağmen hastaların her zaman tam bir iyileşme göstermemesi ve hasta-hekim iletişiminin tedavi sonuçları üzerindeki etkisinden hiç

bahsetmemesi, biyomedikal modeli sınırlamaktadır. Engel, bu nedenlerle biyomedikal modeli yetersiz bulmuş ve biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörleri bütüncül bir şekilde ele alacak yeni bir modelin geliştirilmesi gerektiğini savunmuştur (59).

Hekimler bir organ ya da tıbbi alan üzerinde uzmanlaştıklarında, hastayı bütüncül bir anlayışla değerlendirme yetilerini kaybetme riskiyle karşı karşıya kalabilirler. Bu durum, hekimlerin hastalara ve hastalıklara yalnızca kendi uzmanlık alanlarının dar açısından bakmalarına yol açabilir. Hekimlerin uzmanlık kaygısıyla hareket etmeleri ve tıp eğitime sadece belirli bir alanda derinleşmek amacıyla yaklaşımları, tıbbi eğitimin bütüncül yapısını zayıflatabilmektedir. Böyle bir yaklaşım hekimlerin hastalıklara odaklanırken hastayı bir bütün olarak ele alma becerisini göz ardı etmelerine sebep olabilmekte bu da tıbbi bakım kalitesini olumsuz etkileyebilmektedir. Bu nedenle hastalar yalnızca hastalık odaklı bir yaklaşım nedeniyle ihtiyaç duydukları kapsamlı bakımı alamayarak olumsuz yönde etkilenebilirler (60).

Bütüncül yaklaşım ve modelleme, sağlık sorunlarını fiziksel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluşsal boyutlarıyla bir bütün olarak ele alır. Bütüncül yaklaşım, her bir boyutu aynı anda tanımayı ve her birine gereken önemi vermeyi zorunlu tutar. Sağlık sorunlarının temelindeki nedenlere odaklanmayan yaklaşımlar, genellikle hastalık davranışlarını ve hastalık kalıplarını olumsuz yönde etkiler. Bu yaklaşımlar hastanın mutsuzluğunun ana kaynağı olabilir (58).

Her hastalığın temelinde, hastanın kişiliği, korkuları ve kaygıları önemli bir rol oynar. Bu nedenle, diğer uzman hekimlerin tam tersine Aile Hekimlerinin uygulamalarında hastanın yalnızca sahip olduğu hastalıkla değil, bu hastalığın hangi tür bireyde var olduğunu göz önünde bulundurmaları gerekmektedir. Hastaya biyopsikososyal bir bütün olarak yaklaşmak Aile Hekimliğinde asla göz ardı edilmemesi gereken bir prensiptir (58).

Aile hekimleri için önerilen biyopsikososyal yaklaşım, toplumda sık görülen sağlık sorunlarının değerlendirilmesi ve tedavisinde hem klinik hem de ekonomik açıdan önemli yararlar sunmaktadır. Örneğin toplumun öncelikli sağlık problemleri arasında yer alan kronik ağrı gibi durumların yönetiminde geleneksel biyomedikal yaklaşımlar yetersiz kalmaktadır. Biyomedikal yaklaşımlar hastanın ağrısının başlangıcını ve süresini etkileyebilecek psikososyal ve nöro-davranışsal mekanizmaları

değerlendirme konusunda sınırlı bir yeterliliğe sahiptir. Bütüncül yaklaşım kapsamında uygulanan tedavi programları ise işe dönüş, ağrının azaltılması ve fiziksel aktivitede artış gibi olumlu tedavi sonuçları sağlayarak hasta merkezli bir tedavi yaklaşımını mümkün kılmaktadır (61).

Aile hekimleri, hastalarını biyolojik, psikolojik, kültürel, sosyal, dini, felsefi ve politik değerleriyle bir bütün olarak ele almaktadır. Obezitenin kendisi ve obeziteli bireylere yönelik olumsuz tutumlar hastalara yalnızca fiziksel değil aynı zamanda sosyal, psikolojik ve kültürel boyutlarda da zarar verebilmektedir. Bu durum bütüncül yaklaşımın gerekliliğini en çarpıcı şekilde ortaya koyan örneklerden biri olarak değerlendirilebilir. Aile hekimlerinin, karmaşık bir hastalık olan ve yalnızca diyet ve egzersizle kontrol edilemeyecek kadar çok yönlü bir yapıya sahip obeziteye yönelik olumlu tutumları ile obeziteli bireylerle empati kurarak duygularını anlamaya dayalı güçlü bir iletişim geliştirmeleri bu bireylerin sağlık sonuçlarını ve tedaviye uyumlarını olumlu yönde etkileyecektir (1,3,62).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Modeli

Bu araştırma tanımlayıcı ve kesitsel nitelikte bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu araştırma Türkiye’de Aile Sağlığı Merkezlerinde Aile Hekimi olarak çalışan hekimlerde 01/09/2024-31/12/2024 tarihleri arasında ‘Google Forms’ aracılığıyla e-anket şeklinde yapıldı.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem

Araştırmanın evrenini Türkiye’de Aile Sağlığı Merkezlerinde Aile Hekimi olarak çalışan hekimler oluşturmaktadır. Araştırmanın örnekleme aşağıdaki formülle 385 kişi olarak hesaplandı.

$$n = \frac{N \cdot t^2 \cdot p \cdot q}{d^2 (N-1)}$$

N: Evrendeki birey sayısı = Sağlık Bakanlığı 2022 yıl sonu istatistiklerine göre toplam Aile Hekimi sayısı 26171’dir (63).

n: Örneklem alınacak birey sayısı

p: İncelenen olayın görülme sıklığı (olasılığı) %50 = 0,5

q: İncelenen olayın görülmemiş sıklığı (1-p): 1 - 0,5 = 0,5

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosunda bulunan teorik değer: 1,96

d: Olayın görülme sıklığına göre yapılmak istenen ± sapma: 0,05

Tanımlayıcı çalışmamıza %10 hata payıda göz önünde tutularak 425 Aile Hekiminin dahil edilmesi planlandı.

Çalışmamıza, Aile Sağlığı Merkezlerinde aktif olarak görev yapan Aile Hekimleri dahil edilirken asistan hekimler, öğretim üyeleri ve Aile Sağlığı Merkezlerinde çalışmayan Aile Hekimleri çalışma kapsamı dışında bırakıldı.

Çalışmamıza 457 Aile Hekimi katıldı. Analizlerin güvenilirliğini sağlamak adına, ankette kritik verilerin eksikliği sebebiyle 27 katılımcı değerlendirme dışı

bırakıldı. Ayrıca Aile Sağlığı Merkezinde aktif olarak çalışmayan 2 katılımcı da çalışma kapsamına alınmadı. Toplamda 428 katılımcının verileri değerlendirildi.

3.4. Kullanılan Ölçme, Test Etme ya da Veri Toplama Yöntemi

Katılımcılar e-mail, whatsapp gibi çevrim içi platformalarda ilgili bağlantıya tıklanıldığında çıkan google formlar üzerinden anket formunu doldurmuştur. Anket formunda, araştırmacı tarafından hazırlanan kişisel bilgi formu, obeziteye yönelik tutumu değerlendiren Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeği ve İletişim Becerileri Envanteri Kısa Formu bulunmaktadır.

3.4.1. Kişisel Bilgi Formu

Katılımcıların cinsiyet, yaş, kilo, boy, medeni durum, ünvan, hekimlik ve Aile Hekimliği olarak çalıştığı yıl, çalıştığı Aile Sağlığı Merkezinin yerleşim yeri, ortalama poliklinik sayısı, kronik hastalık durumu, ailede obeziteli birey olup olmadığı, mevcut kilosundan memnun olup olmadığı, mezuniyet sonrası obezite ile ilgili eğitim alıp almadığı, obez hastaların yönetimi konusunda kendilerini yeterli görüp görmedikleri, obez hastaların daha az yiyerek ve/veya daha çok egzersiz yaparak kalıcı olarak kilo verebileceklerini düşünüp düşünmediği, obez hastaların sağlık sistemi üzerindeki yükü artırdığını düşünüp düşünmediği, obez hastaları tedavi etmekten hoşlanıp hoşlanmadığı ve obez hastaların tedavilere uyumsuz olduklarını düşünüp düşünmediği gibi demografik ve tutum soruları yer almaktadır.

3.4.2. Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeği

Allison ve arkadaşları (1991) tarafından geliştirilen Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeği 20 soruluk 6'lı likert tipi bir ölçektir (64). Ölçek maddeleri kesinlikle katılmıyorum, çoğunlukla katılmıyorum, biraz katılmıyorum, biraz katılıyorum, çoğunlukla katılıyorum, kesinlikle katılıyorum şeklinde yanıtlanmaktadır. Kesinlikle katılmıyorum “-3”, çoğunlukla katılmıyorum “-2”, biraz katılmıyorum “-1”, biraz katılıyorum “+1”, çoğunlukla katılıyorum “+2”, kesinlikle katılıyorum “+3” şeklinde puanlanmaktadır. 2,4,5,6,10,11,12,14,15,16,19,20. maddeler ise yukarıda belirtilen puanlamanın tam tersi olarak puanlanmaktadır. Hesaplama yapılabilmesi için yanıtlanmamış madde bulunmamalıdır. Hesaplamanın ikinci adımında ölçekten alınan madde toplam puan ortalamasına 60 eklenmelidir. Elde edilen puan Obez bireylere

yönelik tutum ölçeğinden alınan puandır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 120, alınabilecek en düşük puan ise sıfırdır. Ölçekten alınan puanların yüksek olması obez bireylere yönelik tutumun olumlu olduğunu göstermektedir.

Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Dedeli ve ark. (2014) tarafından Celal Bayar Üniversitesi'nin farklı bölümlerinde öğrenim gören 302 öğrencinin katılımıyla gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmada, ölçeğin cronbach alpha katsayısı 0.86 olarak bulunmuş ve OBYTÖ'nün Türk toplumunda obez bireylere yönelik tutumların değerlendirilmesi için geçerli ve güvenilir bir araç olduğu ortaya konmuştur (65). Bizim çalışmamızda ölçeğin cronbach alpha katsayısı 0.70 olarak hesaplandı.

3.4.3. İletişim Becerileri Envanteri Kısa Formu (İBE-Kısa Formu)

Çelik ve Ersanlı tarafından 2024 yılında geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan İBE-Kısa Formu 5'li likert tipi bir ölçek olup her zaman 5, genellikle 4, bazen 3, nadiren 2, hiçbir zaman 1, şeklinde puanlanmaktadır (5). Ölçek 16 maddeden ve üç alt boyuttan oluşmaktadır. Etkili tepki verme 4 maddeden oluşmakta ve 3. madde ters maddedir. Etkin Dinleme 6 maddeden oluşmakta ve 6,7,11. maddeler ters maddelerdir. Mesajlara duyarlılık 6 maddeden oluşmaktadır ve ters madde bulunmamaktadır. Ölçeğin genelinden alınabilecek en yüksek puan 80, en düşük puan ise 16'dır. Her alt boyut ayrı ayrı değerlendirilebileceği gibi ölçeğin toplam puanı alınarak bireyin genel iletişim beceri düzeyi de belirlenmektedir.

On altı maddeden oluşan ölçeğin genel cronbach alpha katsayısı 0.78 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin alt boyutlarına ilişkin cronbach alpha katsayıları ise etkin dinleme için 0.71, etkili tepki Verme için 0.67 ve mesajlara duyarlılık için 0.72 olarak hesaplanmıştır. Elde edilen bu bulgular İBE-Kısa Formunun güvenilir bir ölçüm aracı olduğunu göstermektedir. Bizim çalışmamızda genel toplam cronbach alpha katsayısı 0.85 olarak hesaplandı. Ölçeğin alt boyutlarına ilişkin cronbach alpha değerleri ise etkin dinleme için 0.67, etkili tepki verme için 0.71 ve mesajlara duyarlılık için 0.79 olarak hesaplandı.

3.5. Çalışmanın Etik Yönü ve Onamı

Bu çalışma için Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı'ndan onay alınmıştır (Karar Tarihi: 05.07.2024, Toplantı Numarası 2024/5). Ölçeklerin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını gerçekleştiren araştırmacılardan, ölçeklerin kullanımı için gerekli izinler alındı.

3.6. Verilerin Analizi

Tanımlayıcı istatistikler, kategorik veriler için sayı (n) ve yüzde (%) gösterimi yapıldı. Verilerin normal dağılıma uygunluğunun araştırılmasında Kolmogorov Smirnov testi kullanıldı. Değişkenler ortalama±standart sapma değerleriyle ifade edildi. Veriler değerlendirilirken veriler normal dağılım göstermediği için iki grubun karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi, üç ve daha çok grubun karşılaştırılmasında ise Kruskal Wallis testi kullanıldı. Gruplar arası farklılık olması durumunda, hangi gruplar arasında farklılık bulunduğunu incelemek amacı ile Dunn-Bonferroni testi kullanıldı. Değişkenlerin birbirinden bağımsız olup olmadığını analiz etmek için Ki-kare testi kullanıldı. Nümerik değişkenler arasındaki ilişkilerin analizinde Spearman Korelasyon analizi kullanıldı. Spearman Korelasyon katsayısı için referans değerler; $r=0,00-0,19$ arası ilişki yok ya da önemsenmeyecek düzeyde düşük ilişki, $r=0,20-0,39$ arası zayıf (düşük düzeyde) ilişki, $r=0,40-0,69$ arası orta düzeyde ilişki, $r=0,70-0,89$ arası kuvvetli (yüksek düzeyde) ilişki, $r=0,90-1,00$ arası çok kuvvetli düzeyde ilişki olarak alındı. Ölçeklerin güvenilirlik analizi için Cronbach alfa katsayısı hesaplandı. Tüm analizler için anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edildi. Tüm analizlerin değerlendirilmesinde SPSS 25.0 paket programı kullanıldı.

4. BULGULAR

4.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri

Bu çalışma Aile Sağlığı Merkezlerinde çalışan 25 ile 66 yaşları arasında olan 428 Aile Hekimi ile yapıldı. Çalışmamızda medyan yaş 39 (25-66), yaş ortalaması $40,88 \pm 8,89$, kadınların yaş ortalaması $40,30 \pm 8,65$, erkeklerin yaş ortalaması ise $41,23 \pm 9,02$ olarak tespit edildi.

Tanımlayıcı özellikler cinsiyet, yaş, medeni durum, ünvan, hekim olarak meslek süresi, Aile Hekimi olarak çalışma süresi, Aile Sağlığı Merkezinin yerleşim yeri, Aile Hekimliği Biriminin poliklinik sayısı, şeklinde ele alınıp incelendi. Tablo 2’de tanımlayıcı özellikler verildi.

Cinsiyet: Çalışmaya katılan Aile Hekimlerinin %62,4’ü erkek (n=267) %37,6’sı (n=161) kadındır.

Yaş: Çalışmaya katılan Aile Hekimleri yaşlarına göre 4 gruba ayrılarak incelendi. Katılımcıların %35,1’i (n=150) 35-44 yaş grubunda yer almaktadır.

Medeni durum: Çalışmaya katılan Aile Hekimleri medeni duruma göre 2 gruba ayrılarak incelendi. Katılımcıların %80,8’i (n=346) evlidir.

Ünvan: Çalışmaya katılan Aile Hekimleri, ünvan durumuna göre 3 gruba ayrılarak incelendi. Katılımcıların %45,8’i (n=196) pratisyen hekim olarak Aile Hekimliği yapmaktadır.

Aile Sağlığı Merkezinin yerleşim yeri: Çalışmaya katılan Aile Hekimleri, görev yaptıkları Aile Sağlığı Merkezinin yerleşim yerine göre üç gruba ayrılarak incelendi. Katılımcıların %42,1’i (n=180) ilçe merkezinde görev yapmaktadır.

Aile Hekimliği Biriminin poliklinik sayısı: Çalışmaya katılan Aile Hekimleri günlük ortalama poliklinik sayılarına göre iki gruba ayrılarak incelendi. Katılımcıların %54,2’si (n=232) günlük ortalama 60 ve altı poliklinik sayısına sahiptir.

Hekim olarak meslek süresi: Çalışmaya katılan Aile Hekimleri, meslekte geçirdikleri yıl süresine göre dört gruba ayrılarak incelendi. Katılımcıların %38,1’ini (n=163) 1-10 yıl arasında hekimlik yapanlar oluşturmuştur.

Aile Hekimi olarak çalışma süresi: Çalışmaya katılan aile hekimleri, aile hekimi olarak görev yaptıkları süreye göre üç gruba ayrılarak incelendi. Katılımcıların %41,4'ü (n=177) 11 yıl ve üzeri süredir sözleşmeli Aile Hekimi olarak çalışmaktadır.

Tablo 2. Aile Hekimlerinin tanımlayıcı özellikleri (n=428)

Özellikler	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Erkek	267
	Kadın	161
Yaş grupları (yıl)	25-34	126
	35-44	150
	45-54	116
	55 ve üstü	36
		8,4
Medeni durum	Bekar/boşanmış/dul	82
	Evli	346
Ünvan	Aile Hekimliği Uzmanı	63
	Aile Hekimi (pratisyen)	196
	Sözleşmeli Aile Hekimliği Asistanı (SAHU)	169
Aile Sağlığı Merkezinin yerleşim yeri	Köy / kasaba	78
	İlçe merkezi	180
	İl merkezi	170
Aile Hekimliği Biriminin günlük poliklinik sayısı	60 ve altı	232
	61 ve üstü	196
Hekim olarak meslek süresi (yıl)	1-10	163
	11-20	138
	21-30	94
	31 ve üstü	33
Aile Hekimi olarak çalışma süresi (yıl)	0-5	139
	6-10	112
	11 ve üstü	177

4.1.1. Katılımcıların Beden Kitle İndeksi Değerleri

Çalışmaya katılan Aile Hekimlerinin beden kitle indeksi ortalaması 26,76±4,07 kg/m² olarak belirlendi. Katılımcıların %20,5'i (n=88) obezite grubunda, %44,2'si (n=189) ise kilo fazlalığı grubunda yer almaktadır. Erkek Aile Hekimlerinin %22,5'i (n=60) obeziteli grupta, %50,9'u (n=136) ise kilo fazlalığı grubunda bulunurken kadın

Aile Hekimlerinin %17,4'ü (n=28) obezite, %32,9'u (n=53) ise kilo fazlalığı grubunda yer almaktadır (Tablo 3).

Tablo 3. Katılımcıların beden kitle indeksi

BKİ (kg/m²)	Erkek		Kadın		Toplam	
	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
Zayıf (<18,5)	1	0,4	1	0,6	2	0,5
Normal (18,5-24,9)	70	26,2	79	49,1	149	34,8
Kilo fazlalığı (25-29,9)	136	50,9	53	32,9	189	44,2
Evre 1 obezite (30-34,9)	49	18,4	23	14,3	72	16,8
Evre 2 obezite (35-39,9)	8	3,0	5	3,1	13	3,0
Evre 3 obezite (≥ 40)	3	1,1	0	0,0	3	0,7

BKİ: Beden Kitle İndeksi

Cinsiyete göre incelendiğinde erkek Aile Hekimlerinin beden kitle indeksi ortalaması $27,51 \pm 3,89$ kg/m², kadın Aile Hekimlerinin beden kitle indeksi ortalaması ise $25,51 \pm 4,07$ kg/m² olarak belirlendi ve bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p=0,001). Yaş gruplarına göre incelendiğinde ise 25-34 yaş grubundaki katılımcıların BKİ değerlerinin diğer yaş gruplarına kıyasla anlamlı düzeyde daha düşük olduğu saptandı (p=0,001). Ek olarak bekarlarda, Aile Hekimliği Uzmanı olanlarda, 1-10 yıl hekimlik tecrübesi olanlarda, 0-5 yıldır Aile Hekimi olarak görev yapanlarda, kronik hastalığı bulunmayanlarda ve ailesinde obeziteli birey olmayanlarda BKİ değerlerinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu saptandı (p<0,05). Tablo 4'te gösterildi.

Tablo 4. Aile Hekimlerinin tanımlayıcı özellikleri ile beden kitle indeksi ortalamalarının karşılaştırılması (n=428)

Özellikler		Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)	BKİ (kg/m ²) Ortalama±SS	P
Cinsiyet	Erkek	267	62,4	27,51±3,89	0,001*
	Kadın	161	37,6	25,51±4,07	
Yaş grupları (yıl)	25-34	126	29,4	25,43±3,73	0,001**
	35-44	150	35,1	27,42±4,39	
	45-54	116	27,1	27,11±3,79	
	55 ve üstü	36	8,4	27,47±3,76	
Medeni durum	Bekar/boşanmış/dul	82	19,2	25,62±3,80	0,002*
	Evli	346	80,8	27,02±4,09	
Ünvan	Aile Hekimliği Uzmanı	63	14,7	25,04±4,02	0,001**
	Aile Hekimi (pratisyen)	196	45,8	27,36±4,05	
	Sözleşmeli Aile Hekimliği Asistanı (SAHU)	169	39,5	26,70±3,94	
Aile Sağlığı Merkezinin yerleşim yeri	Köy / kasaba	78	18,2	27,50±5,03	0,155**
	İlçe merkezi	180	42,1	26,26±3,69	
	İl merkezi	170	39,7	26,93±3,92	
Aile Hekimliği Biriminin günlük poliklinik sayısı	60 ve altı	232	54,2	26,78±4,00	0,725*
	61 ve üstü	196	45,8	26,72±4,16	
Hekim olarak meslek süresi (yıl)	1-10	163	38,1	25,68±3,73	0,001**
	11-20	138	32,2	27,52±4,50	
	21-30	94	22,0	27,42±3,67	
	31 ve üstü	33	7,7	27,00±3,82	
Aile Hekimi olarak çalışma süresi (yıl)	0-5	139	32,5	25,76±3,80	0,002**
	6-10	112	26,2	27,18±4,08	
	11 ve üstü	177	41,3	27,27±4,14	

*Mann-Whitney U testi **Kruskal Wallis Testi SS:Standart Sapma

4.1.2. Katılımcıların Tıp Fakültesi Sonrası Obezite ile İlgili Eğitim Alma Durumu

Katılımcıların %59,1'i (n=253), obezite konusunda eğitim aldığını belirtti. Eğitim alan hekimlerin %66,8'i (n=169) ise bu eğitimi hizmet içi eğitim programları kapsamında aldıklarını bildirdi (Tablo 5).

Tablo 5. Tıp Fakültesi mezuniyeti sonrası obezite ile ilgili eğitim alma durumu ve eğitim alan Aile Hekimlerinin eğitim kaynağı

Obezite ile ilgili bir eğitim alma durumu / eğitim kaynağı	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
Eğitim alma durumu		
Evet	253	59,1
Hayır	175	40,9
Eğitim Kaynağı*		
Hizmet içi eğitimler	169	66,8
Uzmanlık eğitimi sırasında	100	39,5
Online sunumlar	109	43,0
Kongre, sempozyum, kurs ve diğer	89	35,1

* Katılımcılar birden fazla seçenek işaretledi.

4.1.3. Katılımcıların Kronik Hastalık Mevcudiyeti Durumu

Çalışmaya katılan Aile Hekimleri kronik hastalık mevcudiyetine göre 2 gruba ayrılarak incelendi. Katılımcıların %72,7'sinin (n=311) kronik hastalığı bulunmamaktadır (Tablo 6).

Tablo 6. Katılımcıların kronik hastalık mevcudiyeti durumu

Kronik hastalık mevcudiyeti	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
Var	117	27,3
Yok	311	72,7

4.1.4. Katılımcıların Ailesinde Obeziteli Birey Bulunma Durumu

Çalışmaya katılan Aile Hekimleri ailede obeziteli birey bulunma durumuna göre 2 grupta incelendi. Katılımcıların %53,5'inin (n=229) ailesinde obeziteli birey yoktur (Tablo 7).

Tablo 7. Katılımcıların ailesinde obeziteli birey bulunma durumu

Ailede obeziteli birey durumu	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
Var	199	46,5
Yok	229	53,5

4.2. Katılımcıların Mevcut Kilolarından Memnuniyet Durumu

Çalışmaya katılan Aile Hekimlerinin %40'ı (n=171) mevcut kilosundan memnun olduğunu, %60'ı (n=257) ise mevcut kilosundan memnun olmadığını belirtti (Tablo 8).

Tablo 8. Aile Hekimlerinin mevcut kilolarından memnuniyetleri

Kilo memnuniyet durumu	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
Memnun	171	40,0
Memnun değil	257	60,0

Katılımcıların bazı tanımlayıcı özellikleri ile kilolarından memnuniyet durumları istatistiksel olarak karşılaştırıldı. Kadın katılımcıların kilolarından memnun olma durumları, erkek katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük saptandı (p=0,021). Beden kitle indeksine göre incelendiğinde ise, kilo fazlalığı ve obezite grubunda yer alan katılımcıların, zayıf ve normal beden kitle indeksine sahip katılımcılara kıyasla kilo memnuniyetlerinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlendi (p=0,001). Ek olarak, kronik hastalığı olan katılımcıların, kronik hastalığı olmayan katılımcılara göre kilolarından memnuniyet durumları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük saptandı (p=0,002). Diğer tanımlayıcı özellikler ile kilo memnuniyeti arasında ise anlamlı bir ilişki saptanmadı (Tablo 9).

Tablo 9. Aile Hekimlerinin tanımlayıcı özellikleri ile kilolarından memnuniyet durumlarının karşılaştırılması (n=428)

Özellikler		Kilosundan Memnuniyet Durumu				p*
		Memnun		Memnun Değil		
		Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)	
Cinsiyet	Erkek	118	44,2	149	55,8	0,021
	Kadın	53	32,9	108	67,1	
Yaş grupları (yıl)	25-34	58	46,0	68	54,0	0,171
	35-44	51	34,0	99	66,0	
	45-54	45	38,8	71	61,2	
	55 ve üstü	17	47,2	19	52,8	
Medeni durum	Bekar/boşanmış/dul	33	40,2	49	59,8	0,952
	Evli	138	39,9	208	60,1	
Ünvan	Aile Hekimliği Uzmanı	28	44,4	35	55,6	0,393
	Aile Hekimi (pratisyen)	82	41,8	114	58,2	
	Sözleşmeli Aile Hekimliği Asistanı (SAHU)	61	36,1	108	63,9	
Aile Sağlığı Merkezinin yerleşim yeri	Köy / kasaba	27	34,6	51	65,4	0,084
	İlçe merkezi	83	46,1	97	53,9	
	İl merkezi	61	35,9	109	64,1	
Hekim olarak meslek süresi (yıl)	1-10	73	44,8	90	55,2	0,091
	11-20	51	37,0	87	63,0	
	21-30	30	31,9	64	68,1	
	31 ve üstü	17	51,5	16	48,5	
Aile Hekimi olarak çalışma süresi (yıl)	0-5	58	41,7	81	58,3	0,315
	6-10	38	33,9	74	66,1	
	11 ve üstü	75	42,4	102	57,6	
Kronik hastalık mevcudiyeti	Var	33	28,2	84	71,8	0,002
	Yok	138	44,4	173	55,6	
Beden Kitle İndeksi	Zayıf-Normal	110	72,8	41	27,2	0,001
	Kilo Fazlalığı-Obezite	61	22,0	216	78,0	

*Ki-kare testi

4.3. Katılımcıların Obezite Yönetimi Konusunda Düşünceleri

“Obez hastaların yönetimi konusunda kendinizi yeterli görüyor musunuz?” sorusuna çalışmaya katılan Aile Hekimlerinin %47,4’ü (n=203) “kararsızım” yanıtını verdi. “Obez hastaların kalıcı ve gönüllü olarak daha az yiyerek ve/veya daha çok

egzersiz yaparak kalıcı şekilde kilo verebileceğini düşünüyor musunuz?” sorusuna katılımcıların %74,8’i (n=320) “evet” cevabını verdi. “Obez hastaların sağlık sistemi üzerindeki yükü artırdığını düşünüyor musunuz?” sorusuna Aile Hekimlerinin %93,2’si (n=399) “evet” yanıtını verdi. “Obez hastaları muayene etmekten hoşlanır mısınız?” sorusuna katılımcıların %42,5’i (n=182) “kararsızım” şeklinde yanıt vermiş ayrıca “Obez hastaların diğer hastalara göre daha çok tedavi önerilerine uyumsuz olduğunu düşünüyor musunuz?” sorusuna %63,6’sı (n=272) “evet” cevabını vermiştir (Tablo 10).

Tablo 10. Aile Hekimlerinin obezite yönetimi konusunda düşünceleri

		Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
Obez hastaların yönetimi konusunda kendinizi yeterli görüyor musunuz?	Evet	157	36,7
	Kararsızım	203	47,4
	Hayır	68	15,9
Obez hastaların kalıcı ve gönüllü olarak daha az yiyerek ve/veya daha çok egzersiz yaparak kalıcı şekilde kilo verebileceğini düşünüyor musunuz?	Evet	320	74,8
	Kararsızım	60	14,0
	Hayır	48	11,2
Obez hastaların sağlık sistemi üzerindeki yükü artırdığını düşünüyor musunuz?	Evet	399	93,2
	Kararsızım	19	4,5
	Hayır	10	2,3
Obez hastaları muayene etmekten hoşlanır mısınız?	Evet	119	27,8
	Kararsızım	182	42,5
	Hayır	127	29,7
Obez hastaların diğer hastalara göre daha çok tedavi önerilerine uyumsuz olduğunu düşünüyor musunuz?	Evet	272	63,5
	Kararsızım	83	19,4
	Hayır	73	17,1

4.3.1. Katılımcıların Obezite Yönetimi Konusunda Düşünceleri ile Bazı Tanımlayıcı Özelliklerinin Karşılaştırılması

Katılımcıların “Obez hastaların yönetimi konusunda kendinizi yeterli görüyor musunuz?” sorusuna verdikleri cevaplar incelendiğinde, zayıf ve normal beden kitle indeksine sahip katılımcıların kilo fazlalığı ve obezite grubunda yer alan katılımcılara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde obez hastaların yönetimi konusunda daha çok kendilerini yeterli hissettikleri tespit edildi ($p=0,015$). Ünvan açısından değerlendirildiğinde Aile Hekimliği Uzmanlarının, Sözleşmeli Aile Hekimliği Asistanları ve pratisyen Aile Hekimlerine kıyasla daha fazla obez hastaların yönetiminde kendilerini yeterli gördükleri saptandı ($p=0,003$). Ek olarak tıp fakültesi mezuniyeti sonrası obezite ile ilgili eğitim alan katılımcıların, almayan katılımcılara kıyasla obez hastaların yönetiminde kendilerini daha yüksek oranda yeterli gördükleri saptandı ($p=0,001$). Katılımcıların diğer tanımlayıcı özellikleri ile obez hastaların yönetiminde kendilerini yeterli görme durumu arasında ise anlamlı bir ilişki saptanmadı (Tablo 11).

Tablo 11. Aile Hekimlerinin “Obez hastaların yönetimi konusunda kendinizi yeterli görüyor musunuz?” sorusuna verdikleri cevaplar ile bazı tanımlayıcı özelliklerin karşılaştırılması (n=428)

Özellikler		Obez hastaların yönetimi konusunda kendinizi yeterli görüyor musunuz?						p*
		Evet		Kararsızım		Hayır		
		Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)	
Cinsiyet	Erkek	105	39,3	124	46,5	38	14,2	0,256
	Kadın	52	32,3	79	49,1	30	18,6	
Yaş grupları (yıl)	25-34	47	37,3	66	52,4	13	10,3	0,098
	35-44	49	32,7	72	48,0	29	19,3	
	45-54	42	36,2	55	47,4	19	16,4	
	55 ve üstü	19	52,8	10	27,8	7	19,4	
Medeni durum	Bekar / dul / boşanmış	33	40,2	40	48,8	9	11,0	0,381
	Evli	124	35,8	163	47,1	59	17,1	
Ünvan	Aile Hekimliği Uzmanı	35	55,6	23	36,5	5	7,9	0,003
	Aile Hekimi (pratisyen)	74	37,8	88	44,9	34	17,3	
	Sözleşmeli Aile Hekimliği Asistanı (SAHU)	48	28,4	92	54,4	29	17,2	
Aile Sağlığı Merkezinin yerleşim yeri	Köy/kasaba	21	26,9	44	56,4	13	16,7	0,308
	İlçe merkezi	73	40,6	78	43,3	29	16,1	
	İl merkezi	63	37,1	81	47,6	26	15,3	
Kronik hastalık mevcudiyeti	Var	44	37,6	52	44,4	21	18,0	0,680
	Yok	113	36,3	151	48,6	47	15,1	
Obezite ile ilgili eğitim alma durumu	Evet	116	45,8	113	44,7	24	9,5	0,001
	Hayır	41	23,4	90	51,4	44	25,2	
Beden Kitle İndeksi	Zayıf-Normal	69	45,7	63	41,7	19	12,6	0,015
	Kilo Fazlalığı-Obezite	88	31,8	140	50,5	49	17,7	

*Ki-kare testi

Katılımcıların “Obez hastaların kalıcı ve gönüllü olarak daha az yiyerek ve/veya daha çok egzersiz yaparak kalıcı şekilde kilo verebileceğini düşünüyor musunuz?” sorusuna verdikleri cevaplar incelendiğinde, tıp fakültesi mezuniyeti sonrası obezite ile ilgili eğitim alan katılımcıların, almayan katılımcılara kıyasla daha fazla oranda obez hastaların kalıcı ve gönüllü olarak daha az yiyerek ve/veya daha çok egzersiz yaparak kalıcı şekilde kilo verebileceğine inandıkları saptandı ($p=0,004$). Zayıf ve normal beden kitle indeksine sahip katılımcıların kilo fazlalığı ve obezite grubunda yer alan katılımcılara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde hastaların kalıcı ve gönüllü olarak daha az yiyerek ve/veya daha çok egzersiz yaparak kalıcı şekilde kilo verebileceğine inanmadıkları tespit edildi ($p=0,047$). Diğer tanımlayıcı özellikler ile bu düşünce arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı (Tablo 12).

Tablo 12. Aile Hekimlerinin “Obez hastaların kalıcı ve gönüllü olarak daha az yiyerek ve/veya daha çok egzersiz yaparak kalıcı şekilde kilo verebileceğini düşünüyor musunuz?” sorusuna verdikleri cevaplar ile bazı tanımlayıcı özelliklerin karşılaştırılması (n=428)

Özellikler		Obez hastaların kalıcı ve gönüllü olarak daha az yiyerek ve/veya daha çok egzersiz yaparak kalıcı şekilde kilo verebileceğini düşünüyor musunuz?						p*
		Evet		Kararsızım		Hayır		
		Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)	
Cinsiyet	Erkek	204	76,4	39	14,6	24	9,0	0,168
	Kadın	116	72,1	21	13,0	24	14,9	
Yaş grupları (yıl)	25-34	84	66,7	18	14,3	24	19,0	0,601
	35-44	94	62,7	31	20,6	25	16,7	
	45-54	72	62,1	24	20,7	20	17,2	
	55 ve üstü	22	61,1	10	27,8	4	11,1	
Medeni durum	Bekar / dul / boşanmış	61	74,4	11	13,4	10	12,2	0,944
	Evli	259	74,8	49	14,2	38	11,0	
Ünvan	Aile Hekimliği Uzmanı	49	77,8	6	9,5	8	12,7	0,816
	Aile Hekimi (pratisyen)	144	73,5	29	14,8	23	11,7	
	SAHU	127	75,1	25	14,8	17	10,1	
Aile Sağlığı Merkezinin yerleşim yeri	Köy/kasaba	61	78,2	13	16,7	4	5,1	0,200
	İlçe merkezi	139	77,2	20	11,1	21	11,7	
	İl merkezi	120	70,6	27	15,9	23	13,5	
Kronik hastalık mevcudiyeti	Var	81	69,2	20	17,1	16	13,7	0,270
	Yok	239	76,8	40	12,9	32	10,3	
Obezite ile ilgili eğitim alma durumu	Evet	201	79,4	24	9,5	28	11,1	0,004
	Hayır	119	68,0	36	20,6	20	11,4	
Beden Kitle İndeksi	Zayıf-Normal	113	74,9	15	9,9	23	15,2	0,047
	Kilo Fazlalığı-Obezite	207	74,7	45	16,3	25	9,0	

*Ki-kare testi

Katılımcıların “Obez hastaların sağlık sistemi üzerindeki yükü artırdığını düşünüyor musunuz?” sorusuna verdikleri cevaplar incelendiğinde, Aile Hekimliği Uzmanlarının, Sözleşmeli Aile Hekimliği Asistanları ve pratisyen Aile Hekimlerine kıyasla daha fazla obez hastaların sağlık sistemi üzerindeki yükü artırdığını düşündükleri saptandı ($p=0,043$). Diğer tanımlayıcı özellikler ile bu düşünce arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmedi (Tablo 13).



Tablo 13. Aile Hekimlerinin “Obez hastaların sağlık sistemi üzerindeki yükü artırdığını düşünüyor musunuz?” sorusuna verdikleri cevaplar ile bazı tanımlayıcı özelliklerin karşılaştırılması (n=428)

Özellikler		Obez hastaların sağlık sistemi üzerindeki yükü artırdığını düşünüyor musunuz?						p*
		Evet		Kararsızım		Hayır		
		Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)	
Cinsiyet	Erkek	253	94,8	11	4,1	3	1,1	0,090
	Kadın	146	90,7	8	5,0	7	4,3	
Yaş grupları (yıl)	25-34	119	94,4	3	2,4	4	3,2	0,429
	35-44	141	94,0	6	4,0	3	2,0	
	45-54	104	89,6	9	7,8	3	2,6	
	55 ve üstü	35	97,2	1	2,8	0	0,0	
Medeni durum	Bekar / dul / boşanmış	78	95,2	2	2,4	2	2,4	0,619
	Evli	321	92,8	17	4,9	8	2,3	
Ünvan	Aile Hekimliği Uzmanı	63	100,0	0	0,0	0	0,0	0,043
	Aile Hekimi (pratisyen)	180	91,8	8	4,1	8	4,1	
	Sözleşmeli Aile Hekimliği Asistanı (SAHU)	156	92,3	11	6,5	2	1,2	
Aile Sağlığı Merkezinin yerleşim yeri	Köy/kasaba	69	88,5	5	6,4	4	5,1	0,118
	İlçe merkezi	172	95,6	4	2,2	4	2,2	
	İl merkezi	158	92,9	10	5,9	2	1,2	
Kronik hastalık mevcudiyeti	Var	112	95,7	3	2,6	2	1,7	0,437
	Yok	287	92,3	16	5,1	8	2,6	
Obezite ile ilgili eğitim alma durumu	Evet	240	94,8	10	4,0	3	1,2	0,134
	Hayır	159	90,9	9	5,1	7	4,0	
Beden Kitle İndeksi	Zayıf-Normal	144	95,4	5	3,3	2	1,3	0,405
	Kilo Fazlalığı-Obezite	255	92,1	14	5,0	8	2,9	

*Ki-kare testi

Katılımcıların “Obez hastaları muayene etmekten hoşlanır mısınız?” sorusuna verdikleri cevaplar incelendiğinde, Aile Hekimliğinde 11 yıl ve üzeri çalışma süresine sahip katılımcıların, 0-5 yıl ve 6-10 yıl çalışma süresi olan katılımcılara kıyasla obez hastaları muayene etmekten daha fazla hoşnut hissettikleri saptandı ($p=0,040$). Diğer tanımlayıcı özellikler ile obez hastaları muayene etmekten hoşnut olma durumu arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı (Tablo 14).



Tablo 14. Aile Hekimlerinin “Obez hastaları muayene etmekten hoşlanır mısınız?” sorusuna verdikleri cevaplar ile bazı tanımlayıcı özelliklerin karşılaştırılması (n=428)

Özellikler		Obez hastaları muayene etmekten hoşlanırmısınız?						p*
		Evet		Kararsızım		Hayır		
		Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)	
Cinsiyet	Erkek	74	27,7	119	44,6	74	27,7	0,445
	Kadın	45	28,0	63	39,1	53	32,9	
Yaş grupları (yıl)	25-34	30	23,8	58	46,0	38	30,2	0,756
	35-44	43	28,7	62	41,3	45	30,0	
	45-54	32	27,6	49	42,2	35	30,2	
	55 ve üstü	14	38,9	13	36,1	9	25,0	
Medeni durum	Bekar / dul / boşanmış	25	30,5	34	41,5	23	28,0	0,827
	Evli	94	27,2	148	42,8	104	30,0	
Ünvan	Aile Hekimliği Uzmanı	16	25,4	23	36,5	24	38,1	0,414
	Aile Hekimi (pratisyen)	59	30,1	80	40,8	57	29,1	
	SAHU	44	26,1	79	46,7	46	27,2	
Hekim olarak meslek süresi (yıl)	1-10	40	24,6	77	47,2	46	28,2	0,279
	11-20	37	26,8	57	41,3	44	31,9	
	21-30	27	28,7	37	39,4	30	31,9	
	31 ve üstü	15	45,5	11	33,3	7	21,2	
Aile Hekimi olarak çalışma süresi (yıl)	0-5	36	25,9	64	46,0	39	28,1	0,040
	6-10	23	20,5	57	50,9	32	28,6	
	11 ve üstü	60	33,9	61	34,5	56	31,6	
Kronik hastalık mevcudiyeti	Var	34	29,1	54	46,1	29	24,8	0,389
	Yok	85	27,3	128	41,2	98	31,5	
Obezite ile ilgili eğitim alma durumu	Evet	75	29,6	106	41,9	72	28,5	0,572
	Hayır	44	25,2	76	43,4	55	31,4	
Beden Kitle İndeksi	Zayıf-Normal	41	27,1	59	39,1	51	33,8	0,366
	Kilo Fazlalığı-Obezite	78	28,2	123	44,4	76	27,4	

*Ki-kare testi

Katılımcıların “Obez hastaların diğer hastalara göre daha çok tedavi önerilerine uyumsuz olduğunu düşünüyor musunuz?” sorusuna verdikleri cevaplar incelendiğinde, katılımcıların tanımlayıcı özellikleri ile bu düşünce arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı (Tablo 15).

Tablo 15. Aile Hekimlerinin “Obez hastaların diğer hastalara göre daha çok tedavi önerilerine uyumsuz olduğunu düşünüyor musunuz?” sorusuna verdikleri cevaplar ile bazı tanımlayıcı özelliklerin karşılaştırılması (n=428)

Özellikler		Obez hastaların diğer hastalara göre daha çok tedavi önerilerine uyumsuz olduğunu düşünüyor musunuz?						p*
		Evet		Kararsızım		Hayır		
		Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)	
Cinsiyet	Erkek	162	60,7	61	22,8	44	16,5	0,066
	Kadın	110	68,3	22	13,7	29	18,0	
Yaş grupları (yıl)	25-34	84	66,7	18	14,3	24	19,0	0,601
	35-44	94	62,6	31	20,7	25	16,7	
	45-54	72	62,1	24	20,7	20	17,2	
	55 ve üstü	22	61,1	10	27,8	4	11,1	
Medeni durum	Bekar / dul / boşanmış	55	67,1	13	15,8	14	17,1	0,653
	Evli	217	62,7	70	20,2	59	17,1	
Ünvan	Aile Hekimliği Uzmanı	39	61,9	11	17,5	13	20,6	0,892
	Aile Hekimi (pratisyen)	127	64,8	39	19,9	30	15,3	
	SAHU	106	62,7	33	19,5	30	17,8	
Kronik hastalık mevcudiyeti	Var	76	65,0	24	20,5	17	14,5	0,685
	Yok	196	63,0	59	19,0	56	18,0	
Obezite ile ilgili eğitim alma durumu	Evet	163	64,4	48	19,0	42	16,6	0,902
	Hayır	109	62,3	35	20,0	31	17,7	
Beden Kitle İndeksi	Zayıf-Normal	106	70,2	24	15,9	21	13,9	0,108
	Kilo Fazlalığı-Obezite	166	59,9	59	21,3	52	18,8	

*Ki-kare testi

4.4. Katılımcıların Obeziteli Bireylere Yönelik Tutumları

Çalışmamıza katılan Aile Hekimlerinin Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeği puan ortalaması $62,23 \pm 13,12$ olarak belirlendi. Çalışmamızda ölçekten alınan en düşük puan 22, en yüksek puan 104 olarak saptandı. Kadın Aile Hekimlerinin puan ortalaması $63,13 \pm 12,97$, erkek Aile Hekimlerinin puan ortalaması ise $61,70 \pm 13,21$ olarak tespit edildi.

4.4.1. Cinsiyete Göre Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeğinin Değerlendirilmesi

Katılımcıların cinsiyetleri ile Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında, kadın aile hekimlerinin ortalama puanı daha yüksek olmasına rağmen bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı saptanmadı ($p=0,393$). Tablo 16’da gösterildi.

Tablo 16. Cinsiyete göre Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeği puan dağılımı

Cinsiyet	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)	OBYTÖ Ortalama $\pm$ SS	p*
Erkek	267	62,4	$61,70 \pm 13,21$	0,393
Kadın	161	37,6	$63,13 \pm 12,97$	

*Mann-Whitney U testi SS:Standart Sapma OBYTÖ: Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeği

4.4.2. Yaş Gruplarına Göre Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeğinin Değerlendirilmesi

Katılımcıların yaş grupları ile Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p=0,387$). Tablo 17’de gösterildi.

Tablo 17. Yaş Gruplarına göre Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeği puan dağılımı

Yaş Grupları (Yıl)	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)	OBYTÖ Ortalama $\pm$ SS	p*
25-34	126	29,4	61,84 $\pm$ 13,05	0,387
35-44	150	35,1	60,97 $\pm$ 13,69	
45-54	116	27,1	64,00 $\pm$ 12,66	
55 ve üstü	36	8,4	63,19 $\pm$ 12,21	

* Kruskal Wallis testi SS:Standart Sapma OBYTÖ: Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeği

4.4.3. Medeni Duruma Göre Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeğinin Değerlendirilmesi

Katılımcıların medeni durumları ile Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında, evli aile hekimlerinin ortalama puanı daha yüksek olmasına rağmen bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı saptanmadı ($p=0,061$). Tablo 18’de gösterildi.

Tablo 18. Medeni duruma göre Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeği puan dağılımı

Medeni durum	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)	OBYTÖ Ortalama $\pm$ SS	p*
Bekar/boşanmış/dul	82	19,2	59,80 $\pm$ 12,02	0,061
Evli	346	80,8	62,81 $\pm$ 13,32	

*Mann-Whitney U testi SS:Standart Sapma OBYTÖ: Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeği

4.4.4. Ünvana Göre Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeğinin Değerlendirilmesi

Katılımcıların ünvanları ile Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p=0,592$). Tablo 19’da gösterildi.

Tablo 19. Ünvana göre Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeği puan dağılımı

Ünvan	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)	OBYTÖ Ortalama $\pm$ SS	p*
Aile Hekimliği Uzmanı	63	14,7	63,20 $\pm$ 12,46	0,592
Aile Hekimi (pratisyen)	196	45,8	61,73 $\pm$ 13,82	
Sözleşmeli Aile Hekimliği Asistanı (SAHU)	169	39,5	62,46 $\pm$ 12,57	

* Kruskal Wallis testi SS:Standart Sapma OBYTÖ: Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeği

4.4.5. Aile Sağlığı Merkezinin Yerleşim Yerine Göre Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeğinin Değerlendirilmesi

Katılımcıların çalıştıkları Aile Sağlığı Merkezinin yerleşim yerleri ile Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p=0,298$). Tablo 20’de gösterildi.

Tablo 20. Aile Sağlığı Merkezinin yerleşim yerine göre Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeği puan dağılımı

Aile Sağlığı Merkezinin Yerleşim Yeri	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)	OBYTÖ Ortalama $\pm$ SS	p*
Köy / kasaba	78	18,2	63,88 $\pm$ 13,09	0,298
İlçe merkezi	180	42,1	61,32 $\pm$ 13,71	
İl merkezi	170	39,7	62,45 $\pm$ 12,48	

* Kruskal Wallis testi SS:Standart Sapma OBYTÖ: Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeği

4.4.6. Aile Hekimliği Biriminin Günlük Poliklinik Sayısına Göre Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeğinin Değerlendirilmesi

Katılımcıların çalıştığı Aile Hekimliği Biriminin günlük poliklinik sayısı ile Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p=0,807$). Tablo 21’de gösterildi.

Tablo 21. Aile Hekimliği Biriminin günlük poliklinik sayısına göre Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeği puan dağılımı

Aile Hekimliği Biriminin Günlük Poliklinik Sayısı	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)	OBYTÖ Ortalama $\pm$ SS	p*
60 ve altı	232	54,2	62,15 $\pm$ 12,96	0,807
61 ve üstü	196	45,8	62,34 $\pm$ 13,35	

*Mann-Whitney U testi SS:Standart Sapma OBYTÖ: Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeği

4.4.7. Hekimlik Süresine Göre Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeğinin Değerlendirilmesi

Katılımcıların hekimlik süresi grupları ile Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p=0,458$). Tablo 22’de gösterildi.

Tablo 22. Hekimlik süresi gruplarına göre Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeği puan dağılımı

Hekimlik Süresi (Yıl)	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)	OBYTÖ Ortalama $\pm$ SS	p*
1-10	163	38,1	62,17 $\pm$ 12,83	0,458
11-20	138	32,2	60,75 $\pm$ 14,13	
21-30	94	22,0	63,78 $\pm$ 12,29	
31 ve üstü	33	7,7	64,36 $\pm$ 12,26	

* Kruskal Wallis testi SS:Standart Sapma OBYTÖ: Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeği

4.4.8. Aile Hekimi Olarak Çalışma Süresine Göre Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeğinin Değerlendirilmesi

Katılımcıların Aile Hekimi olarak çalışma süresi grupları ile Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p=0,503$). Tablo 23'te gösterildi.

Tablo 23. Aile Hekimi olarak çalışma süresi gruplarına göre Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeği puan dağılımı

Aile Hekimi Olarak Çalışma Süresi (Yıl)	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)	OBYTÖ Ortalama $\pm$ SS	p*
0-5	139	32,5	61,01 $\pm$ 13,44	0,503
6-10	112	26,2	62,66 $\pm$ 13,05	
11 ve üstü	177	41,3	62,93 $\pm$ 12,93	

* Kruskal Wallis testi SS:Standart Sapma OBYTÖ: Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeği

4.4.9. Kronik Hastalık Mevcudiyeti Durumuna Göre Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeğinin Değerlendirilmesi

Katılımcıların kronik hastalık mevcudiyeti durumu ile Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında, kronik hastalığı bulunan Aile Hekimlerinin ortalama puanı daha yüksek olmasına rağmen bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı saptanmadı ($p=0,393$). Tablo 24'te gösterildi.

Tablo 24. Kronik hastalık mevcudiyeti durumuna göre Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeği puan dağılımı

Kronik Hastalık	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)	OBYTÖ Ortalama $\pm$ SS	p*
Var	117	27,3	63,46 $\pm$ 13,40	0,393
Yok	311	72,7	61,77 $\pm$ 13,01	

*Mann-Whitney U testi SS:Standart Sapma OBYTÖ: Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeği

4.4.10. Ailede Obeziteli Birey Bulunma Durumuna Göre Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeğinin Değerlendirilmesi

Katılımcıların ailede obeziteli birey bulunma durumu ile Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p=0,499$). Tablo 25'te gösterildi.

Tablo 25. Ailede obeziteli birey bulunma durumuna göre Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeği puan dağılımı

Ailede Obeziteli Birey	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)	OBYTÖ Ortalama $\pm$ SS	p*
Var	199	46,5	62,08 $\pm$ 13,25	0,499
Yok	229	53,5	62,37 $\pm$ 13,04	

*Mann-Whitney U testi SS:Standart Sapma OBYTÖ: Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeği

4.4.11. Tıp Fakültesi Mezuniyeti Sonrası Obezite ile İlgili Eğitim Alma Durumuna Göre Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeğinin Değerlendirilmesi

Katılımcıların obezite eğitimi alma durumu ile Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında, obezite ile ilgili eğitim alan Aile Hekimlerinin ölçekten aldıkları ortalama puanın, eğitim almayan Aile Hekimlerine kıyasla daha yüksek olduğu belirlendi. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ($p=0,028$). Tablo 26'da gösterildi.

Tablo 26. Obezite eğitimi alma durumuna göre Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeği puan dağılımı

Eğitim Durumu	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)	OBYTÖ Ortalama $\pm$ SS	p*
Evet	253	59,1	63,28 $\pm$ 13,10	0,028
Hayır	175	40,9	60,72 $\pm$ 13,05	

*Mann-Whitney U testi SS:Standart Sapma OBYTÖ: Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeği

4.4.12. Beden Kitle İndeksine Göre Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeğinin Değerlendirilmesi

Katılımcıların beden kitle indeksi ile Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında, kilo fazlalığı ve obezite grubundaki Aile Hekimlerinin ölçekten aldıkları ortalama puanın, zayıf ve normal gruptaki Aile hekimlerine kıyasla daha yüksek olduğu belirlendi. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı saptandı($p=0,044$). Tablo 27’de gösterildi.

Tablo 27. Beden kitle indeksine göre Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeği puan dağılımı

Beden Kitle İndeksi	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)	OBYTÖ Ortalama $\pm$ SS	p*
Zayıf-Normal	151	35,3	60,51 $\pm$ 11,25	0,044
Kilo Fazlalığı-Obezite	277	64,7	63,17 $\pm$ 13,97	

*Mann-Whitney U testi SS:Standart Sapma OBYTÖ: Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeği

4.5. Katılımcıların İletişim Becerileri

Çalışmamıza katılan Aile Hekimlerinin İletişim Becerileri Envanteri-Kısa Formu puan ortalaması 62,49 $\pm$ 6,99 olarak tespit edildi. Alt boyutlar incelendiğinde, mesajlara duyarlılık alt boyutu puan ortalaması 24,71 $\pm$ 3,12, etkin dinleme alt boyutu puan ortalaması 22,41 $\pm$ 2,91 ve etkili tepki verme alt boyutu puan ortalaması 15,35 $\pm$ 2,47 olarak belirlendi.

4.5.1. Cinsiyete Göre İletişim Becerileri Envanteri-Kısa Formunun Değerlendirilmesi

Katılımcıların cinsiyetleri ile İletişim Becerileri Envanteri-Kısa Formundan aldıkları toplam puan ortalamaları ve alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0,05$). Tablo 28’de gösterildi.

Tablo 28. Cinsiyete göre İletişim Becerileri Envanteri-Kısa Form puan dağılımı

Cinsiyet	Mesajlara Duyarlılık Ortalama±SS	Etkin Dinleme Ortalama±SS	Etkili Tepki Verme Ortalama±SS	İBE-Kısa Form Ortalama±SS
Erkek	24,76±3,11	22,44±2,93	15,37±2,39	62,57±6,81
Kadın	24,65±3,15	22,36±2,89	15,33±2,61	62,34±7,30
p*	0,539	0,820	0,980	0,833

*Mann-Whitney U testi SS:Standart Sapma İBE-Kısa Form: İletişim Becerileri Envanteri-Kısa Form

4.5.2. Yaş Gruplarına Göre İletişim Becerileri Envanteri-Kısa Formunun Değerlendirilmesi

Katılımcıların yaş grupları ile İletişim Becerileri Envanteri-Kısa Formu'ndan aldıkları toplam puan ortalamaları ve alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında, 35-44 yaş arası Aile Hekimlerinin 55 yaş ve üstü Aile Hekimlerine kıyasla toplam ve mesajlara duyarlılık alt boyutu puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu saptandı ($p=0,031$, $p=0,021$). Ek olarak, 25-34 yaş arası Aile Hekimlerinin 45-54 yaş arası Aile Hekimlerine kıyasla etkin dinleme alt boyut puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlendi ($p=0,046$). Tablo 29'da gösterildi.

Tablo 29. Yaş gruplarına göre İletişim Becerileri Envanteri-Kısa Form puan dağılımı

Yaş Grupları (Yıl)	Mesajlara Duyarlılık Ortalama±SS	Etkin Dinleme Ortalama±SS	Etkili Tepki Verme Ortalama±SS	İBE-Kısa Form Ortalama±SS
25-34	24,62±2,94	22,01±2,85	15,25±2,38	61,89±6,70
35-44	24,33±3,37	22,14±2,95	15,18±2,63	61,66±7,48
45-54	24,91±3,12	23,06±2,84	15,49±2,48	63,46±6,77
55 ve üstü	26,02±2,26	22,80±2,92	16,05±1,94	64,88±5,80
p*	0,026	0,017	0,295	0,010

*Kruskal Wallis testi SS:Standart Sapma İBE-Kısa Form: İletişim Becerileri Envanteri-Kısa Form

4.5.3. Medeni Duruma Göre İletişim Becerileri Envanteri-Kısa Formunun Değerlendirilmesi

Katılımcıların medeni durumları ile İletişim Becerileri Envanteri-Kısa Formundan aldıkları toplam puan ortalamaları ve alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0,05$). Tablo 30'da gösterildi.

Tablo 30. Medeni duruma göre İletişim Becerileri Envanteri-Kısa Form puan dağılımı

Medeni Durum	Mesajlara Duyarlılık Ortalama $\pm$ SS	Etkin Dinleme Ortalama $\pm$ SS	Etkili Tepki Verme Ortalama $\pm$ SS	İBE-Kısa Form Ortalama $\pm$ SS
Bekar/boşanmış/dul	24,51 $\pm$ 3,08	22,09 $\pm$ 2,76	15,32 $\pm$ 2,28	61,93 $\pm$ 6,70
Evli	24,76 $\pm$ 3,14	22,48 $\pm$ 2,94	15,36 $\pm$ 2,52	62,62 $\pm$ 7,06
p*	0,333	0,307	0,815	0,247

*Mann-Whitney U testi SS:Standart Sapma İBE-Kısa Form: İletişim Becerileri Envanteri-Kısa Form

4.5.4. Ünvana Göre İletişim Becerileri Envanteri-Kısa Formunun Değerlendirilmesi

Katılımcıların ünvanları ile İletişim Becerileri Envanteri-Kısa Formundan aldıkları toplam puan ortalamaları ve alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0,05$). Tablo 31'de gösterildi.

Tablo 31. Ünvana göre İletişim Becerileri Envanteri-Kısa Form puan dağılımı

Ünvan	Mesajlara Duyarlılık Ortalama±SS	Etkin Dinleme Ortalama±SS	Etkili Tepki Verme Ortalama±SS	İBE-Kısa Form Ortalama±SS
Aile Hekimliği Uzmanı	24,65±3,50	22,65±3,06	15,46±2,57	62,76±7,90
Aile Hekimi (pratisyen)	24,74±3,01	22,55±2,94	15,39±2,48	62,69±6,93
Sözleşmeli Aile Hekimliği Asistanı (SAHU)	24,71±3,12	22,15±2,82	15,27±2,43	62,14±6,72
p*	0,958	0,303	0,686	0,573

*Kruskal Wallis testi SS:Standart Sapma İBE-Kısa Form: İletişim Becerileri Envanteri-Kısa Form

4.5.5. Aile Sağlığı Merkezinin Yerleşim Yerine Göre İletişim Becerileri Envanteri-Kısa Formunun Değerlendirilmesi

Katılımcıların çalıştıkları Aile Sağlığı Merkezinin yerleşim yerleri ile İletişim Becerileri Envanteri-Kısa Formundan aldıkları toplam puan ortalamaları ve alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0,05$). Tablo 32’de gösterildi.

Tablo 32. Aile Sağlığı Merkezinin yerleşim yerine göre İletişim Becerileri Envanteri-Kısa Form puan dağılımı

Aile Sağlığı Merkezinin Yerleşim Yeri	Mesajlara Duyarlılık Ortalama±SS	Etkin Dinleme Ortalama±SS	Etkili Tepki Verme Ortalama±SS	İBE-Kısa Form Ortalama±SS
Köy / kasaba	24,88±2,79	22,39±2,82	15,28±2,62	62,56±6,85
İlçe merkezi	24,73±3,36	22,33±2,80	15,35±2,52	62,42±6,85
İl merkezi	24,62±3,02	22,49±3,07	15,40±2,35	62,52±7,23
p*	0,917	0,683	0,968	0,944

*Kruskal Wallis testi SS:Standart Sapma İBE-Kısa Form: İletişim Becerileri Envanteri-Kısa Form

4.5.6. Aile Hekimliği Biriminin Günlük Poliklinik Sayısına Göre İletişim Becerileri Envanteri-Kısa Formunun Değerlendirilmesi

Katılımcıların çalıştıkları Aile Hekimliği Biriminin günlük poliklinik sayısı ile İletişim Becerileri Envanteri-Kısa Formundan aldıkları toplam ve alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında günlük poliklinik sayısı 61 ve üstü olan Aile Hekimlerinin toplam ve tüm alt boyut puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptandı ($p=0,001$). Tablo 33'te gösterildi.

Tablo 33. Aile Hekimliği Biriminin günlük poliklinik sayısına göre İletişim Becerileri Envanteri-Kısa Form puan dağılımı

Aile Hekimliği Biriminin Günlük Poliklinik Sayısı	Mesajlara Duyarlılık Ortalama $\pm$ SS	Etkin Dinleme Ortalama $\pm$ SS	Etkili Tepki Verme Ortalama $\pm$ SS	İBE-Kısa Form Ortalama $\pm$ SS
60 ve altı	24,11 $\pm$ 2,95	21,82 $\pm$ 2,87	14,99 $\pm$ 2,32	58,12 $\pm$ 5,56
61 ve üstü	25,43 $\pm$ 3,18	23,10 $\pm$ 2,81	15,79 $\pm$ 2,58	61,85 $\pm$ 6,77
p*	0,001	0,001	0,001	0,001

*Mann-Whitney U testi SS:Standart Sapma İBE-Kısa Form: İletişim Becerileri Envanteri-Kısa Form

4.5.7. Hekimlik Süresine Göre İletişim Becerileri Envanteri-Kısa Formunun Değerlendirilmesi

Katılımcıların hekimlik süreleri ile İletişim Becerileri Envanteri-Kısa Formundan aldıkları toplam puan ortalamaları ve alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında, 31 yıl ve üstü süre hekimlik süresine sahip Aile Hekimlerinin 1-10 yıl ($p=0,011$, $p=0,021$) ve 11-20 yıl ($p=0,028$, $p=0,027$) hekimlik süresine sahip Aile Hekimlerine kıyasla toplam ve mesajlara duyarlılık alt boyutu puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptandı. Tablo 34'te gösterildi.

Tablo 34. Hekimlik süresine göre İletişim Becerileri Envanteri-Kısa Form puan dağılımı

Hekimlik Süresi (Yıl)	Mesajlara Duyarlılık Ortalama±SS	Etkin Dinleme Ortalama±SS	Etkili Tepki Verme Ortalama±SS	İBE-Kısa Form Ortalama±SS
1-10	24,52±3,12	22,11±2,95	15,23±2,56	61,86±7,14
11-20	24,47±3,25	22,23±2,83	15,37±2,42	62,09±6,91
21-30	24,89±3,08	22,93±2,88	15,27±2,52	63,10±6,94
31 ve üzeri	26,21±2,31	23,12±2,97	16,15±2,01	65,48±5,99
p*	0,023	0,032	0,354	0,012

*Kruskal Wallis testi SS:Standart Sapma İBE-Kısa Form: İletişim Becerileri Envanteri-Kısa Form

4.5.8. Aile Hekimi Olarak Çalışma Süresine Göre İletişim Becerileri Envanteri-Kısa Formunun Değerlendirilmesi

Katılımcıların Aile Hekimi olarak çalıştıkları süre ile İletişim Becerileri Envanteri-Kısa Formundan aldıkları toplam puan ortalamaları ve alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0,05$). Tablo 35’te gösterildi.

Tablo 35. Aile Hekimliği süresine göre İletişim Becerileri Envanteri-Kısa Form puan dağılımı

Aile Hekimi Olarak Çalışma Süresi (Yıl)	Mesajlara Duyarlılık Ortalama±SS	Etkin Dinleme Ortalama±SS	Etkili Tepki Verme Ortalama±SS	İBE-Kısa Form Ortalama±SS
0-5	24,63±3,02	22,33±2,75	15,27±2,57	62,24±7,02
6-10	24,34±3,10	22,05±2,96	15,29±2,49	61,69±6,89
11 ve üzeri	25,02±3,20	22,69±2,99	15,46±2,39	63,18±7,00
p*	0,051	0,162	0,718	0,052

*Kruskal Wallis testi SS:Standart Sapma İBE-Kısa Form: İletişim Becerileri Envanteri-Kısa Form

4.5.9. Kronik Hastalık Mevcudiyeti Durumuna Göre İletişim Becerileri Envanteri-Kısa Formunun Değerlendirilmesi

Katılımcıların kronik hastalık mevcudiyeti durumu ile İletişim Becerileri Envanteri-Kısa Formundan aldıkları toplam puan ortalamaları ve alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında, sadece etkin dinleme alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmış kronik hastalığı bulunan Aile Hekimlerinin etkin dinleme alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlendi ($p=0,012$). Tablo 36’da gösterildi.

Tablo 36. Kronik hastalık mevcudiyeti durumuna göre İBE-Kısa Form puan dağılımı

Kronik Hastalık Mevcudiyeti	Mesajlara Duyarlılık Ortalama $\pm$ SS	Etkin Dinleme Ortalama $\pm$ SS	Etkili Tepki Verme Ortalama $\pm$ SS	İBE-Kısa Form Ortalama $\pm$ SS
Var	24,90 $\pm$ 3,18	22,90 $\pm$ 2,88	15,57 $\pm$ 2,54	63,38 $\pm$ 7,04
Yok	24,64 $\pm$ 3,10	22,22 $\pm$ 2,90	15,27 $\pm$ 2,44	62,15 $\pm$ 6,95
p*	0,424	0,012	0,340	0,088

*Mann-Whitney U testi SS:Standart Sapma İBE-Kısa Form: İletişim Becerileri Envanteri-Kısa Form

4.6. Obez Bireylere Yönelik Tutum ile İletişim Becerilerinin İlişkisi

Çalışmamıza katılan Aile Hekimlerinin obez bireylere yönelik tutumları ile iletişim becerileri arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla Spearman korelasyon testi kullanıldı. Elde edilen bulgular tablo halinde sunuldu (Tablo 37).

Tablo 37. Obez bireylere yönelik tutum ve iletişim becerilerinin ilişkisi

		Mesajlara Duyarlılık	Etkin Dinleme	Etkili Tepki Verme	İBE-Kısa Form Toplam
OBYTÖ	Spearman r	0,045	0,132	0,091	0,112
	p*	0,348	0,006	0,061	0,020

*Spearman Korelasyon testi

Katılımcıların Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeğinden aldıkları puanlar ile İletişim Becerileri Envanteri-Kısa Formu etkin dinleme alt boyutundan aldıkları puan arasında istatistiksel olarak anlamlı ama önemsenmeyecek düzeyde bir pozitif korelasyon ($r=0,132$, $p=0,006$) saptandı .

Katılımcıların Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeğinden aldıkları puanlar ile İletişim Becerileri Envanteri-Kısa Formundan aldıkları toplam puan arasında istatistiksel olarak anlamlı ama önemsenmeyecek düzeyde bir pozitif korelasyon ($r=0,112$, $p=0,020$) saptandı .



5. TARTIŞMA

Çalışmaya katılan Aile Hekimleri'nin %62,4'ü erkek (n=267) %37,6'sı (n=161) kadındır. Akman ve arkadaşlarının obeziteye yönelik algıları incelemek için 2010 yılında İstanbul Üsküdar ilçesinde birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev yapan 53 hekim ve 51 hemşire toplam 104 sağlık çalışanı ile gerçekleştirdikleri çalışmada, katılımcıların %23,1'i (n=24) erkek, %76,9'u (n=80) kadındır (66). Aynaoglu Hakverdi'nin iletişim becerilerini değerlendirmek amacıyla 745 Aile Hekimi ile gerçekleştirdiği çalışmada, katılımcıların %76,1'i (n=576) erkek, %23,9'u (n=169) kadındır (6). Gönen'in 2023 yılında Kayseri'de çalışan Aile Hekimlerinin obezite algılarını etkileyen faktörler ve obez bireylere yönelik tutumlarını incelemek amacıyla 251 Aile Hekimi ile gerçekleştirdiği çalışmada ise katılımcıların %63,3'ü (n=159) erkek, %36,7'si (n=92) kadındır (67). Çalışmamıza katılan Aile Hekimlerinin cinsiyet dağılımının, Türkiye'deki genel eğilimle benzerlik gösterdiği söylenebilir.

Çalışmamıza katılan Aile Hekimleri'nin yaş ortalaması $40,88 \pm 8,89$, kadınların yaş ortalaması $40,30 \pm 8,65$, erkeklerin yaş ortalaması ise $41,23 \pm 9,02$ olarak bulundu. Katılımcıların %29,4'ü (n=126) 25-34 yaş grubunda, %35,1'i (n=150) 35-44 yaş grubunda, %27,1'i (n=116) 45-54 yaş grubunda, %8,4'ü (n=36) 55 yaş üstü grupta yer almaktadır. Ferrante ve arkadaşlarının Amerika Birleşik Devletleri'nde Aile Hekimleri'nin obez hastaların bakımına ilişkin uygulamalarını ve tutumlarını inceledikleri çalışmada katılımcıların %24,9'u (n=62) 40 yaş ve altı grupta, %41,8'i (n=104) 41-50 yaş grubunda, %24,5'i (n=61) 51-60 yaş grubunda, %8,8'i (n=22) 60 yaş üstü grupta yer almaktadır (36). Duran ve Albayrak'ın sağlık çalışanlarının iletişim becerilerini ve göçmenlerle yaşadıkları iletişim zorluklarını belirlemek amacıyla Yozgat Şehir Hastanesi ve Yozgat il merkezindeki 8 Aile Sağlığı Merkezindeki toplam 450 sağlık çalışanı ile gerçekleştirdikleri çalışmada katılımcıların %25,1'i (n=113) 18-25 yaş grubunda, %43,3'ü (n=195) 26-33 yaş grubunda, %20,7'si (n=93) 34-40 yaş grubunda, %10,9'u (n=49) 41 yaş ve üstü grupta yer almaktadır (68). Gönen'in çalışmasında ise katılımcıların %20,3'ü (n=51) 21-35 yaş grubunda, %49,0'ı (n=123) 36-50 yaş grubunda, %30,7'si (n=77) ise 51-65 yaş grubunda yer almaktadır (67).

Çalışmamıza katılan Aile Hekimlerinin %80,8'i (n=346) evli olduğunu %19,2'si (n=82) ise bekar, boşanmış ya da dul olduğunu belirtti. Valverde Bolívar ve

arkadaşlarının İspanya’da Aile Hekimliği öğretim üyeleri ile Aile Hekimliği asistanlarının iletişim becerilerini değerlendirmek amacıyla gerçekleştirdikleri çalışmada, katılımcıların %59,7’si (n=71) evli, %31,9’u (n=38) bekar, %5,9’u (n=7) boşanmış ve %2,5’i (n=3) diğer medeni duruma sahip olarak bildirilmiştir (69). Oruç’un, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde görev yapan hekimlerin iletişim becerilerini değerlendirmek amacıyla 156 hekim ile gerçekleştirdiği çalışmada, katılımcıların %46,8’inin (n=73) evli, %53,2’sinin (n=83) ise bekar olduğu bildirilmiştir (70). Gönen’in çalışmasında ise Aile Hekimleri’nin %86,9’unun (n=218) evli olduğu %13,1’inin (n=33) ise bekar, boşanmış ya da dul olduğu belirtilmiştir (67).

Çalışmamıza katılan Aile Hekimlerinin %45,8’i (n=196) pratisyen hekim, %39,5’i (n=169) Sözleşmeli Aile Hekimliği Asistanı (SAHU), %14,7’si (n=63) Aile Hekimliği Uzmanı olarak görev yapmaktadır. Çiftetepe Öztürk’ün Edirne’de Aile Hekimlerinin iletişim becerilerinin hasta memnuniyeti üzerine etkisini incelemek amacıyla gerçekleştirdiği çalışmada katılımcıların %83,7’si (n=41) pratisyen hekim, %16,3’ü (n=8) Aile Hekimliği Uzmanı olarak belirtilmiştir (71). Atalay Dirgen’in Türkiye’de Aile Hekimlerinin obezite ile mücadeledeki yerini saptamak amacıyla gerçekleştirdiği çalışmada katılımcıların %9,8’i (n=25) pratisyen hekim, %21,6’sı (n=55) Sözleşmeli Aile Hekimliği Asistanı (SAHU), %41,6’sı (n=106) Aile Hekimliği Uzmanı, %27,1’i (n=69) uzmanlık öğrencisi olarak belirtilmiştir (72). Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2023 verilerine göre Aile Sağlığı Merkezlerinde görev yapan toplam 26403 hekimin %11,5’inin (n=3046) Aile Hekimliği Uzmanı olduğu belirtilmiştir (73). Çalışmamıza katılan hekimler arasında Aile Hekimliği Uzmanı oranı, ülke genelindeki mevcut dağılımla benzerlik göstermektedir.

Çalışmamıza katılan Aile Hekimlerinin %39,7’si (n=170) il merkezinde, %42,1’i (n=180) ilçe merkezinde, %18,2’si (n=78) köy ve kasabalarda görev yapmaktadır. Valverde Bolívar ve arkadaşlarının çalışmasında Aile Hekimlerinin %63,0’ü (n=75) kentsel bölgelerde, %37,0’sinin (n=44) ise kırsal bölgelerde çalıştığı belirtilmiştir (69).

Çalışmamıza katılan Aile Hekimlerinin %54,2’si (n=232) günlük ortalama 60 ve altı poliklinik sayısına sahipken %45,8’i (n=196) ise 61 ve üstü poliklinik sayısına sahiptir. Özgüç ve arkadaşlarının Türkiye genelinde birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev yapan 1044 Aile Hekiminin obezite ve bariyatrik cerrahi hakkında

bilgi ve tutumlarını inceledikleri çalışmada, katılımcıların %63,3'ü (n=661) günlük ortalama 60 ve altı %36,7'si (n=383) ise 61 ve üstü poliklinik sayısına sahip olduğu belirtilmiştir (74). Bilgili'nin İstanbul'da obezite yönetimi ve bariyatrik cerrahi hakkında bilgi düzeylerini değerlendirmek amacıyla 252 Aile Hekimi ile yürüttüğü çalışmada katılımcıların %12,3'ü (n=31) günlük ortalama 30 ve altı, %34,9'u (n=88) 31-50, %23,0'ı (n=588) 51-70, %29,8'i (n=75) ise 71 ve üzeri poliklinik sayısına sahip olduğu belirtilmiştir (75). Uncu'nun Samsunda obezite yönetimi hakkında bilgi ve tutum düzeylerini incelemek amacıyla 273 Aile Hekimi ile gerçekleştirdiği çalışmada katılımcıların %39,2'sinin (n=107) günlük ortalama 60 ve altı, %60,8'inin (n=166) ise 61 ve üstü poliklinik sayısına sahip olduğu belirtilmiştir (76).

Çalışmamıza katılan Aile Hekimlerinin %38,1'i (n=163) 1-10 yıl arası, %32,2'si (n=138) 11-20 yıl arası, %22'si (n=94) 21-30 yıl arası ve %7,7'si (n=33) ise 31 yıl ve üzeri hekimlik deneyimine sahiptir. Gönen'in çalışmasında, Aile Hekimlerinin %1,6'sı (n=4) 1 yıldan az, %44,2'si (n=111) 1-10 yıl arası, %50,6'sı (n=127) 11-20 yıl arası, %2,8'i (n=7) 21-30 yıl arası ve %0,8'i (n=2) 31-40 yıl arası mesleki tecrübeye sahip olarak belirtilmiştir (67). Özgüç ve arkadaşlarının gerçekleştirdiği çalışmada ise, katılımcıların %19,9'unu (n=198) 0-5 yıl, %19,7'sini (n=205) 6-10 yıl, %30,7'sini (n=321) 11-20 yıl, %25,6'sını (n=267) 21-30 yıl ve %5,1'ini (n=53) 31 yıl ve üzeri hekimlik süresine sahip hekimlerin oluşturduğu belirtilmiştir (74). Çiftetepe Öztürk'ün yürüttüğü çalışmada da Aile Hekimlerinin %6,1'ini (n=3) 6-10 yıl, %20,4'ünü (n=10) 11-15 yıl, %20,4'ünü (n=10) 16-20 yıl ve %53,1'ini (n=26) 21 yıl ve üzeri hekimlik tecrübesi olan katılımcıların oluşturduğu belirtilmiştir (71).

Çalışmamıza katılan Aile Hekimlerinin %32,5'i (n=139) 0-5 yıl arası, %26,2'si (n=112) 6-10 yıl arası ve %41,4'ü (n=177) ise 11 yıl ve üzeri süresince Aile Hekimi olarak çalışmaktadır. Tunç'un İstanbul'da çalışan Aile Hekimlerinde obezite yönetimi hakkında bilgi düzeyi ve yaklaşımlarını incelemek için 309 katılımcı ile yaptığı çalışmada Aile Hekimlerinin %36,9'u (n=114) 0-2 yıl arası, %30,4'ü (n=94) 3 yıl, %13,3'ü (n=41) 4 yıl ve %19,4'ü (n=60) ise 5 yıl ve üzeri süresince Aile Hekimi olarak çalıştığı belirtilmiştir (77). Çiftetepe Öztürk'ün yürüttüğü çalışmada da hekimlerin %4,1'i (n=2) 1 yıldan az, %20,4'ü (n=10) 1-5 yıl arası, %20,4'ü (n=10) 6-10 yıl arası ve %55,1'i (n=27) ise 10 yıl ve üzeri süresince Aile Hekimi olarak çalıştığı belirtilmiştir (71).

Çalışmamıza katılan Aile Hekimlerinin %27,3'ünün (n=117) en az bir kronik hastalığa sahip olduğu, %72,7'sinin (n=311) ise herhangi bir kronik hastalığa sahip olmadığı saptandı. Tüzün ve arkadaşlarının Ankara'da dört farklı hastanedeki sağlık çalışanlarıyla yaptıkları çalışmada katılımcıların %21,8'inin (n=108) kronik hastalığı bulunduğu belirtilmiştir (78). Gönen'in gerçekleştirdiği çalışmada ise katılımcıların %36,3'ünün (n=91) kronik hastalığa sahip olduğu belirtilmiştir (67). Gönen'in çalışmasındaki kronik hastalık oranının, bizim çalışmamıza kıyasla daha yüksek olmasının nedeni, söz konusu çalışmada yer alan Aile Hekimlerinin yaş ortalamasının daha yüksek olmasıyla ilişkili olabilir. Benzer şekilde Tüzün'ün çalışmasındaki kronik hastalık oranının, bizim çalışmamıza kıyasla daha düşük olmasının nedeni, söz konusu çalışmada yer alan katılımcıların yaş ortalamasının daha düşük olması olabilir.

Çalışmamıza katılan Aile Hekimlerinin %46,5'inin (n=199) ailesinde obeziteli birey varken, %53,5'inin (n=229) ise ailesinde obeziteli birey yoktur. Tüzün'ün çalışmasında katılımcıların ailesinde obeziteli birey bulunma oranı %36,8 (n=180) olarak bildirilmiştir (78). Karakaya'nın Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi klinik bilimler asistanlarının obeziteye ilişkin tutum, inanç ve ön yargılarını değerlendirdiği çalışmada katılımcıların ailesinde obeziteli birey bulunma oranı %40 (n=80) olarak belirtilmiştir (79).

Çalışmamıza katılan Aile Hekimlerinin %59,1'inin (n=253), obezite konusunda eğitim aldığı belirlendi. Bu hekimlerin %66,8'inin (n=169) söz konusu eğitimi hizmet içi eğitim programları kapsamında aldıkları saptandı. Atalay Dirgen'in çalışmasında Aile Hekimlerinin %49'unun (n=125) mezuniyet sonrası eğitim aldığı bildirilmiş ve eğitim alan gruptan 54 katılımcının kongre, seminer vs. ortamında eğitim aldığı belirtilmiştir (72). Gönen'in çalışmasında ise Aile Hekimlerinin %37,1'inin (n=82) obezite eğitimi aldığı ve en sık eğitim kaynağının hizmet içi eğitimler olduğu belirtilmiştir (67). Çalışmamızda obezite konusunda eğitim alma oranının Atalay Dirgen'in ve Gönen'in çalışmalarıyla karşılaştırıldığında daha yüksek bulunmasının nedeni, çalışmamızın çevrim içi (online) anket yöntemiyle gerçekleştirilmiş olmasından dolayı obezite konusuna ilgi duyan hekimlerin araştırmaya katılma eğiliminin daha yüksek olması olabilir.

Çalışmamıza katılan erkek Aile Hekimlerinin BKİ ortalaması $27,51 \pm 3,89$ kg/m², kadın hekimlerin BKİ ortalaması $25,51 \pm 4,07$ kg/m² ve tüm katılımcıların BKİ ortalaması $26,76 \pm 4,07$ kg/m² olarak tespit edildi. Katılımcıların %20,5'i (n=88) obezite grubunda, %44,2'si (n=189) ise kilo fazlalığı grubunda yer almaktadır. Erkek Aile Hekimlerinin %22,5'i (n=60) obezite grubunda, %50,9'u (n=136) kilo fazlalığı grubunda bulunurken kadın Aile Hekimlerinin %17,4'ü (n=28) obeziteli grupta, %32,9'u (n=53) ise kilo fazlalığı grubunda yer aldığı saptandı. Foster ve arkadaşlarının Amerika Birleşik Devletleri'nde 620 Aile Hekimi ile obezite tedavisine ilişkin tutumları değerlendirdikleri çalışmada erkek katılımcıların BKİ ortalaması $26,1 \pm 3,6$ kg/m², kadınların BKİ ortalaması $24,6 \pm 5,2$ kg/m² ve tüm katılımcıların toplam BKİ ortalaması $25,5 \pm 4,3$ kg/m² olarak belirtilmiştir. Aynı çalışmada erkeklerin %12,1'i, kadınların %11,2'si ve tüm katılımcıların %12'si obezite grubunda olarak belirtilmiştir (80). Uncu'nun çalışmasında erkeklerin BKİ ortalaması $27,67 \pm 3,90$ kg/m², kadınların BKİ ortalaması $25,27 \pm 4,06$ kg/m² ve tüm katılımcıların BKİ ortalaması ise $26,81 \pm 4,12$ kg/m² olarak belirtilmiştir. Aynı çalışmada erkeklerin %22,3'ü, kadınların %13,3'ü ve tüm katılımcıların %19'u obezite grubunda, erkeklerin %52,6'sı, kadınların %31,6'sı ve tüm katılımcıların %45,1'i fazla kilolu grubunda olarak belirtilmiştir (76). Gönen'in çalışmasında ise erkeklerin BKİ ortalaması $27,7 \pm 3,6$ kg/m² kadınların BKİ ortalaması ise $26,4 \pm 5,1$ kg/m² olarak belirtilmiştir. Aynı çalışmada katılımcıların %21,9'u obezite grubunda %43,8'i ise fazla kilolu grubunda olarak belirtilmiştir (67). Bu bulgular, Aile Hekimleri arasında obezite ve kilo fazlalığı oranının yüksek olduğunu ortaya koymakta olup, literatürde yer alan benzer çalışmalarla genel olarak uyumluluk göstermektedir.

Cinsiyete göre yapılan değerlendirmede, erkek Aile Hekimlerinin BKİ ortalamasının, obezite ve kilo fazlalığı prevalansının kadın Aile Hekimlerine kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptandı. Literatürde yer alan benzer çalışmalarda da kadın Aile Hekimlerinin BKİ ortalaması ve obezite oranının erkek meslektaşlarına göre daha düşük olduğu belirtilmiştir (67,76,80). Erkek Aile Hekimlerindeki obezite oranı Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri 2017 ve TBSA 2017 verileriyle benzerlik gösterirken, kadın Aile Hekimlerindeki obezite prevalansı bu çalışmalarda bildirilen toplum geneli kadın obezite oranlarına kıyasla çok düşüktür (9,10). Bu farklılık kadın hekimlerin çalışma hayatında aktif rol almaları, topluma kıyasla çok daha yüksek eğitim seviyesine

sahip olmaları ve mesleki bilgi ve tecrübelerini yaşam tarzlarına yansıtma ile ilgili olabilir.

Yaşa göre yapılan değerlendirmede, 25-34 yaş grubundaki katılımcıların BKİ değerlerinin diğer yaş gruplarına kıyasla anlamlı düzeyde daha düşük olduğu saptandı. Yaş ilerledikçe obezite oranlarının artış göstermesi beklenen bir durumdur. Nitekim TBSA2017 verilerine göre 19-30 yaş grubunda obezite oranı %13,8, 31-50 yaş grubunda %34,2 ve 51-64 yaş grubunda ise %50,4 olarak belirtilmiştir (9). Çalışmamızda elde ettiğimiz bu sonuç literatür ile uyumludur.

Çalışmamızda ayrıca, bekar bireylerde, Aile Hekimliği Uzmanı olanlarda, 1-10 yıl arasında hekimlik deneyimine sahip olanlarda ve 0-5 yıldır Aile Hekimi olarak görev yapan katılımcılarda BKİ değerlerinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu saptandı. Elde edilen bu sonuçların söz konusu gruplardaki katılımcıların yaş ortalamalarının diğer gruplara göre daha düşük olmasıyla ilişkili olabileceği düşünüldü.

Çalışmamıza katılan Aile Hekimlerinin %40'ının (n=171) mevcut kilosundan memnun olduğu, %60'ının (n=257) ise memnun olmadığı saptandı. Kadın katılımcıların, kilo fazlalığı ve obezite grubunda yer alanların ve kronik hastalığı bulunanların mevcut kilolarından memnun olmadığı belirlendi. Karakaya'nın yaptığı çalışmada katılımcıların %9'unun (n=18) kendisini şişman olarak tanımladığı belirtilmiştir (79). Çalışmamızda mevcut kilosundan memnun olma oranının Karakaya'nın çalışmasıyla karşılaştırıldığında daha düşük bulunmasının nedeni söz konusu çalışmanın katılımcılarını genç yaş grubundaki asistan hekimlerin oluşturması, dolayısıyla obezite ve kilo fazlalığına sahip katılımcı sayısının çalışmamıza kıyasla oldukça az olmasıyla açıklanabilir.

Çalışmamıza katılan Aile Hekimlerinin %36,7'si (n=157) obez bireylerin yönetimi konusunda kendilerini yeterli olarak değerlendirdi. BKİ'si zayıf ya da normal aralıkta olan hekimlerin, Aile Hekimliği Uzmanı olanların ve tıp fakültesi mezuniyeti sonrası obezite eğitimi alanların obezite yönetiminde kendilerini daha yeterli gördükleri saptandı. Foster ve arkadaşlarının yürüttüğü çalışmada Aile Hekimlerinin %49,4'ü obez hastaların yönetiminde kendilerini yeterli hissettiklerini belirtmiştir (80). Atalay Dirgen'in çalışmasında obezite değerlendirme konusunda kendisini her zaman ve

sıklıkla yeterli gören Aile Hekimi oranı %40,4 belirtilmiş ve Aile Hekimliği Uzmanı olan katılımcıların diğer katılımcılara kıyasla kendilerini daha yüksek oranda yeterli gördükleri raporlanmıştır. Ek olarak mezuniyet sonrası eğitim almayanların obezite tedavi ve takip puanlarının daha düşük bulunduğu belirtilmiştir (72). Uncu'nun çalışmasında ise Aile Hekimlerinin %32,6'sı fazla kilolu ve obez yetişkin tedavisinde kendilerini yeterli gördükleri belirtilmiştir (76). Söz konusu çalışmalarda bu bulgular çalışmamızın sonuçlarıyla genel olarak örtüşse de Aile Hekimlerinin obezite yönetimine ilişkin yeterlilik oranının düşüklüğü dikkat çekicidir. Bu durum mezuniyet sonrası eğitim eksiklikleri, birinci basamakta görev yapan uzman hekim oranının yetersizliği ve Aile Hekimlerinin obezite tedavisinde kullanabilecekleri ilaçları reçete etmeleri halinde bu ilaçların Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından karşılanmaması gibi nedenlerden kaynaklanmış olabilir. Obezite gibi küresel bir halk sağlığı sorununun önlenmesi ve tedavisinde sağlık sisteminin en ön safında yer alan birinci basamak sağlık hizmetlerinin önemi göz önüne alındığında, Aile Hekimlerinin obezite konusundaki mesleki yeterliliklerinin artırılmasına yönelik kapsamlı eğitim programlarının uygulanması ve obezite ilaçlarının Aile Hekimleri tarafından reçete edilebilmesinin önündeki engellerin kaldırılması gereklidir. Ek olarak obezite yönetiminde etkinliği artırabilecek çok önemli bir adım olarak birinci basamak sağlık hizmetlerinde uzman hekim oranının artırılmasına yönelik politikaların hayata geçirilmesi gerekmektedir.

Çalışmamıza katılan Aile Hekimlerinin %74,8'i (n=320) obez hastaların kalıcı ve gönüllü olarak daha az yiyerek ve/veya daha çok egzersiz yaparak kalıcı şekilde kilo verebileceğine inanırken %11,2'si (n=48) bu görüşe katılmamaktadır. Mezuniyet sonrası obezite eğitimi alan hekimlerin diğer katılımcılara kıyasla bu görüşe daha yüksek oranda katıldıkları saptandı. BKİ'si zayıf ya da normal aralıkta olan hekimlerin diğer katılımcılara kıyasla obez hastaların kalıcı ve gönüllü olarak daha az yiyerek ve/veya daha çok egzersiz yaparak kalıcı şekilde kilo verebileceğine inanmadıkları saptandı. Özgüç ve arkadaşlarının çalışmasında katılımcıların yalnızca %39,5'i obeziteli bireylerin diyet, egzersiz ve davranış değişiklikleri ile hedeflenen kiloya ulaşabileceklerini düşündükleri belirtilmiştir (74). Salinas ve arkadaşlarının Aile Hekimliği Uzmanları ve İç Hastalıkları Uzmanları ile gerçekleştirdiği çalışmada Aile Hekimlerinin %56,6'sı, İç Hastalıkları Uzmanlarının ise %59,7'si yaşam tarzı değişikliklerinin obez hastaların kilo vermelerinde etkili olduğunu belirtmişlerdir (81).

Carrasco ve arkadaşlarının İsveç'te 235 Aile hekimi ile gerçekleştirdiği çalışmada katılımcıların %44'ü obezitesi olan bireyler için en etkili kilo verme yönteminin yaşam tarzı değişiklikleri olduğunu belirtmiştir (82). Uncu'nun çalışmasında ise Aile Hekimlerinin %92,7'si tıbbi beslenme tedavisi ve egzersizin obezite için etkili bir tedavi olduğuna inanmaktadır (76). Bu söz konusu çalışmalarla bazı farklılıklar bulunsa da, elde ettiğimiz bulgular genel olarak literatürle uyumludur. Bu farklılıkların çalışmalarda yer alan katılımcı gruplarının çeşitliliği ve hekimlere yöneltilen soruların farklı ifade kalıplarıyla sorulmasından kaynaklanmış olabilir. Çalışmamızda BKİ'si zayıf ya da normal aralıkta olan hekimlerin, obez bireylerin gönüllü davranış değişiklikleriyle kalıcı kilo verebileceklerine inanmamaları obezitenin karmaşık biyolojik ve psikososyal nedenlerini daha fazla anlamalarından ya da fazla kilolu ve obeziteli hekimlerin bir kısmının kilolarından dolayı kendi kendilerine içsel bir damgalama sürecine girmelerinden kaynaklanmış olabilir. Çalışmamızda obezite eğitimi alan hekimlerin diğer katılımcılara kıyasla obez hastaların kalıcı ve gönüllü olarak daha az yiyerek ve/veya daha çok egzersiz yaparak kalıcı şekilde kilo verebileceğine inanmaları beklentilerimizin tersine bir bulgu olmuştur. Çünkü kalori alımının azaltılması ve fiziksel aktivitenin artırılması gibi gönüllü kilo verme girişimleriyle vücut ağırlığında kalıcı değişiklikler, karmaşık metabolik ve hormonal adaptasyonlar nedeniyle nadiren görülür (3). Bu durum, Aile Hekimlerine verilen obezite eğitimlerinin içeriğinde yaşam tarzı değişiklikleri ön planda tutulurken obezitenin etiyolojisi, metabolik ve hormonal adaptasyon süreçlerine yeterince yer verilmemesinden kaynaklanıyor olabilir. Nitekim Orjuela Grimm ve arkadaşlarının Amerika Birleşik Devletlerinde Aile Hekimliği asistanlık programlarında obezite eğitiminin mevcut durumunu değerlendirdikleri çalışmada obezitenin davranışsal, fiziksel ve beslenme ile ilgili yönlerine daha fazla vurgu yapıldığı, etiyolojisi ve klinik değerlendirilmesine yeteri kadar değinilmediği belirtilmiştir (83). Bu nedenle Aile Hekimlerine yönelik düzenlenen obezite eğitimlerinin içeriği gözden geçirilerek eğitimde yaşam tarzı değişikliklerinin ağırlığı düzenlenebilir. Ek olarak eğitim içeriğinde obezitenin multifaktöriyel etiyolojisi, metabolik ve hormonal adaptasyonları ile obezitede ön yargı ve damgalama gibi konulara daha fazla yer verilmelidir.

Çalışmamıza katılan Aile Hekimlerinin %93,2'si (n=399) obez hastaların sağlık sistemi üzerindeki yükü artırdığını belirtti. Bu görüşe Aile Hekimliği Uzmanlarının

Sözleşmeli Aile Hekimliği Asistanları ve pratisyen hekimlere kıyasla daha yüksek oranda katıldıkları saptandı. Alberga ve arkadaşlarının Kanada’da 400 katılımcıyla Aile Hekimlerinde kilo ön yargılarını incelediği çalışmada obez bireylerin kamu sağlık hizmetlerine olan talebi artırdığına inananların oranı %49,5 olarak bildirilmiştir. Aynı çalışmada katılımcıların %13,3’ü, obezite sorunu yaşayan bireylerin kamu sağlık sistemine erişim için ilave prim ödemeleri gerektiğini savunmuştur (84). Çalışmamızda Alberga ve arkadaşlarının çalışmasına kıyasla bu görüşe katılanların oranı daha fazladır. Bu farklılık ülkeler arası sağlık sistemi farklılığından ve ülkeler arası ekonomik gelişmişlik düzeyi farkından kaynaklanmış olabilir. Bu görüş, hekimler arasında obeziteye yönelik olumsuz tutumların varlığına işaret edebileceği için ayrıca önem taşımaktadır. Çalışmamızda Aile Hekimliği Uzmanlarının bu düşünceye daha çok katılmaları, uzmanlık eğitimi sürecinde obeziteye eşlik eden kronik hastalıklarla daha yoğun şekilde karşılaşmalarıyla ilişkili olabilir.

Çalışmamıza katılan Aile Hekimlerinin %27,8’i (n=119) obez hastaları muayene etmekten hoşnut olduklarını, %29,7’si (n=127) ise obez hastaları muayene etmekten hoşlanmadıklarını belirtti. Aile Hekimliğinde 11 yıl ve üzeri çalışma süresine sahip katılımcıların diğer katılımcılara kıyasla obez hastaları muayene etmekten daha fazla hoşnut hissettikleri saptandı. Foster ve arkadaşlarını çalışmasında katılımcıların %9,1’i obez bir hastayı muayene ederken kendisini rahatsız hissettiğini belirtmiştir (80). Alberga ve arkadaşlarının çalışmasında ise Aile Hekimlerinin %17,8’inin obez hastaları muayene etmekten hoşlanmadıkları belirtilmiştir (84). Bu görüş, hekimler arasında obeziteye yönelik olumsuz tutumların ve ön yargıların varlığını göstermektedir. Çalışmamızda hoşnutsuzluk oranı söz konusu çalışmalara göre yüksektir. Bu farklılık ülkemizdeki Aile Hekimlerinin iş yükünün fazla olmasıyla ilişkili olabilir. 11 yıl ve üzeri Aile Hekimi olarak çalışan katılımcıların obez hastaları muayene etmekten daha az rahatsız olmalarının nedeninin uzun yıllar boyunca aynı obeziteli bireylerle sürdürülen hasta-hekim ilişkisi sayesinde bakımın sürekliliğinin sağlanması, hekimlerin hastalarıyla daha güçlü bir iletişim kurmaları ve zamanla obez bireylerle empati becerilerinin gelişmesi ile ilişkili olabilir.

Çalışmamıza katılan Aile Hekimlerinin %63,6’sının (n=272) obez hastaların diğer hastalara göre daha çok tedavi önerilerine uyumsuz olduğunu düşündükleri saptandı. Alberga ve arkadaşlarının çalışmasında ise Aile Hekimlerinin %27,8’inin obez

hastaların tedavi önerilerine uymadıklarını düşündükleri belirtilmiştir (84). Bu görüş de hekimler arasında obezite ön yargısının göstergesi olabilir. Çalışmamızda bu görüşe katılım oranı Alberga ve arkadaşlarının çalışmasına kıyasla yüksektir. Bu farklılık soruların farklı ifade kalıplarıyla sorulmasından veya ülkeler arası sosyoekonomik farklılıktan kaynaklanmış olabilir.

Çalışmamıza katılan Aile Hekimlerinin Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeği puan ortalaması $62,23 \pm 13,12$ olarak saptandı. OBYTÖ puan ortalaması Tüzün ve arkadaşlarının Ankara’da dört farklı hastanedeki sağlık çalışanlarıyla yaptıkları çalışmada $66,46 \pm 14,83$, Karakaya’nın Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde asistan hekimlerle gerçekleştirdiği çalışmada $58,9 \pm 10,1$, Poustchi ve arkadaşlarının Amerika Birleşik Devletleri’nde tıp öğrencileriyle gerçekleştirdiği çalışmada $66,14 \pm 15,62$, Aker ve Şahin’in Samsun’da intern hekimlerle yürüttüğü araştırmada $58,9 \pm 10,1$, olarak belirtilmiş, Gönen’in çalışmasında ise $60,3 \pm 0,59$ olarak raporlanmıştır ($67,78,79,85,86$). Ölçekden alınabilecek maksimum puanın 120, minimum puanın ise 0 olduğu göz önünde bulundurularak nötr ölçek puanının 60 olarak kabul edilmesi durumunda çalışmamızda Aile Hekimlerinin obez bireylere yönelik sınırlı pozitif tutum içerisinde olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda kadın Aile Hekimlerinin OBYTÖ puan ortalaması erkeklere kıyasla daha yüksek olmakla birlikte bu fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmadı. Benzer şekilde Aker ve Şahin’in çalışmasında da cinsiyetler arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (86). Tüzün ve arkadaşlarının çalışmasında ise tüm sağlık çalışanları arasında kadınların puan ortalaması daha yüksek iken yalnızca hekimler arasında cinsiyete göre anlamlı bir farklılık bulunmadığı belirtilmiştir (78). Schwenke ve arkadaşlarının Almanya’da Aile Hekimlerinin obezite hastalarına yönelik tutum ve tedavi uygulamalarını araştırdığı çalışmada kadın katılımcıların obezite hastalarına karşı daha az olumsuz tutumlara sahip olduğu belirtilmiştir (87).

Çalışmamızda Aile Hekimlerinin yaş grupları ile OBYTÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı. Benzer şekilde Karakaya’nın çalışmasında da katılımcıların yaşları ile OBYTÖ puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık belirtilmemiştir (79). Schwenke ve arkadaşlarının çalışmasında ise ileri yaştaki

katılımcıların obezite hastalarına karşı daha az olumsuz tutumlara sahip olduğu belirtilmiştir (87).

Çalışmamızda evli Aile Hekimlerinin OBYTÖ puan ortalaması diğer katılımcılara kıyasla daha yüksek olmakla birlikte bu fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmadı. Benzer şekilde Karakaya'nın çalışmasında da katılımcıların medeni durumları ile OBYTÖ puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık belirtilmemiştir (79).

Çalışmamızda Aile Hekimlerinin ünvanları ile OBYTÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı. Yapılan literatür incelemesinde Aile Hekimlerinin ünvanı ile OBYTÖ puanları arasındaki ilişkiyi değerlendiren bir çalışmaya rastlanılmadı. Ancak, Bilgili'nin çalışmasında pratisyen Aile Hekimleri ile Aile Hekimliği Uzmanları arasında uygulanan obezite tutum testinde farklılık bulunmadığı belirtilmiştir (75).

Çalışmamızda Aile Hekimlerinin görev yaptıkları Aile Sağlığı Merkezinin yerleşim yeri ile OBYTÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı. Yapılan literatür incelemesinde Aile Hekimlerinin ünvanı ile OBYTÖ puanları arasındaki ilişkiyi değerlendiren bir çalışmaya rastlanılmadı. Ancak, Gönen'in çalışmasında Aile Hekimlerinin Kayseri'de görev yaptıkları ilçelerle OBYTÖ puan ortalamaları arasında ilişki bulunmadığı belirtilmiştir (67).

Çalışmamızda Aile Hekimlerinin günlük ortalama poliklinik sayıları ile OBYTÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı. Yapılan literatür incelemesinde Aile Hekimlerinin günlük ortalama poliklinik sayıları ile OBYTÖ puanları arasındaki ilişkiyi değerlendiren bir çalışmaya rastlanılmadı. Ancak, Uncu'nun ölçek kullanmadan gerçekleştirdiği çalışmada Aile Hekimlerinin obeziteye yönelik inanç ve tutumları ile birime kayıtlı hasta sayısı ve günlük ortalama poliklinik sayısı arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı belirtilmiştir (76). Ayrıca Ferrante ve arkadaşlarının çalışmasında haftalık hasta sayısı yüksek olan hekimlerin obeziteli hastalara karşı daha olumlu tutumlara sahip oldukları belirtilmiştir (36).

Çalışmamızda Aile Hekimlerinin hekimlik süreleri ile OBYTÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı. Benzer şekilde Karakaya'nın çalışmasında da katılımcıların hekimlik süreleri ile OBYTÖ puan

ortalamları arasında ilişki bulunmadığı belirtilmiştir (79). Bilgili'nin çalışmasında ise hekim olarak geçirilen sürenin obezite tutumu üzerine etkisinin olmadığı belirtilmiştir (75).

Çalışmamızda kronik hastalığı bulunan Aile Hekimlerinin OBYTÖ puan ortalamaları daha yüksek olmasına rağmen bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı saptanmadı. Yapılan literatür incelemesinde Aile Hekimlerinin kronik hastalık bulunma durumları ile OBYTÖ puanları arasındaki ilişkiyi değerlendiren bir çalışmaya rastlanılmadı.

Çalışmamızda Aile Hekimlerinin ailesinde obeziteli birey bulunma durumu ile OBYTÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı. Benzer şekilde Aker ve Şahin'in çalışmasında da ailede obeziteli birey bulunması ile OBYTÖ puan ortalamaları arasında ilişki bulunmadığı belirtilmiştir (86). Buna karşın, Tüzün ve arkadaşlarının çalışmasında ailesinde obeziteli birey bulunan katılımcıların bulunmayanlara göre OBYTÖ puanlarının daha yüksek bulunduğu belirtilmiştir (78).

Çalışmamızda obezite konusunda eğitim alan Aile Hekimlerinin OBYTÖ puanlarının eğitim almayan Aile Hekimlerine kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptandı. Yapılan literatür incelemesinde Aile Hekimlerinin obezite eğitimi alma durumu ile OBYTÖ puanları arasındaki ilişkiyi değerlendiren bir çalışmaya rastlanılmadı. Ancak Ferrante ve arkadaşlarının çalışmasında yüksek bilgi düzeyinin daha az olumsuz tutumla ilişkili olduğu belirtilmiştir (36). Eğitim alan Aile Hekimlerinin OBYTÖ puanlarının daha yüksek olması eğitim programlarının obez bireylere yönelik tutumları olumlu yönde etkilediğini göstermektedir. Eğitimler hekimlerin obezitenin multifaktöriyel bir hastalık olduğunu ve irade eksikliğinden kaynaklanmadığını kavramalarına böylece ön yargılarının azalmasına ve daha iyi bir tutum geliştirmelerine yardımcı olmuş olabilir.

Çalışmamızda kilo fazlalığı ve obezite grubundaki Aile Hekimlerinin OBYTÖ puanlarının zayıf ve normal gruptaki Aile hekimlerine kıyasla daha yüksek olduğu saptandı. Benzer şekilde Gönen'in çalışmasında da obeziteli Aile Hekimlerinin BKİ'si normal olanlara kıyasla OBYTÖ puanlarının daha yüksek bulunduğu belirtilmiştir (67). Bu durum kilo fazlalığı veya obezitesi olan Aile Hekimlerinin obez bireylerin yaşadığı

fiziksel, psikolojik ve sosyal zorluklara daha fazla empati geliştirebilmesi ile ilişkili olabilir.

Çalışmamıza katılan Aile Hekimlerinin İletişim Becerileri Envanteri-Kısa Formu genel puan ortalaması $62,49 \pm 6,00$ olarak saptandı. Alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde mesajlara duyarlılık alt boyutunda $24,71 \pm 3,12$, etkin dinleme alt boyutunda $22,41 \pm 2,91$ ve etkili tepki verme alt boyutunda $15,35 \pm 2,47$ ortalama puan saptandı. Ölçeğin genelinde alınabilecek puan aralığının 16 ile 80 arasında olduğu göz önünde bulundurulduğunda Aile Hekimlerinin iletişim becerilerinin genel olarak yüksek düzeyde olduğu sonucuna varılabilir. Hastalarına hasta merkezli yaklaşımla sürekli bakım sunan Aile Hekimlerinde yüksek düzeyde iletişim becerilerine sahip olunması beklenen bir durumdur. Nitekim Deniz'in birinci ve üçüncü basamak hekimlerini karşılaştırdığı çalışmasında Aile Hekimlerinin iletişim becerilerinin üçüncü basamak hekimlerine kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek bulunduğu belirtilmiştir (88).

Çalışmamızda katılımcıların iletişim becerileri, İletişim Becerileri Envanteri'nin kısa formu kullanılarak değerlendirilmiştir. Kısa form, orijinal envantere kıyasla daha az madde içermesi nedeniyle anket uygulama süresini kısaltmakta ve katılımcıların anlayarak sıkılmadan doğru yanıt vermelerini sağlamaktadır. Ancak, literatürde geçerlilik ve güvenirlik çalışması hariç İletişim Becerileri Envanteri-Kısa Formu ile gerçekleştirilen çalışmaya rastlanılmamıştır. Bu nedenle, çalışmamızda elde edilen bulguların doğrudan karşılaştırılabileceği önceki araştırmalar bulunmamaktadır. Ancak çalışmamız iletişim becerilerini kısa form kullanarak değerlendiren ilk araştırmalardan biridir.

Çalışmamızda Aile Hekimlerinin cinsiyetleri ile İletişim Becerileri Envanteri-Kısa Formundan aldıkları toplam puan ortalamaları ve alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı. Benzer şekilde Bozkır ve arkadaşlarının asistan hekimlerde iletişim becerilerini değerlendirmek için gerçekleştirdiği çalışmada ayrıca Oruç ile Aynaoglu Hakverdi'nin çalışmalarında cinsiyetle iletişim becerileri puanları arasında farklılık bulunmadığı belirtilmiştir (6,70,89).

Çalışmamızda Aile Hekimlerinin yaş grupları ile İletişim Becerileri Envanteri-Kısa Formundan aldıkları toplam puan ortalamaları ve alt boyut puan ortalamaları

karşılaştırıldığında, 35-44 yaş grubundaki Aile Hekimlerinin 55 yaş ve üzeri gruba kıyasla toplam puan ve mesajlara duyarlılık alt boyutu puan ortalamalarının anlamlı düzeyde daha düşük olduğu ayrıca 25-34 yaş grubu hekimlerinin 45-54 yaş grubuna kıyasla etkin dinleme alt boyut puan ortalamalarının anlamlı düzeyde daha düşük olduğu saptandı. Shiraly ve arkadaşlarının İran'da 400 Aile Hekimi ile yürüttüğü çalışmada ve Oruç'un çalışmasında yaşla iletişim becerileri arasında zayıf düzeyde anlamlı pozitif korelasyon bulunduğu belirtilmiştir (90,70). Çiftetepe Öztürk'ün çalışmasında ise katılımcıların yaşlarıyla iletişim becerileri arasında ilişki bulunmadığı belirtilmiştir (71). Bu bulgular, iletişim becerilerinin yaşla birlikte gelişebileceğini düşündürmektedir. Daha ileri yaş gruplarındaki hekimlerin, yıllar içinde edindikleri hayat ve meslek tecrübeleriyle iletişim süreçlerinde daha olumlu, sabırlı ve anlayışlı bir yaklaşım sergileyebildikleri düşünülebilir. Öte yandan bazı çalışmaların yaş ile iletişim becerileri arasında ilişki bulmaması bu becerilerin yalnızca yaşa değil, bireysel farklılıklara ve çalışılan ortama bağlı olabileceğini göstermektedir.

Çalışmamızda Aile Hekimlerinin medeni durumları ile İletişim Becerileri Envanteri-Kısa Formundan aldıkları toplam puan ortalamaları ve alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı. Benzer şekilde Aynaoğlu Hakverdi, Topaloğlu ayrıca Bozkır ve arkadaşlarının çalışmalarında da medeni durumla iletişim becerileri arasında ilişki bulunmadığı belirtilmiştir (6,89,91).

Çalışmamızda Aile Hekimlerinin ünvanları ile İletişim Becerileri Envanteri-Kısa Formundan aldıkları toplam puan ortalamaları ve alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı. Benzer şekilde Çiftetepe Öztürk'ün çalışmasında pratisyen Aile Hekimleri ile Aile Hekimliği Uzmanları arasında genel iletişim becerileri ile zihinsel ve duygusal alt boyutlarda anlamlı bir fark bulunmamış ancak davranışsal iletişim becerileri alt boyutunda pratisyen hekimlerin puanlarının daha yüksek bulunduğu belirtilmiştir (71). Bu bulgular uzmanlık eğitiminin iletişim becerileri üzerinde doğrudan bir etki sağlamadığını düşündürmektedir.

Çalışmamızda Aile Hekimlerinin görev yaptıkları Aile Sağlığı Merkezinin yerleşim yerleri ile İletişim Becerileri Envanteri-Kısa Formundan aldıkları toplam puan

ortalamaları ve alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık saptanmadı. Yapılan literatür incelemesinde hekimlerinin görev yaptıkları yerleşim yerleri ile iletişim becerilerini arasındaki ilişkiyi değerlendiren bir çalışmaya rastlanılmadı.

Çalışmamızda günlük poliklinik sayısı 61 ve üzeri olan Aile Hekimlerinin diğer hekimlere kıyasla İletişim Becerileri Envanteri-Kısa Formundan aldıkları toplam ve tüm alt boyut puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptandı. Çiftetepe Öztürk'ün çalışmasında ise Aile hekimlerinin günlük baktıkları hasta sayısı ile iletişim becerileri arasında ilişki bulunmadığı belirtilmiştir (71). Çalışmamızdaki bu fark, yüksek günlük poliklinik sayısına sahip hekimlerin daha ileri yaşta ve daha fazla mesleki deneyime sahip olmaları ya da hastaların iletişim becerisi yüksek olan hekimlerden memnuniyetleri nedeniyle bu hekimleri daha çok tercih etmeleriyle ilişkili olabilir.

Çalışmamızda Aile Hekimlerinin hekimlik tecrübeleri ile İletişim Becerileri Envanteri-Kısa Formundan aldıkları toplam puan ortalamaları ve alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında, 31 yıl ve üstü süre hekimlik süresine sahip Aile Hekimlerinin 1-10 yıl ve 11-20 yıl hekimlik süresine sahip Aile Hekimlerine kıyasla toplam ve mesajlara duyarlılık alt boyutu puan ortalamalarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptandı. Benzer şekilde Karadağ ve arkadaşlarının Gülhane Askeri Tıp Fakültesi'nde çalışan hekim ve hemşirelerde iletişim becerilerini değerlendirdiği çalışmada ve Ceylan'ın Tepecik Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde sağlık çalışanlarıyla gerçekleştirdiği çalışmada mesleki tecrübesi yüksek katılımcıların diğer gruplara kıyasla iletişim becerilerinin daha yüksek bulunduğu belirtilmiştir (92,93). Buna karşın Duran ve Albayrak ile Çiftetepe Öztürk'ün çalışmasında mesleki tecrübe ile iletişim becerileri arasında ilişki bulunmadığı belirtilmiştir (68,71). Çalışmamızdaki bulgular mesleki tecrübe arttıkça iletişim becerilerinin özellikle mesajlara duyarlılık açısından arttığını göstermektedir. Bu durum, uzun yıllar boyunca hastalar ile iletişim yaşamış hekimlerin daha empatik ve anlayışlı olabileceklerini düşündürmektedir. Ancak literatürde bu ilişkiyi desteklemeyen çalışmalar da bulunmakta olup, iletişim becerilerinin yalnızca mesleki tecrübe ile değil, kişisel özellikler, çalışma ortamı ve çalışma koşulları gibi etkenlerle belirlendiği çıkarımını yapabiliriz.

Çalışmamızda katılımcıların Aile Hekimi olarak görev yaptıkları süre ile İletişim Becerileri Envanteri-Kısa Formundan aldıkları toplam puan ortalamaları ve alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık saptanmadı. Benzer şekilde Çiftetepe Öztürk'ün çalışmasında katılımcıların Aile Hekimi olarak görev yaptıkları süre ile iletişim becerileri arasında ilişki bulunmadığı belirtilmiştir (71).

Çalışmamızda kronik hastalığı bulunan Aile Hekimlerinin kronik hastalığı bulunmayanlara kıyasla İletişim Becerileri Envanteri-Kısa Formundan aldıkları toplam puan ortalamaları, mesajlara duyarlılık alt boyutu puan ortalamaları ve etkili tepki verme alt boyutu puan ortalamaları arasında fark saptanmazken, sadece etkin dinleme alt boyutu puanları anlamlı düzeyde yüksek saptandı. Yapılan literatür incelemesinde hekimlerinin kronik hastalık bulunma durumları ile iletişim becerileri arasındaki ilişkiyi değerlendiren bir çalışmaya rastlanılmadı. Çalışmamızdaki bu bulgu hekimlerin kronik hastalıkla yaşamalarının, hastaların duygularını daha iyi anlayabilmelerine yardımcı olabileceğini ve özellikle etkin dinleme becerilerini geliştirmelerine katkı sağlayabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda Aile Hekimlerinin Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeğinden aldıkları puanlar ile İletişim Becerileri Envanteri-Kısa Formundan aldıkları toplam puanlar ve etkin dinleme alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ama önemsiz düzeyde bir pozitif korelasyon saptandı. Diğer alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında anlamlı bir ilişki saptanmadı. Yapılan literatür incelemesinde hekimlerinin obez bireylere yönelik tutumları ile iletişim becerileri arasındaki ilişkiyi değerlendiren bir çalışmaya rastlanılmadı.

5.1. Çalışmamızın Güçlü Yanları

Bu araştırma Aile Sağlığı Merkezinde birinci basamak sağlık hizmeti veren Aile Hekimlerinin obez bireylere yönelik tutumlarını ve iletişim becerilerini birlikte değerlendiren ilk çalışmadır. Çalışmada kullanılan Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeği ve İletişim Becerileri Envanteri-Kısa Formu, geçerlilik ve güvenilirliği daha önce test edilmiş ölçekler olup elde edilen bulguların bilimsel geçerliliğini ve güvenilirliğini artırmıştır. Çalışmamız bölgesel bir sınırlama olmaksızın tüm ülke genelinden katılımcılarla gerçekleştirilmiştir. Çalışmamızın katılımcı sayısı benzer çalışmalara göre oldukça yüksek olup bu durum tanımlayıcı özelliklerin çeşitliliği ve

karşılaştırılabilirliği açısından avantaj sağlamıştır. Çalışmamız tanımlayıcı yönü ile obeziteye yönelik tutumları ve iletişim becerilerini etkileyen faktörleri inceleyerek literatüre katkı sağlayacaktır. Çalışmamızdaki bulgular ileride bu konular hakkında yapılacak çalışmalara örnek teşkil ederek yol gösterici olacaktır.

5.2. Çalışmamızın Kısıtlılıkları

Çalışmamız kesitsel tipte olduğu için neden-sonuç ilişkisi kurmaya olanak tanımamakta ve zaman içerisinde değişebilecek tutum ve becerileri yansıtmamaktadır. Katılım gönüllülük esasına dayandığı ve çalışmamızın çevrim içi (online) anket yöntemiyle gerçekleştirilmiş olmasından dolayı obezite ve iletişim becerileri konularına daha çok ilgi duyan Aile Hekimleri çalışmamıza katılmış olabilir. Çalışmamızda orantılı tabakalı örnekleme yöntemi kullanılmamış bu yüzden ülkemizdeki bazı illerden hiç yanıt alınamazken bazı illerden orantısız yüksek katılım sağlanmış olabilir. Dolayısıyla bulgularımızın ülke geneline genellenebilirliği sınırlıdır. Çalışmada kullanılan İletişim Becerileri Envanteri-Kısa Formu literatürde sınırlı sayıda çalışmada kullanılmıştır ve bu durum elde edilen bulguların karşılaştırılabilirliğini kısıtlamaktadır. Çalışmamızda katılımcıların iletişim becerileri eğitimi alıp almadıkları sorgulanmadığı için Aile Hekimlerinin iletişim becerileri ile alınan iletişim becerileri eğitimi arasındaki olası ilişki değerlendirilememiştir. Aile Hekimlerinin obez bireylere yönelik tutumlarını ve iletişim becerilerini değerlendiren yeni çalışmalara ihtiyaç vardır.

6. SONUÇLAR

1. Çalışmaya katılan Aile Hekimlerinin %62,4'ü erkek (n=267) %37,6'sı (n=161) kadındır.
2. Katılımcıların yaş ortalaması $40,88 \pm 8,89$, medyan yaş 39 (25-66), kadınların yaş ortalaması $40,30 \pm 8,65$, erkeklerin yaş ortalaması ise $41,23 \pm 9,02$ 'dir.
3. Katılımcıların %80,8'i (n=346) evlidir.
4. Katılımcıların %45,8'i (n=196) pratisyen hekim, %14,7'si (n=63) Aile Hekimliği Uzmanı ve %39,5'i (n=169) Sözleşmeli Aile Hekimliği Asistanıdır.
5. Katılımcıların %39,7'si (n=170) il merkezinde, %42,1'i (n=180) ilçe merkezinde ve %18,2'si (n=78) köy ve kasabalarda görev yapmaktadır.
6. Katılımcıların %54,2'si (n=232) günlük ortalama 60 ve altı poliklinik sayısına sahiptir.
7. Katılımcıların %38,1'i (n=163) 1-10 yıl, %32,2'si (n=138) 11-20 yıl, %22'si (n=94) 21-30 yıl ve %7,7'si (n=33) 31 ve üzeri yıl hekimlik tecrübesine sahiptir.
8. Katılımcıların %32,5'i (n=139) 0-5 yıl, %26,2'si (n=112) 6-10 yıl ve %41,4'ü (n=177) 11 yıl ve üzeri süredir sözleşmeli Aile Hekimi olarak çalışmaktadır.
9. Katılımcıların beden kitle indeksi ortalaması $26,76 \pm 4,07$ kg/m², erkeklerin beden kitle indeksi ortalaması $27,51 \pm 3,89$ kg/m², kadınların beden kitle indeksi ortalaması ise $25,51 \pm 4,07$ kg/m²'dir.
10. Katılımcıların %20,5'i (n=88) obezite grubunda, %44,2'si (n=189) ise kilo fazlalığı grubunda yer almaktadır. Erkek Aile Hekimlerinin %22,5'i (n=60) obeziteli grupta, %50,9'u (n=136) ise kilo fazlalığı grubunda bulunurken kadın Aile Hekimlerinin %17,4'ü (n=28) obeziteli, %32,9'u (n=53) ise kilo fazlalığı grubunda yer almaktadır.
11. Kadınlarda, bekarlarda, Aile Hekimliği Uzmanı olanlarda, 1-10 yıl hekimlik tecrübesi olanlarda, 0-5 yıldır Aile Hekimi olarak görev yapanlarda, kronik hastalığı bulunmayanlarda ve ailesinde obeziteli birey olmayanlarda BKİ değerlerinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu saptandı

12. Katılımcıların %59,1'i (n=253), obezite konusunda eğitim aldığını belirtmiştir. Eğitim alan hekimlerin %66,8'i (n=169) ise bu eğitimi hizmet içi eğitim programları kapsamında aldıklarını ifade etmiştir.
13. Katılımcıların %72,7'sinin (n=311) kronik hastalığı bulunmamaktadır.
14. Katılımcıların %53,5'inin (n=229) ailesinde obeziteli birey yoktur.
15. Katılımcıların %40'ı (n=171) mevcut kilosundan memnundur. Kadınlarda, BKİ'si kilo fazlalığı ve obezite grubunda olanlarda ve kronik hastalığı bulunanlarda mevcut kilosundan memnuniyet oranı anlamlı düzeyde daha düşüktür.
16. Katılımcıların %36,7'si (n=157) obez hastaların yönetimi konusunda kendisini yeterli görmektedir. Aile Hekimliği Uzmanları, zayıf ve normal beden kitle indeksine sahip olanlar ve obezite ile ilgili eğitim alanlar kendilerini daha yüksek oranda yeterli görmektedir.
17. Katılımcıların %74,8'i (n=320) obez hastaların kalıcı ve gönüllü olarak daha az yiyerek ve/veya daha çok egzersiz yaparak kalıcı şekilde kilo verebileceğini düşünmektedir. Bu görüşe obezite ile ilgili eğitim alanlar daha fazla katılmakta, zayıf ve normal beden kitle indeksine sahip olanlar ise daha çok katılmamaktadır.
18. Katılımcıların %93,2'si (n=399) obez hastaların sağlık sistemi üzerindeki yükü artırdığını düşünmektedir. Bu görüşe Aile Hekimliği Uzmanları daha fazla katılmaktadır.
19. Katılımcıların %27,8'i (n=119) obez hastaları muayene etmekten hoşlanmaktadır. Aile Hekimi olarak 11 ve üzeri yıldır çalışanlar daha fazla obez hastaları muayene etmekten hoşlanmaktadır.
20. Katılımcıların %63,5'i (n=272) obez hastaların diğer hastalara göre daha çok tedavi önerilerine uyumsuz olduğunu düşünmektedir.
21. Katılımcıların OBYTÖ puan ortalaması $62,23 \pm 13,12$ 'dir. Ölçekten alınan en düşük puan 22, en yüksek puan 104'dür. Kadınların puan ortalaması $63,13 \pm 12,97$, erkeklerin puan ortalaması ise $61,70 \pm 13,21$ 'dir.

22. Obezite eğitimi alan katılımcılarda ve kilo fazlalığı-obezite grubunda olan katılımcılarda OBYTÖ puan ortalaması anlamlı düzeyde daha yüksek saptandı. Diğer tanımlayıcı özelliklerle ilişki saptanmadı.

23. Katılımcıların İletişim Becerileri Envanteri-Kısa Formu puan ortalaması $62,49 \pm 6,99$, mesajlara duyarlılık alt boyutu puan ortalaması $24,71 \pm 3,12$, etkin dinleme alt boyutu puan ortalaması $22,41 \pm 2,91$ ve etkili tepki verme alt boyutu puan ortalaması $15,35 \pm 2,47$ 'dir.

24. Katılımcılardan 35-44 yaş grubunda olanların 55 yaş ve üzeri gruba kıyasla İletişim Becerileri Envanteri-Kısa Formu toplam puan ve mesajlara duyarlılık alt boyutu puan ortalamalarının anlamlı düzeyde daha düşük olduğu ayrıca 25-34 yaş grubunda olanların 45-54 yaş grubuna kıyasla etkin dinleme alt boyut puan ortalamalarının anlamlı düzeyde daha düşük olduğu saptandı.

25. Günlük ortalama poliklinik sayısı 61 ve üzeri olan katılımcıların diğer katılımcılara kıyasla İletişim Becerileri Envanteri-Kısa Formundan aldıkları toplam ve tüm alt boyut puan ortalamalarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptandı.

26. Katılımcılardan 31 yıl ve üstü süre hekimlik süresine sahip olanların 1-10 yıl ve 11-20 yıl hekimlik süresine sahip olanlara kıyasla İletişim Becerileri Envanteri-Kısa Formundan aldıkları toplam ve mesajlara duyarlılık alt boyutu puan ortalamalarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptandı.

27. Katılımcılardan kronik hastalığı bulunanların İletişim Becerileri Envanteri-Kısa Formu etkin dinleme alt boyutu puanları anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır.

28. Katılımcıların Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeğinden aldıkları puanlar ile İletişim Becerileri Envanteri-Kısa Formundan aldıkları toplam puanlar ve etkin dinleme alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ama önemsiz düzeyde bir pozitif korelasyon saptandı.

7. ÖNERİLER

1. Obeziteye karşı önyargılar ve olumsuz tutumlar hekim-hasta iletişimini bozarak obezite tedavisi sürecini ve obeziteli bireyin diğer sağlık hizmetlerinden yararlanmasını engelleyebilmektedirler. Bu nedenle hekimlerin farkındalığını artırmak amacı ile tıp fakültelerinde ve mezuniyet sonrası dönemde eğitim programları düzenlenmelidir.
2. Aile Hekimlerinin obezite konusundaki mesleki yeterliliklerinin artırılmasına yönelik kapsamlı eğitim programları uygulanmalı ve obezite ilaçlarının Aile Hekimleri tarafından reçete edilebilmesinin önündeki engeller kaldırılmalıdır. Ek olarak obezite yönetiminde etkinliği artırabilecek çok önemli bir adım olarak birinci basamak sağlık hizmetlerinde uzman hekim oranının artırılmasına yönelik politikalar hayata geçirilmelidir.
3. Aile Hekimlerine yönelik düzenlenen obezite eğitimlerinin içeriği gözden geçirilerek eğitimde yaşam tarzı değişikliklerinin ağırlığı azaltılmalıdır. Ek olarak eğitim içeriğinde obezitenin multifaktöriyel etyolojisi, metabolik ve hormonal adaptasyonları ile obezitede ön yargı ve damgalama gibi konulara daha fazla yer verilmelidir.
4. Çalışmada kullanılan İletişim Becerileri Envanteri-Kısa Formu literatürde sınırlı sayıda çalışmada kullanılmıştır. Ölçeğin daha fazla araştırmada kullanılarak farklı örneklemelerde geçerlilik ve güvenilirlik analizlerinin yapılması böylece kullanım alanının genişletilmesi gerekmektedir.
5. Aile Hekimlerinin iletişim becerilerinde yaş ve mesleki tecrübeyle birlikte olumlu yönde artış gözlense de, bu becerilerin büyük ölçüde bireysel faktörlerden etkilendiği anlaşılmaktadır. Bu nedenle Aile Hekimlerinin iletişim becerilerini geliştirmeye yönelik eğitim programları düzenlenmelidir.

8. KAYNAKLAR

1. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu-2024. Erişim Adresi: https://file.temd.org.tr/Uploads/publications/guides/documents/obezite_tanitedavikilavuzu-2024.pdf Erişim Tarihi: 11 Aralık 2024
2. Fruh SM, Nadglowski J, Hall HR, Davis SL, Crook ED, Zlomke K. Obesity Stigma and Bias. The Journal for Nurse Practitioners. 2016;12(7):425-32.
3. Rubino F, Puhl RM, Cummings DE, et al. Joint international consensus statement for ending stigma of obesity. Nature Medicine. 2020;26(4):485-497.
4. Lawrence BJ, Kerr D, Pollard CM, Theophilus M, Alexander E, Haywood D, et al. Weight bias among health care professionals: A systematic review and meta-analysis. Obesity. 2021;29(11):1802-1812.
5. Çelik S B, Ersanlı K. İletişim Becerileri Envanteri-Kısa Formu: Güvenirlilik ve Geçerlik Çalışması. Turkish Studies-Educational Sciences, 2024; 19(1):17-35.
6. Aynaoğlu Hakverdi Ö. Aile hekimlerinin iletişim becerileriyle hastaya yaklaşımları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. Türk Aile Hek Dergisi. 2022;26(1):17-24.
7. Obesity and overweight [İnternet]. Who.int. Erişim Adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> Erişim Tarihi: 13 Aralık 2024
8. World Obesity Federation. World Obesity Atlas 2024. London: World Obesity Federation. Erişim Adresi: <https://data.worldobesity.org/publications/WOF-Obesity-Atlas-v7.pdf> Erişim Tarihi: 15 Aralık 2024
9. Akgun S, Pekcan G, Aksoydan E, ve ark. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA). T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Yayın No. 1132, Ankara: 2019. Erişim Adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-ve-hareketli-hayat-db/Dokumanlar/Kitaplar/Turkiye_Beslenme_ve_Saglik_Arastirmasi_TBSA_2017.pdf Erişim Tarihi: 15 Aralık 2024
10. Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri-2017. Erişim Adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kronik-hastaliklar-ve-yasli-sagligi-db/Dokumanlar/Raporlar/turkey-risk-factors-tur_STEPS2017.pdf Erişim Tarihi: 15 Aralık 2024
11. Hall KD, Guo J. Obesity Energetics: Body Weight Regulation and the Effects of Diet Composition. Gastroenterology. 2017;152(7):1718-1727.e3.
12. Gadde KM, Martin CK, Berthoud H, Heymsfield SB. Obesity: Pathophysiology and Management. Journal of the American College of Cardiology. 2018;71(1):69-84.

13. Schwartz MW, Seeley RJ, Zeltser LM, Drewnowski A, Ravussin E, Redman LM, et al. Obesity Pathogenesis: An Endocrine Society Scientific Statement. *Endocrine Reviews*. 2017;38(4):267-296.
14. Lauria MW, Moreira LM, Machado-Coelho GL, Neto RM, Soares MM, Ramos AV. Ability of body mass index to predict abnormal waist circumference: receiving operating characteristics analysis. *Diabetol Metab Syndr*. 2013;5(1):74.
15. Is Body Mass Index (BMI) an Accurate Way to Measure Health? (internet). Erişim Adresi: <https://www.everydayhealth.com/diet-nutrition/bmi/bmi-flaws-history-other-ways-measure-body-weight/> Erişim tarihi: 21 Aralık 2024
16. Ross R, Neeland IJ, Yamashita S, Shai I, Seidell J, Magni P, et al. Waist circumference as a vital sign in clinical practice: a Consensus Statement from the IAS and ICCR Working Group on Visceral Obesity. *Nat Rev Endocrinol*. 2020;16(3):177-189.
17. Kuriyan R. Body composition techniques. *Indian Journal of Medical Research*. 2018;148(5):648-58.
18. Demirel A, Toptaş MA, İl AS, Gök B, Bayındır Gümüş A. Beden Kütle İndeksinin Ötesindeki Antropometrik İndeksler ve Metabolik Parametreler ile İlişkisi. *Beslenme ve Diyet Dergisi*. 2024;52(1):110-116.
19. Smith S, Madden AM. Body composition and functional assessment of nutritional status in adults: a narrative review of imaging, impedance, strength and functional techniques. *J Human Nutrition Diet*. 2016;29(6):714-732.
20. Türk Dil Kurumu sözlükleri. Erişim Adresi: <https://sozluk.gov.tr/> Erişim Tarihi: 25 Aralık 2024
21. Gürüz D, Temel Eğinli A. Kişiler Arası İletişim Bilgiler-Etkiler-Engeller. Nobel Akademik Yayıncılık; 2019.
22. Puhl RM, Heuer CA. The Stigma of Obesity: A Review and Update. *Obesity*. 2009;17(5):941-964.
23. Taşkın EO. Damgalama, ayrımcılık ve ruhsal hastalık. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*. 2004;12(3):5-12.
24. Alkan A, Erdem R, Çelik R. Sağlık alanındaki ayrımcı tutum ve davranışlar: kavramsal bir inceleme. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*. 2016;19(3):365-390.
25. Puhl RM, Luedicke J, Heuer CA. The Stigmatizing Effect of Visual Media Portrayals of Obese Persons on Public Attitudes: Does Race or Gender Matter?. *Journal of Health Communication*. 2013;18(7):805-826.
26. Puhl RM, Brownell KD. Confronting and Coping with Weight Stigma: An Investigation of Overweight and Obese Adults. *Obesity*. 2006;14(10):1802-1815.

27. Tyrrell J, Jones SE, Beaumont R, Astley CM, Lovell R, Yaghootkar H, et al. Height, body mass index, and socioeconomic status: mendelian randomisation study in UK Biobank. *BMJ*. 2016;352:i582
28. Shinall JB. Occupational characteristics and the obesity wage penalty. *Vanderbilt Law and Economics Research Paper*. 2015;16(12):16-23.
29. Esin İ. Damgalama: Kilo damgalaması hakkında bir derleme çalışması. *Uluslararası Türk Spor ve Egzersiz Psikolojisi Dergisi*. 2021;1(2):29-45.
30. Alberga AS, Pickering BJ, Alix Hayden K, Ball GDC, Edwards A, Jelinski S, et al. Weight bias reduction in health professionals: a systematic review. *Clinical Obesity*. 2016;6(3):175-188.
31. Ginsburg BM, Daley SF, Sheer AJ. Overcoming Stigma and Bias in Obesity Management. In: *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; March 10, 2024
32. Alberga AS, Edache IY, Forhan M, Russell-Mayhew S. Weight bias and health care utilization: a scoping review. *Primary Health Care Research & Development*. 2019;20(e116):1-14.
33. 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. *Obesity Reviews*. 2015;16(4):319-326.
34. Aldrich T, Hackley B. The Impact of Obesity on Gynecologic Cancer Screening: An Integrative Literature Review. *J Midwifery Womens Health*. 2010;55(4):344-356.
35. Gudzone KA, Bennett WL, Cooper LA, Bleich SN. Patients who feel judged about their weight have lower trust in their primary care providers. *Patient Education and Counseling*. 2014;97(1):128-131.
36. Ferrante JM, Piasecki AK, Ohman-Strickland PA, Crabtree BF. Family Physicians' Practices and Attitudes Regarding Care of Extremely Obese Patients. *Obesity*. 2009;17(9):1710-1716.
37. Hebl MR, Xu J. Weighing the care: physicians' reactions to the size of a patient. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 2001;25(8):1246-1252.
38. Akbulut E. İletişime Giriş. Atatürk Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayını; 2017.
39. Oskay Ü. İletişimin ABC'si. Der Yayınları; 2011.
40. Zıllıoğlu M. İletişim Nedir?. Cem Yayınevi; 2020.
41. Kayapınar PY. İletişimde geri besleme sürecinin önemi. *Balkan ve Yakın Doğu Sosyal Bilimler Dergisi*. 2017;03:117-126

42. Cüceloğlu D. ‘Keşke’siz Bir Yaşam İçin İletişim Donanımları. Remzi Kitabevi; 2005.
43. Taştan K. İletişimin Tanımı ve Temel İlkeleri. Türkiye Klinikleri Tıp Eğitimi-Özel Konular. 2021;6(1):1-4.
44. Erdem A. İletişim Sürecinde Geri Bildirimin Önemi ve İletişime Katkısı. Erciyes İletişim Dergisi. 2011;1(3):125-132.
45. Erdoğan İ. İletişimi Anlamak. Erk Yayınları; 2011.
46. Genç Y. Mustafa Kemal Atatürk’ün sözsüz iletişim yönetimi. Ege Üniversitesi İletişim Fakültesi Medya ve İletişim Araştırmaları Hakemli E-Dergisi 2020;(6):39-69.
47. Pease A, Pease B. Beden Dili. Epsilon Yayınevi; 2018.
48. Varışoğlu MC. İletişim ve Sözlü Anlatım Becerileri Açısından Türk Dili ve Edebiyatı Bölümü Öğrencilerinin Değerlendirilmesi (Gaziantep Üniversitesi Örneği). Turkish Studies International Periodical for the Languages, Literature and History of Turkish or Turkic. 2017;12(14):529-544.
49. Işık M. Sizinle İletişebilir miyiz?. Eğitim Kitabevi Yayınları; 2017.
50. Korkut Owen F, Bugay A. İletişim becerileri ölçeği’nin geliştirilmesi: geçerlik ve güvenirlik çalışması. Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2014;10(2):51-64
51. Baykan Z. Hekim-hasta iletişimi. Tıp Eğitiminde İletişim Becerileri. Türkiye Klinikleri Tıp Eğitimi-Özel Konular. 2021;6(1):5-9
52. Balcıoğlu H, Ünlüoğlu İ. İletişimin Temelleri. Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics 2017;8(2):111-115
53. Gültekin E. Etik Açısından Doğru Hekim-Hasta İletişimi Nasıl Olmalıdır?. Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics. 2016;24(3):111-115.
54. Kaya B, Çelik R, Antalyalı ÖL. Hasta Hekim İletişimi ile Hekimin Tekrar Tercih Edilmesi İlişkisi: Bir Kamu Hastanesi Örneği. Sosyal, Beşerî ve İdari Bilimler Dergisi. 2019;2(11):801-814.
55. Borza LR, Gavrilovici C, Stockman R. Ethical models of physician-patient relationship revisited with regard to patient autonomy, values and patient education. Rev. Med. Chir. Soc. Med. Nat., Iasi. 2015;119(2):496-501.
56. Rakel RE, Rakel D. Aile Hekimliği 9.Baskı Güneş Tıp Kitabevleri; 2015.
57. The European Definition of General Practice/Family Medicine . WONCA Europe 2023 Edition 2023. Erişim Adresi: https://www.woncaeurope.org/file/41f61fb9-47d5-4721-884e-603f4afa6588/WONCA_European_Definitions_2_v7.pdf. Erişim Tarihi: 19 Ocak 2025

58. Ungan M, Özdemir K. Aile Hekimliği Ağacı. Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics. 2016;7(6):8-14
59. Engel GL. The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. Science. 1977;196(4286):129-136.
60. Yılmaz N, Erdem R. Uzmanlaşma ve Tıpta Bütüncül Yaklaşım Üzerine Bir Değerlendirme. Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi. 2016;7(16):35-47.
61. Ateş E, Set T. Biyopsikososyal Yaklaşım. Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics. 2017;8(2):93-95
62. Aktürk Z, Çayır Y, Kılıç T. Aile Hekimliği Ders Notları. Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği; 2016.
63. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2022. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü 2024. Erişim Adresi: <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/48054/0/siy202205042024pdf.pdf> Erişim Tarihi: 30 Haziran 2024
64. Allison DB, Basile VC, Yuker HE. The Measurement of Attitudes Toward and Beliefs About Obese Persons. International Journal of Eating Disorders. 1991;10(5):599-607.
65. Dedeli Ö, Bursalıoğlu SA, Deveci A. Validity and reliability of the Turkish version of the attitudes toward obese persons scale and the beliefs about obese persons scale. Clinical Nursing Studies. 2014; 2(4): 105-117.
66. Akman M, Kivrakoglu E, Cifcili S, Ünal PC. Weight bias among primary care health professionals: personal attitude matters. Obesity and Metabolism. 2010;6(2-3):63-68.
67. Gönen A. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Aile Hekimlerinin Obezitenin Oluşturduğu Riskler Konusunda Algılarını Etkileyen Değişkenlerin ve Obez Bireylere Yönelik Tutumlarının Belirlenmesi [Tıpta Uzmanlık Tezi]. Kayseri: Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı; 2024.
68. Duran S, Albayrak S. Sağlık çalışanlarının iletişim becerileri ve göçmenlerle yaşadıkları iletişim zorlukları. Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi. 2020;12(3):355-365.
69. Valverde Bolívar FJ, Pedregal González M, Pérez Fuentes MF, Alcalde Molina MD, Torío Duránte J, Delgado Rodríguez M. Communication skills of tutors and family medicine physician residents in Primary Care clinics. Atención Primaria. 2016;48(10):632-41.

70. Oruç MA. Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Hekimlerin İletişim Becerilerinin Değerlendirilmesi [Tıpta Uzmanlık Tezi]. İstanbul: T.C. Sağlık Bakanlığı Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Koordinatörlüğü; 2012
71. Çiftetepe Öztürk D. Aile Hekimlerinin İletişim Becerilerinin Hasta Memnuniyeti Üzerine Etkisi (Edirne İl Merkezi Örneği) [Tıpta Uzmanlık Tezi]. Edirne: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı; 2018.
72. Atalay Dirgen M. Aile Hekimlerinin Obezite ile Mücadeledeki Yeri [Tıpta Uzmanlık Tezi]. Ankara: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı; 2023.
73. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2023. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü 2025. Erişim Adresi: <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/50500/0/siy202307032025pdf.pdf> Erişim Tarihi: 16 Nisan 2025
74. Özgüç H, Narmanlı M, Çırnaz H. Turkish primary care physicians' attitudes and knowledge of obesity and bariatric surgery: a survey study. Turkish Journal of Surgery. 2021;37(3):266–276.
75. Bilgili FF. Aile Hekimlerinin Obezite Yönetimi ve Bariatrik Cerrahi Konusunda Bilgi, Tutum ve Davranışları [Tıpta Uzmanlık Tezi]. İstanbul: T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Fatih Sultan Mehmet Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Aile Hekimliği Kliniği; 2023
76. Uncu MC. Samsun'da Çalışan Aile Hekimlerinin Obezite Yönetimi Hakkında Bilgi, Tutum ve Uygulamaları [Tıpta Uzmanlık Tezi]. Samsun: Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı; 2020.
77. Tunç H. İstanbul'da Çalışan Aile Hekimlerinin Obezite Yönetimi Hakkında Bilgi Düzeyi , Yaklaşım ve Uygulamaları [Tıpta Uzmanlık Tezi]. İstanbul: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Dr.Sadi Konuk Eğitim Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı; 2022
78. Tüzün Z, Akgül S, Işıklı S, Taş D, Kanbur N. Beliefs and Predictors of Negative Attitudes Toward Obesity Among Turkish Healthcare Professionals: Assessing the Bias with Sub-group Analysis. Florence Nightingale J Nurs. 2023;31(2):115-121.
79. Karakaya G. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Bilimler Asistanlarının Obeziteye İlişkin Tutum, İnanç ve Önyargılarının Değerlendirilmesi [Tıpta Uzmanlık Tezi]. Adana: Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı; 2016.
80. Foster GD, Wadden TA, Makris AP, Davidson D, Sanderson RS, Allison DB, et al. Primary Care Physicians' Attitudes about Obesity and Its Treatment. Obesity Research. 2003;11(10):1168-77.

81. Salinas GD, Glauser TA, Williamson JC, Rao G, Abdolrasulnia M. Primary Care Physician Attitudes and Practice Patterns in the Management of Obese Adults: Results from a National Survey. *Postgraduate Medicine*. 2011;123(5):214-219.
82. Carrasco D, Thulesius H, Jakobsson U, Memarian E. Primary care physicians' knowledge and attitudes about obesity, adherence to treatment guidelines and association with confidence to treat obesity: a Swedish survey study. *BMC Prim Care*. 2022;23(1):1-12.
83. Orjuela-Grimm M, Butsch WS, Bhatt-Carreño S, Smolarz BG, Rao G. Benchmarking of provider competencies and current training for prevention and management of obesity among family medicine residency programs: a cross-sectional survey. *BMC Family Practice*. 2021;22(1):1-10.
84. Alberga AS, Nutter S, MacInnis C, Ellard JH, Russell-Mayhew S. Examining Weight Bias among Practicing Canadian Family Physicians. *Obes Facts*. 2019;12(6):632-638.
85. 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):345-348.
86. Aker S, Şahin MK. Obesity Bias and Stigma, Attitudes, and Beliefs Among Intern Doctors: a Cross-sectional Study from Türkiye. *Obes Surg*. 2024;34(1):86-97.
87. Schwenke M, Lupp M, Pabst A, Welzel FD, Löbner M, Luck-Sikorski C, et al. Attitudes and treatment practice of general practitioners towards patients with obesity in primary care. *BMC Fam Pract*. 2020;21(169):1-8.
88. Deniz R. Birinci Basamak ve Üçüncü Basamak Hekimlerin İletişim Becerilerinin Karşılaştırılması [Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı;2019
89. Bozkir C, Tekin C, Mete B, Nacar E, Ozer A. Communication Skills, Empathic Tendency and Affecting Factors of Assistant Doctors in Inonu University, Faculty of Medicine, Malatya [İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Asistan Doktorların İletişim Becerileri, Empatik Eğilimleri ve Etkileyen Faktörler]. *Medicine Science*. 2015;4(3):2473-2487.
90. Shiraly R, Mahdaviyazad H, Pakdin A. Doctor-patient communication skills: a survey on knowledge and practice of Iranian family physicians. *BMC Fam Pract*. 2021;22(1):130-136
91. Topaloğlu MM. Aile Hekimliği Asistanlarının İletişim Becerilerinin Değerlendirilmesi [Tıpta Uzmanlık Tezi]. Ankara: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Aile Hekimliği Kliniği; 2022
92. Karadağ M, Işık O, Cankul İH, Abuhanoğlu H. Hekim ve Hemşirelerin İletişim Becerilerinin Değerlendirilmesi. *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 2015;17(1):160-179.

93. Ceylan Ş. Sağlık Çalışanlarında Etkili İletişim Becerilerinin Değerlendirilmesi [Tıpta Uzmanlık Tezi]. İzmir: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Aile Hekimliği Kliniği; 2019



Ek 1.

Değerli katılımcı,

Bu çalışma Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı tarafından yürütülecek bir tez araştırmasıdır. Bu çalışma için, Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan onay alınmıştır. Bu çalışmada kullanılan anket Aile Sağlığı Merkezlerinde görev yapan Aile Hekimlerinin obeziteli bireylere karşı tutumlarını değerlendirmek amacıyla hazırlanmıştır. Lütfen anket de yer alan size en uygun ifadeyi işaretleyiniz. Anketin tamamlanması ortalama 5-6 dakika sürmektedir. Verdiğiniz bilgiler gizlilik esaslarına göre korunacak ve değerlendirilecektir. Bu çalışmadan elde edilen veriler yalnızca bilimsel amaçla kullanılacaktır. Bu çalışmaya katılımınız gönüllülüğe bağlıdır. Çalışmaya verdiğiniz katkıdan dolayı teşekkür ederim.

Soru ve görüşleriniz için:

Arş.Gör.Dr. İrfan AKGÜL

Danışman: Prof.Dr.Nazlı ŞENSOY

Çalışmaya katılmayı kabul ediyor musunuz?

() Evet () Hayır

1. Cinsiyetiniz? () Erkek () Kadın

2. Yaşınız?

3. Kilonuz?

4. Boyunuz?

5. Medeni Durumunuz?

() Bekar () Evli () Boşanmış/Dul

6. Ünvanınız nedir?

() Aile Hekimliği Uzmanı () Aile Hekimi (Pratisyen)
() Sözleşmeli Aile Hekimliği Asistanı (SAHU)

7. Hekim olarak meslek hayatınızda kaçınıcı yılınız?

8. Aile Sağlığı Merkezinde Aile Hekimi olarak kaç yıldır çalışıyorsunuz?

9. Çalıştığınız Aile Sağlığı Merkezinin yerleşim yeri nedir?

() Köy/Kasaba () İlçe Merkezi () İl Merkezi

10. Aile Hekimliği Biriminizin günlük ortalama poliklinik sayısı nedir?

11. Tıp Fakültesi mezuniyeti sonrası obezite ile ilgili bir eğitim aldınız mı?

☐ Evet ☐ Hayır

12. Obezite ile ilgili bir eğitim aldıysanız nerede aldınız?

(Birden çok şık işaretleyebilirsiniz)

☐ Hizmet içi eğitimleri ☐ Uzmanlık Eğitimi sırasında ☐ Online Sunumlar
☐ Kongre, sempozyum, kurs ☐ Diğer

13. Herhangi bir kronik hastalığınız var mı?

☐ Var ☐ Yok

14. Ailenizde obeziteli bir birey var mı?

☐ Var ☐ Yok

15. Ailenizde obeziteli bireyler varsa yakınlık dereceleri nedir?

16. Mevcut kilonuzdan memnun musunuz?

☐ Evet ☐ Hayır

17. Obez hastaların yönetimi konusunda kendinizi yeterli görüyor musunuz?

☐ Evet ☐ Kararsızım ☐ Hayır

18. Obez hastaların devamlı ve gönüllü olarak daha az yiyerek ve/veya daha çok egzersiz yaparak kalıcı şekilde kilo verebileceğini düşünüyor musunuz?

☐ Evet ☐ Kararsızım ☐ Hayır

19. Obez hastaların sağlık sistemi üzerindeki yükü artırdığını düşünüyor musunuz?

☐ Evet ☐ Kararsızım ☐ Hayır

20. Obez hastaları muayene etmekten hoşlanır mısınız?

☐ Evet ☐ Kararsızım ☐ Hayır

21. Obez hastaların diğer hastalara göre daha çok tedavi önerilerine uyumsuz olduğunu düşünüyor musunuz?

☐ Evet ☐ Kararsızım ☐ Hayır

Aşağıda olumlu ve olumsuz tutum ifadelerini içeren 20 soruluk 6'lı likert tipi bir ölçek bulunmaktadır. Ölçekteki ifadelere katılıp/katılmama durumunuzu kesinlikle katılmıyorum, çoğunlukla katılmıyorum, biraz katılmıyorum, biraz katılıyorum, çoğunlukla katılıyorum veya kesinlikle katılıyorum şeklinde size en uygun ifadeyi işaretleyerek cevaplayınız. Her ifadeye ilişkin altı seçenekten yalnız birini işaretlemeniz ve cevapsız bırakmamanız gerekmektedir. Lütfen her ifadeyi cevaplayınız.

1- Obez bireyler obez olmayan bireyler kadar mutludur.

- () Kesinlikle katılmıyorum () Çoğunlukla katılmıyorum () Biraz katılmıyorum
() Biraz katılıyorum () Çoğunlukla katılıyorum () Kesinlikle katılıyorum

2-Obez bireyler kendilerini diğer insanlar kadar başarılı hissetmezler.

- () Kesinlikle katılmıyorum () Çoğunlukla katılmıyorum () Biraz katılmıyorum
() Biraz katılıyorum () Çoğunlukla katılıyorum () Kesinlikle katılıyorum

3-Obez bireylerin birçoğunun benlik bilinci kavramı diğer insanlardan fazladır.

- () Kesinlikle katılmıyorum () Çoğunlukla katılmıyorum () Biraz katılmıyorum
() Biraz katılıyorum () Çoğunlukla katılıyorum () Kesinlikle katılıyorum

4-Obez çalışanlar diğer çalışanlar kadar başarılı olamayabilirler.

- () Kesinlikle katılmıyorum () Çoğunlukla katılmıyorum () Biraz katılmıyorum
() Biraz katılıyorum () Çoğunlukla katılıyorum () Kesinlikle katılıyorum

5-Obez olmayan bireylerin birçoğu obez bireylerle evlenmek istemezler.

- () Kesinlikle katılmıyorum () Çoğunlukla katılmıyorum () Biraz katılmıyorum
() Biraz katılıyorum () Çoğunlukla katılıyorum () Kesinlikle katılıyorum

6- Bazı obez bireyler genellikle dağınık/düzensizdir.

- () Kesinlikle katılmıyorum () Çoğunlukla katılmıyorum () Biraz katılmıyorum
() Biraz katılıyorum () Çoğunlukla katılıyorum () Kesinlikle katılıyorum

7-Obez bireyler genellikle sosyaldır.

- () Kesinlikle katılmıyorum () Çoğunlukla katılmıyorum () Biraz katılmıyorum
() Biraz katılıyorum () Çoğunlukla katılıyorum () Kesinlikle katılıyorum

8-Obez bireylerin birçoğu kendilerinden memnun değildirler.

- () Kesinlikle katılmıyorum () Çoğunlukla katılmıyorum () Biraz katılmıyorum
() Biraz katılıyorum () Çoğunlukla katılıyorum () Kesinlikle katılıyorum

9-Obez bireyler de diğer insanlar kadar özgüvenlidir.

- () Kesinlikle katılmıyorum () Çoğunlukla katılmıyorum () Biraz katılmıyorum
() Biraz katılıyorum () Çoğunlukla katılıyorum () Kesinlikle katılıyorum

10-İnsanların birçoğu obez bireylerle ilişkilerinde rahatsız olur.

- () Kesinlikle katılmıyorum () Çoğunlukla katılmıyorum () Biraz katılmıyorum
() Biraz katılıyorum () Çoğunlukla katılıyorum () Kesinlikle katılıyorum

11- Obez bireyler çoğunlukla obez olmayan bireylerden daha az agresiftir.

- () Kesinlikle katılmıyorum () Çoğunlukla katılmıyorum () Biraz katılmıyorum
() Biraz katılıyorum () Çoğunlukla katılıyorum () Kesinlikle katılıyorum

12-Obez bireylerin birçoğu obez olmayan bireylerden farklı kişiliklere sahiptir.

- () Kesinlikle katılmıyorum () Çoğunlukla katılmıyorum () Biraz katılmıyorum
() Biraz katılıyorum () Çoğunlukla katılıyorum () Kesinlikle katılıyorum

13-Obez bireylerin çok az bir kısmı fazla kilolarından utanır.

- () Kesinlikle katılmıyorum () Çoğunlukla katılmıyorum () Biraz katılmıyorum
() Biraz katılıyorum () Çoğunlukla katılıyorum () Kesinlikle katılıyorum

14-Birçok obez birey normal kilodaki insanlara kızar/sinirlenir.

- () Kesinlikle katılmıyorum () Çoğunlukla katılmıyorum () Biraz katılmıyorum
() Biraz katılıyorum () Çoğunlukla katılıyorum () Kesinlikle katılıyorum

15-Obez bireyler obez olmayan insanlardan daha duygusaldır.

- () Kesinlikle katılmıyorum () Çoğunlukla katılmıyorum () Biraz katılmıyorum
() Biraz katılıyorum () Çoğunlukla katılıyorum () Kesinlikle katılıyorum

16-Obez bireyler normal bir yaşam sürmeyi beklememelidirler.

- () Kesinlikle katılmıyorum () Çoğunlukla katılmıyorum () Biraz katılmıyorum
() Biraz katılıyorum () Çoğunlukla katılıyorum () Kesinlikle katılıyorum

17-Obez bireyler obez olmayan bireyler kadar sağlıklıdır.

- () Kesinlikle katılmıyorum () Çoğunlukla katılmıyorum () Biraz katılmıyorum
() Biraz katılıyorum () Çoğunlukla katılıyorum () Kesinlikle katılıyorum

18- Obez bireyler de cinsel olarak obez olmayan bireyler kadar çekicidir.

- () Kesinlikle katılmıyorum () Çoğunlukla katılmıyorum () Biraz katılmıyorum
() Biraz katılıyorum () Çoğunlukla katılıyorum () Kesinlikle katılıyorum

19- Obez bireyler ailede sorun yaratmaya eğilimlidir.

- () Kesinlikle katılmıyorum () Çoğunlukla katılmıyorum () Biraz katılmıyorum
() Biraz katılıyorum () Çoğunlukla katılıyorum () Kesinlikle katılıyorum

20- Bir insanın başına gelebilecek en kötü şeylerden birisi obez olmaktır.

- () Kesinlikle katılmıyorum () Çoğunlukla katılmıyorum () Biraz katılmıyorum
() Biraz katılıyorum () Çoğunlukla katılıyorum () Kesinlikle katılıyorum

Aşağıda insan ilişkileriyle ilgili tutum ve davranış ifadeleri bulunmaktadır. **Genel olarak insanlarla iletişim kurarken nasıl davrandığınızı, neler düşündüğünüzü ve neler hissettiğinizi anlatan aşağıdaki ifadelerin** size uygunluk derecesini belirtmeniz istenmektedir. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. İfadeler, **“Her zaman (5), Genellikle (4), Bazen (3), Nadiren (2), Hiçbir zaman (1)”** karşılığındadır. Her ifadeye ilişkin beş seçenekten yalnız birini işaretlemeniz ve cevapsız bırakmamanız gerekmektedir. Lütfen her ifadeyi cevaplayınız.

		Her zaman	Genellikle	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
1.	İnsanları anlamaya çalışırım.					
2.	İletişimde bulunduğum insanlardan gelen öğüt ve önerileri içtenlikle dinlerim.					
3.	Düşüncelerimi başkalarına tam olarak iletmekte zorluk çekerim.					
4.	Dikkatimi karşımdakinin ilgi alanına toplayabilirim.					
5.	Kişilerin, anlatmak istediklerini dinlemek için yeterince zaman ayırırım.					
6.	Karşımdaki kişiyi dinlerken hayal kurarım.					
7.	İnsanları dinlerken sıkıldığımı hissederim.					
8.	Konuşurken ilk adımı atmaktan çekinmem.					
9.	Konuşurken açık, sade ve düzgün cümleler kurarım.					
10.	Karşımdaki kişiyle aynı görüşü paylaşmasam bile fikirlerine saygı duyarım.					
11.	İletişimde bulunduğum kişinin yüzüne baktığım halde sözlerini dinlemediğim olur.					
12.	Ses tonumu konunun özelliğine göre ayarlayabilirim.					
13.	Karşımdaki kişiye güvenmek beni mutlu eder.					
14.	Her insanı olumlu beklentilerimle karşılarım.					
15.	İletişim kurduğum kimselerden bir şeyler alır ve onlara da bir şeyler verdiğimi hissederim.					
16.	Kendimi karşımdakinin yerine koyarak, duygu ve düşüncelerini anlamaya çalışırım.					

Ek 2.

