

# Obezite ve Bariyatrik Cerrahiye Psikiyatri Penceresinden Bakış: Psikiyatristler Ne Düşünüyor ve Ne Yapıyor? Kesitsel Bir Anket Çalışması

Yasemin KOÇYİĞİT<sup>1</sup>, Duygu ÇAP<sup>2</sup>, Şule BIÇAKCI AY<sup>1</sup>

## ÖZET

**Amaç:** Bu çalışma, psikiyatristlerin obezite ve bariyatrik cerrahiye yönelik bilgi düzeylerini, tutumlarını ve yönlendirme pratiklerini değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

**Yöntem:** Türkiye genelinde 169 psikiyatrist ve 75 psikiyatri asistanının katılımıyla tanımlayıcı, kesitsel ve anket tabanlı bir çalışma yürütülmüştür. Anket; demografik bilgiler, obeziteye yönelik klinik yaklaşımlar, bariyatrik cerrahi bilgi kaynakları, cerrahi yönlendirme eğilimleri, psikiyatrik kontrendikasyonlar ve cerrahi sonrası bilgi düzeylerini değerlendiren bölümlerden oluşmaktadır. Veriler, araştırmacılar tarafından oluşturulan çevrim içi anket olarak uygulanan yapılandırılmış anket formuyla toplanmıştır.

**Bulgular:** Katılımcıların çoğunluğu obeziteyi doğru tanımlayabilmektedir (%82,8); ancak klinik pratikte hastaların boy-kilo ölçümünü sıklıkla kaydetmedikleri görülmüştür (%71,3). Psikiyatristlerin %78,7'si en az bir kez bariyatrik cerrahi öncesi psikiyatrik değerlendirme yaptığını ve %69,7'si, uygun endikasyon olması durumunda cerrahi yönlendirme yapacaklarını belirtmiştir. Psikotik bozukluklar, madde kullanım bozuklukları ve yeme bozuklukları en sık kontrendikasyon olarak değerlendirilirken; anksiyete ve kişilik bozuklukları genellikle kontrendikasyon olarak görülmüştür. Cerrahi sonrası dikkat edilmesi gereken durumlara ilişkin bilgi düzeyi değişkenlik göstermekte; özellikle beslenme yönetimi konusunda bilgi eksiklikleri öne çıkmaktadır. Katılımcıların yaklaşık üçte biri, obezite tedavisine ilişkin yeterli bilgiye sahip olmadığını belirtmiştir.

**Sonuç:** Psikiyatristler ve psikiyatri asistanlarının bariyatrik cerrahiye dair genel tutumları olumlu olmakla birlikte, bilgi düzeylerinde farklılıklar bulunmakta ve cerrahi yönlendirmeyi etkileyen bazı engeller göze çarpmaktadır. Bu durum, psikiyatristlere yönelik bariyatrik cerrahiye ilişkin bilgi ve beceri kazandırıcı eğitim programlarının geliştirilmesi gerekliliğini ortaya koymaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Bariyatrik cerrahi, obezite, psikiyatrist, tutumlar

## ABSTRACT

### A Psychiatric Perspective on Bariatric Surgery and Obesity: What Do Psychiatrists Think and Do? A Cross-Sectional Survey Study

**Objective:** This study aimed to evaluate the knowledge levels, attitudes, and referral practices of psychiatrists regarding obesity and bariatric surgery.

**Method:** In this descriptive, cross-sectional study, a questionnaire was administered to 169 psychiatrists and 75 psychiatry residents across Türkiye. The questionnaire included sections on demographic characteristics, clinical approaches to obesity, sources of information about bariatric surgery, referral tendencies, psychiatric contraindications, and knowledge regarding the postoperative period. Data were collected through a structured questionnaire created by the researchers and administered online via Google Forms.

**Results:** Most participants were able to define obesity (82.8%) correctly, but a large proportion reported that they do not routinely record patients' height and weight in clinical practice (71.3%). It was reported by 78.7% of the participants that they had conducted at least one psychiatric evaluation prior to bariatric surgery, and 69.7% stated that they would refer patients for surgery when appropriate indications were present. Psychotic disorders, substance use disorders, and eating disorders were most frequently considered as contraindications, while anxiety and personality disorders were generally not regarded as contraindications. The level of knowledge regarding the conditions that need to be considered after surgery varied, with predominant lack of knowledge regarding nutritional management. Approximately one-third of the participants reported that they do not have sufficient knowledge about obesity treatment.

**Conclusion:** Although the general attitudes towards bariatric surgery are positive, there were differences in levels of knowledge and some barriers affecting referral to surgery were evident. These findings highlight the need to develop educational programs aimed at enhancing psychiatrists' knowledge and skills related to bariatric surgery.

**Keywords:** Attitudes, bariatric surgery, obesity, psychiatrist

**Atf için:** Koçyığıy Y, Çap D, Bıçakçı Ay Ş. (2026) A Psychiatric Perspective on Bariatric Surgery and Obesity: What Do Psychiatrists Think and Do? A Cross-Sectional Survey Study. *Türk Psikiyatri Derg* 37:9–19. <https://doi.org/10.5080/u27725>

**Geliş Tarihi:** 14.04.2025, **Kabul Tarihi:** 07.12.2025, **Yayın Tarihi:** 28.03.2026

<sup>1</sup>Uzm., Etlik Şehir Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Ankara, Türkiye; <sup>2</sup>Bağımsız Araştırmacı, İzmir, Türkiye

Şule Bıçakçı Ay, e-posta: [sulebicakci89@gmail.com](mailto:sulebicakci89@gmail.com)

## GİRİŞ

Obezite; kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, osteoartrit, demans, depresyon ve bazı maligniteler için önemli bir risk faktörü olarak kabul edilen küresel bir halk sağlığı sorunudur (Özgüç ve ark. 2021, Rajeev ve ark. 2023). Kronik doğası nedeniyle obezitenin yönetimi bireyselleştirme gerektirmekte ve artan küresel yaygınlığı nedeniyle obezite daha kapsamlı yaklaşımlarla ele alınmalıdır (Chooi ve ark. 2019, Lopes ve ark. 2020). Uluslararası kılavuzlar, tanı anında komorbiditelerin taranmasını, tedavi seçeneklerinin hasta ile paylaşılmasını ve multidisipliner yaklaşımların benimsenmesini önermektedir (Dietz ve ark. 2019, Durrer Schutz ve ark. 2019, Yunus ve ark. 2023). Güncel kılavuzlara göre obezite tedavisi, yaşam tarzı değişiklikleri, farmakolojik tedavi, bariyatrik cerrahi (BC) ve uzun dönem izlemeden oluşan çok yönlü bir yaklaşımla yürütülür. İlk basamakta beslenme düzenlemesi, fiziksel aktivite artışı ve davranışsal müdahaleler temel olup, uygun hastalarda ilaç ve cerrahi seçenekler değerlendirilir. BC, BKİ  $\geq 40 \text{ kg/m}^2$  ya da BKİ  $\geq 35 \text{ kg/m}^2$  + ciddi komorbidite (tip 2 diyabet, hipertansiyon, uyku apnesi, osteoartrit) varlığında ve yaşam tarzı/farmakoterapiyle yeterli kilo kaybı sağlanamadığında önerilir (Mechanick ve ark. 2019, TEMD 2024).

Cerrahi yöntemler kısıtlayıcı, malabsorptif veya kombinasyonel etkilidir: sleevegastrektomi kısıtlayıcı; Roux-en-Y gastrik bypass kısıtlayıcı + malabsorptif; duodenal switch ve mini gastrik bypass belirgin kombine etki sunar. Yöntem seçimi, hastanın metabolik profili ve eşlik eden hastalıklarına göre bireyselleştirilmelidir (TEMD 2024). Bu kapsamlı tedavi yaklaşımında, BC öncesi ve sonrası süreçlerde psikiyatrik değerlendirmenin önemi giderek daha fazla vurgulanmakta ve klinik akışta psikiyatristlerin erken dönemde ve etkin bir şekilde sürece katılımını zorunlu kılmaktadır.

Ülkemizde psikiyatristler, obezite tedavisinde BC uygulanan merkezlerde preoperatif dönemde cerrahiye uygunluk değerlendirmesi için istenen konsültasyonlarla; obezite merkezlerinde ise görevlendirme usulüyle ve "Obezite Merkezleri ve Obezite Cerrahisi Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik" uyarınca multidisipliner ekip içinde daimi konsültan olarak sürece katılmaktadır.

Psikiyatrik değerlendirme, BC öncesi ve sonrası süreçlerin kritik bir bileşenidir. Psikiyatrist, cerrahi öncesinde hastanın psikiyatrik durumu, karar verme kapasitesi, tedaviye uyum potansiyeli ve olası kontrendikasyonlarını sistematik biçimde değerlendirmekle sorumludur (Sevinçer 2016). Bu değerlendirme, yalnızca ruhsal bozuklukların varlığını saptamakla sınırlı değildir; obezite süreciyle ilişkili beden algısı, benlik saygısı, yeme tutumları ve çocukluk çağı travmaları gibi öznel faktörleri de kapsar. Bu yönüyle BC, fiziksel olduğu kadar psikososyal boyutlarıyla da ele alınması gereken çok yönlü bir tedavi seçeneğidir (Berberoğlu ve Hocaoğlu 2024).

Psikiyatristler birinci basamak hekimleri kadar obezitesi olan hastalarla erken karşılaşmalar da ameliyat sonrası uzun vadeli takip sürecinde önemli bir rol üstlenmeleri beklenmektedir (Troisi 2022). Cerrahi sonrasında psikiyatrik izlemin sürdürülmesi; yeme davranışı bozukluklarının yönetimi, psikolojik uyum ve psikiyatrik hastalıkların takibi açısından kritik öneme sahiptir (Sevinçer 2016, Mechanick ve ark. 2019, TEMD 2024). Ancak literatürde, obeziteyle ilişkili psikiyatrik değerlendirme süreçlerini ve psikiyatristlerin bu alandaki tutumlarını inceleyen çalışmalar sınırlıdır (Lichwala-Zyla ve ark. 2009). Sağlık hizmeti sağlayıcılarının tutum ve algılarındaki tutarsızlıklar, tedavi sürecinde engeller oluşturmakta (Leiter ve ark. 2015, Kaplan ve ark. 2018, Carrasco ve ark. 2022), yaşam tarzı değişikliği ve davranış danışmanlığına ilişkin yaklaşımlarını sınırlayabilmekte ve BC değerlendirme ve yönlendirme kararlarını doğrudan etkileyebilmektedir (Funk ve ark. 2016, Turner ve ark. 2018, Memarian ve ark. 2021). Literatürde, BC'nin etkili bir tedavi seçeneği olmasına rağmen güvenlik endişeleri, bilgi eksikliği ve komplikasyonlara ilişkin bilgi eksikliğinin bu yöntemin önerilmesini sınırlayabildiği (Rajeev ve ark. 2023, Yunus ve ark. 2023), tüm etkinliğine ve avantajlarına rağmen, dünya genelinde BC'ye uygun hastaların yalnızca %0,1–2'sinin ameliyat edildiği bildirilmektedir (Rubino ve ark. 2020). Cerrahinin düşük kullanılma oranı; güvenlik ve etkinlik hakkındaki yanlış inanışlar, kültürel ve sosyal önyargılar ile damgalanma gibi faktörlerle ilişkilendirilmektedir (Özgüç ve ark. 2021, Garcia ve ark. 2022). Bu önyargılar, cerrahiden fayda görebilecek birçok hastanın tedavi seçeneğinden mahrum kalmasına yol açmaktadır.

Obezite ve tedavisine dair bilgi eksiklikleri, olumsuz tutumlar ve önyargılar, obezitenin etkin yönetimini, uygun tedavi seçimini zorlaştırmaktadır. Bu doğrultuda birinci basamak hekimleri, cerrahlar ve endokrinologlar gibi branşların obeziteye ve BC'ye yönelik tutumları üzerine çok sayıda çalışma bulunmakta (Glauser ve ark. 2015, Rajeev ve ark. 2023) beraber multidisipliner ekibin önemli üyesi psikiyatristlere ilişkin literatür oldukça kısıtlıdır (Lychwaya 2007)

Bu çalışmanın amacı, psikiyatri hekimlerinin obezite ve BC'ye ilişkin bilgi düzeyleri, tutumları ve yönlendirme davranışlarını değerlendirmektir. Türkiye'de bu yaklaşımlara dair kanıtların sınırlı olması, saptanacak sorun ve eksikliklerin eğitim programlarının geliştirilmesine temel oluşturmasını gerekli kılmaktadır.

## YÖNTEM

### Örneklem

Örneklem büyüklüğünü belirlemek için G\*Power 3.1.9.7 programı aracılığıyla güç analizi yapılmıştır. 5×5 ki kare testi için, 0,05 hata oranı ile %95 güven aralığında, orta etki büyüklüğünde (d=0,30), 0,20 hata oranı ile testin gücü %80

olduğunda toplam örneklem sayısının 215 olması gerektiği belirlenmiştir. Çalışmada 5\*5 Ki kare testi kullanılacağı için “ $\chi^2$  tests – Goodness-of-fit tests: Contingency tables” testi seçilmiş ve serbestlik derecesi (df) 16 olarak belirlenmiştir. Literatürde örnek çalışma olmaması nedeniyle örnek çalışma bulgularına dayalı olarak etki büyüklüğü hesaplanamamıştır. Çalışmada beklenen farklılıkların orta büyüklükte olacağı varsayıldığı için etki büyüklüğü  $w=0,30$  değeri seçilmiştir. Gerçek bir etkinin var olması durumunda bunun istatistiksel olarak ortaya konulma olasılığının en az %80 olması amaçlandı için güç düzeyi 0,80 kullanılmıştır.

Çalışmaya toplamda 24–71 yaşları arasında (*Ort:* 35,50±8,63) 244 psikiyatri uzmanlığı öğrencisi ve uzmanı katılmıştır. Çalışma örnekleme ulaşmanın görece zor olması sebebiyle, katılımcılara uygun örnekleme yöntemlerinden kolay ulaşılabilen kar topu örnekleme yöntemiyle ulaşılmıştır. Katılımcılara ulaşılabileceği düşünülen gruplara (Türk Psikiyatri Derneği e-posta grupları, WhatsApp hekim grupları ve ilgili Facebook meslek grupları) sosyal medya aracılığıyla anket linkleri iletilmiştir.

### Veri Toplama Araçları

**Sosyodemografik Bilgi Formu:** Katılımcıların yaş, cinsiyet, mesleki durum (uzmanlık öğrencisi, uzman doktor, öğretim üyesi/görevlisi), psikiyatri alanında çalışma geçmişi ve niteliği ile çalıştıkları kurumlara yönelik bilgileri toplamak amacıyla araştırmacılar tarafından oluşturulmuş formdur.

**Psikiyatristlerin Obezite ve Bariyatrik Cerrahiye İlişkin Tutum ve Bilgi Düzeylerinin Ölçümü:** Çalışmada temel olarak psikiyatri hekimlerinin obezite ve BC için potansiyel hastaları değerlendirirken cerrahi endikasyonları, psikiyatrik açıdan kontrendikasyonları, cerrahinin komplikasyonları, cerrahi sonrası dikkat edilecek hususlarla ilgili düşünceleri, bir tedavi seçeneği olarak BC’yi nasıl değerlendirdiği, cerrahiye doğrudan karar vermeyen ancak BC’ye uygunluk değerlendirmesinde kritik rol oynayan psikiyatri hekimlerinin aslında bu rollerinden bağımsız bir hekim olarak BC’ye yönlendirme kararlarını etkileyen nedenleri ve yönlendirmenin önündeki engellerle ilgili görüşleri öğrenilmek istenmiştir.

Bu amaçla BC konusunda deneyimli bir cerrah ve en az altı yıldır obezitesi olan hastalarla çalışmakta olan iki psikiyatri uzmanı tarafından standart kılavuzlar da dâhil olmak üzere ilgili alanyazın taranmış (örn; Özgüç ve ark. 2021, Rajeev ve ark. 2023), literatürde geçerliği gösterilen ölçek maddeleri gözden geçirilerek seçilen maddeler mevcut çalışmaya uyarlanmış ve ek maddeler oluşturulmuştur.

Anket formu, oluşturulan maddeler ile Google Forms aracılığıyla çevrimiçi olarak hazırlanmıştır. İlk olarak, psikiyatri uzmanlık öğrencileri, psikiyatri uzmanları ve psikiyatri bölümündeki öğretim elemanlarından oluşan yaklaşık 10 kişilik bir grupta pilot uygulama yapılmıştır. Uygulama sonrasında

geribildirimler alınarak ankete son hali verilmiştir. Sorular çoktan seçmeli ve Likert tipi cevaplanmaktadır.

Anket, konuya ilişkin kapsamlı bir değerlendirme yapabilmek üzere tematik alanlar çerçevesinde yapılandırılmıştır. Bu doğrultuda; obeziteye yaklaşımı ölçmek amacıyla “Obezite tanısını koyarken hangi ölçütleri dikkate alırsınız?”, cerrahi endikasyon ve kontrendikasyonlara ilişkin tutumları belirlemek için “Psikotik bozukluk sizce BC için mutlak kontrendikasyon mudur?”, cerrahi sonrası izlem sürecine dair görüşleri değerlendirmek üzere “Bariyatrik cerrahi sonrası psikiyatristlerin en çok dikkat etmesi gereken alan sizce hangisidir?” ve cerrahi komplikasyon bilgisine yönelik olarak “Bariyatrik cerrahinin en sık görülen psikiyatrik komplikasyonu nedir?” gibi sorular yer almaktadır. Ayrıca, yönlendirme eğilimlerini ortaya koymak amacıyla “Uygun endikasyon varsa obezite hastasını BC’ye yönlendirir misiniz?” sorusu da ankete dâhil edilmiştir.

### İşlem

Mevcut çalışma Ankara Etilik Şehir Hastanesi Bilimsel Araştırmalar Değerlendirme Etik Kurulu’nun 25.09.2024 tarihli AEŞH-BADEK-2024-740 karar numaralı izni ile gerçekleştirilmiştir. Gerekli izinlerin alınmasının ardından katılımcılara oluşturulan çevrimiçi anket formlarının linkleri iletilmiştir. Veri toplama öncesi katılımcıların bilgilendirilmiş onamları alınmıştır. Veri toplama Eylül-Ekim 2024 tarihlerinde gerçekleştirilmiştir. Verilerin toplanması esnasında katılımcılardan herhangi bir kişisel bilgi istenmemiştir. Katılımcıların ölçeceği birden fazla doldurmaması adına aynı IP (internet protocol address)’den birden çok kez veri gönderilemeyecek şekilde düzenleme yapılmıştır. Katılımcıların ölçekleri doldurmaları ortalama 10 dakika sürmüştür.

### İstatistiksel Analiz

Analizler öncesi veri girişleri kontrol edilmiştir. Verilerin çevrim içi toplanması sebebiyle katılımcıların boş bıraktıkları maddeler bulunmamaktadır. Analizler IBM Sosyal Bilimlerde İstatistik Paket Programı (SPSS) sürüm 25 ile yürütülmüştür. Genel betimleyici istatistiklere ek olarak gruplar arasındaki farkın belirlenmesi amacıyla ki-kare analizi yürütülmüştür. İstatistiksel analizlerde anlamlılık düzeyi  $\alpha=0,05$  olarak kabul edilmiştir.

## BULGULAR

### Katılımcılara İlişkin Betimleyici İstatistik Bulguları

Katılımcıların %64,8’i ( $N=158$ ) cinsiyetini kadın, %34,8’i ( $N=85$ ) erkek, %0,4’ü ( $N=1$ ) diğer olarak belirtmiştir. Katılımcıların yarısından fazlasını (%69,3) psikiyatri uzmanları oluşturmaktadır. Katılımcılara ilişkin demografik bilgiler Tablo 1’de sunulmuştur.

**Tablo 1.** Katılımcılara ilişkin demografik bilgiler

Değişken	Kategori	n (%)
Cinsiyet	Kadın	158 (64,8)
	Erkek	85 (34,8)
	Diğer	1 (0,4)
Mesleki durum	Uzmanlık öğrencisi	75 (30,7)
	Öğretim görevlisi/üyesi	57 (23,4)
	Uzman doktor	112 (45,9)
Çalışma Yılı	0–3 yıl	63 (25,8)
	4–10 yıl	110 (45)
	11–20 yıl	48 (19,7)
	21–30 yıl	16 (6,6)
	30+ yıl	7 (2,9)
Çalışılan Kurum	Devlet hastanesi	41 (16,8)
	Eğitim araştırma hastanesi	33 (13,5)
	Muayenehane	10 (4,1)
	Özel hastane	22 (9)
	Özel klinik	4 (1,6)
	Ruh sağlığı hastanesi	2 (0,8)
	Şehir hastanesi	65 (26,6)
	Üniversite hastanesi	68 (27,5)
Haftalık görülen yaklaşık hasta sayısı	0–10	17 (6,97)
	11–50	70 (28,69)
	51–100	79 (32,38)
	101–200	26 (10,66)
	200+	52 (21,30)

n: katılımcı sayısı; %: yüzde.

### Hekimlerin Bariatrik Cerrahi ve Obeziteye İlişkin Bilgilerine İlişkin Bulgular

Hekimlerin obezite ve BC'ye ilişkin bilgi kaynakları değerlendirildiğinde, %78,8'i bu konuda bilgilerini tıp eğitimi sırasında edindiğini belirtmiştir. Katılımcıların %35,1'i ise bu bilgileri kitap ve dergilerden, %29,8'i kongreler ve konferanslardan, %24,9'u internet, sosyal medya ve basın aracılığıyla ve %23,3'ü ise hastalarından bilgi edindiğini ifade etmiştir. Öte yandan, hekimlerin %4,1'i obezite ve BC'ye ilişkin herhangi bir bilgiye sahip olmadığını bildirmiştir.

Hekimlerin obezite tanımına ilişkin bilgi düzeyleri değerlendirildiğinde, büyük çoğunluğunun (%82,8) doğru bilgiye sahip olduğu belirlenmiştir. Hekimlerin %71,3'ünün hastaların boy ve kilo ölçümlerini nadiren kaydettiği veya hiç kaydetmediği görülmüştür. Ayrıca, hekimlerin %61,9'u muayene ettikleri hastalar arasında obez bireylerin oranının %20'den az olduğunu bildirmiştir.

Hekimlerin eğitim süreçleri ve mesleki deneyimleri boyunca BC ile ilgili bilgi ve uygulamalarına yönelik değerlendirmeler, hekimlerin %90,6'sının daha önce veya halen görev yaptıkları sağlık merkezlerinde BC uygulamalarının gerçekleştirildiğini göstermiştir. Hekimlerin %78,7'si meslek yaşamları boyunca

en az bir kez BC öncesinde psikiyatrik değerlendirme yaptıklarını ifade ederken, güncel klinik pratiklerinde BC öncesi psikiyatrik değerlendirme gerçekleştirmediğini belirtenlerin oranı %63,5 olarak saptanmıştır. Hekimlerin %11,5'inin BC öncesi değerlendirmeyi bir yıldan kısa süredir, %16,8'inin bir ila beş yıldır, %10,7'sinin ise beş yıldan daha uzun süredir sürdürdüğü belirlenmiştir. Bununla birlikte, BC geçiren hastaların uzun dönem izlemine gerçekleştirdiğini belirten hekim oranının yalnızca %12,3 olduğu görülmüştür. Ayrıca, katılımcı hekimlerin büyük çoğunluğu (%69,7), hastanın cerrahi girişim için uygun endikasyona sahip olması durumunda BC'ye yönlendirme yapacaklarını ifade etmiştir.

Hekimlere, BKİ ve eşlik eden komorbiditeler temelinde sunulan obezite hasta vakalarına ilişkin BC endikasyonları değerlendirildiğinde, BKİ 40 kg/m<sup>2</sup> üzerinde olan hastaların cerrahiye yönlendirilmesi konusunda, 30 yıl ve üzeri mesleki deneyime sahip hekimler haricinde, katılımcıların büyük çoğunluğunun cerrahi endikasyon açısından fikir birliği içinde olduğu saptanmıştır. Uzmanlık öğrencisi ve psikiyatri uzmanı olma durumları açısından ( $\chi^2(1)=0,50, p >0,05$ ) ve uzmanların deneyim yılları açısından (<10 yıl vs >10yıl) ( $\chi^2(1)=1,27, p >0,05$ ) uygulanan ki kare analizi sonucunda istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür. Benzer şekilde, BKİ 35–40 kg/m<sup>2</sup> aralığında olup eşlik eden komorbiditeleri bulunan hastaların cerrahiye yönlendirilmesi konusunda da hekimlerin çoğunluğunun ortak görüşe sahip olduğu belirlenmiştir. Bununla birlikte, BKİ 35–40 kg/m<sup>2</sup> olup kontrolsüz diyabeti bulunan hastaların cerrahiye yönlendirilmesi söz konusu olduğunda, hekimlerin bu endikasyon için daha düşük oranda cerrahiye yönlendirme eğilimi gösterdiği ve diğer endikasyonlarla kıyaslandığında daha yüksek oranda kararsızlık yaşadığı görülmüştür. Uygulanan ki kare analizi sonucunda psikiyatri uzmanlık öğrencileri ve uzmanlar arasında ( $\chi^2(1)=0,328, p >0,05$ ) ve uzmanlık deneyim yılları açısından ( $\chi^2(1)=1,77, p >0,05$ ) anlamlı bir fark olmadığı gözlenmiştir. “Tip 2 diyabetli ve beden kitle endeksi 33 kg/m<sup>2</sup> olan bir hastada, optimal tıbbi tedaviye (ilaç ve insülin) rağmen hiperglisemi yeterince kontrol edilemiyorsa, obezite ve metabolik cerrahi bir alternatif olarak düşünülmelidir” ifadesi açısından 21–30 yıl deneyimi bulunan hekimler hariç çoğunluğun bu ifadenin doğru olduğunu düşündüğü görülmüştür. Bu ifade açısından uzmanlık öğrencisi ve uzmanlar arasında ( $\chi^2(1)=0,05, p >0,05$ ) ve uzmanlık deneyim yılları açısından istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $\chi^2(1)=2,11, p >0,05$ ). Benzer şekilde 21–30 yıl deneyime sahip uzmanlar dışında hekimlerin çoğunluğu BC'nin, bilinen ve kullanılan yöntemler arasında morbid obez hastalarda en uzun süreli ve en fazla kilo kaybını sağlayan yöntem olduğunu düşündükleri görülmüştür. Ek olarak uzmanlık öğrencileri ve uzmanlar arasında ( $\chi^2(1)=0,154, p >0,05$ ) ve uzmanların deneyim yılları açısından ( $\chi^2(1)=1,31, p >0,05$ ) bu fikre katılma durumlarına göre istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunamamıştır. Bu bulgulara Tablo 2'den ulaşılabilir.

**Tablo 2.** Hekimlerin BC endikasyonu ve etkinliği hakkındaki görüşleri

Meslek Yılı	Kesinlikle katılmıyorum n (%)	Katılmıyorum n (%)	Kararsızım n (%)	Katılıyorum n (%)	Kesinlikle katılıyorum n (%)
Beden kitle endeksi 40 kg/m <sup>2</sup> olan ve diyet-egzersiz-yaşam tarzı değişiklikleriyle kilo veremeyen hastanın obezite ve metabolik cerrahiye yönlendirilmesi gerekir. ( $\chi^2$ (4)=1,612 , p=0,807 <sup>a</sup> )					
0-3 yıl	2 (3,2)	1 (1,6)	4 (6,3)	33 (52,4)	23 (36,5)
4-10 yıl	3 (2,7)	10 (9,1)	12 (10,9)	49 (44,5)	36 (32,7)
11-20 yıl	2 (4,2)	3 (6,3)	3 (6,3)	25 (58,3)	12 (25)
21-30 yıl	1 (6,3)	0 (0)	4 (25)	7 (43,8)	4 (25)
30+ yıl	1 (14,3)	0 (0)	3 (42,9)	1 (14,3)	2 (28,6)
Beden kitle endeksi 36 kg/m <sup>2</sup> olan ve obeziteye bağlı eşlik eden hastalıkları (tip 2 diyabet, hipertansiyon, dislipidemi, uyku apnesi gibi) olan ve diyet-egzersiz-yaşam tarzı değişiklikleri ile kilo veremeyen hastalarımı obezite ve metabolik cerrahiye yönlendiririm. ( $\chi^2$ (4)=2,825, p=0,588 <sup>a</sup> )					
0-3 yıl	1 (1,6)	2 (3,2)	6 (9,5)	35 (54)	20 (31,7)
4-10 yıl	4 (3,6)	9 (8,2)	18 (16,4)	44 (40)	35 (31,8)
11-20 yıl	2 (4,2)	4 (8,3)	6 (12,5)	25 (52,1)	11 (22,9)
21-30 yıl	1 (6,3)	2 (12,5)	1 (6,3)	10 (62,5)	2 (12,5)
30+ yıl	1 (14,3)	1 (14,3)	1 (14,3)	2 (28,6)	2 (28,6)
Tip 2 diyabeti olan ve beden kitle endeksi 33 kg/m <sup>2</sup> olan bir hastada, optimal tıbbi tedaviye (ilaç insülin) rağmen hiperglisemi yeterince kontrol edilemiyorsa, obezite ve metabolik cerrahi bir alternatif olarak düşünülmelidir. ( $\chi^2$ (1)=7,359, p=0,118 <sup>a</sup> )					
0-3 yıl	1 (1,6)	3 (4,8)	21 (33,3)	24 (38,1)	14 (22,2)
4-10 yıl	4 (3,6)	23 (20,9)	23 (20,9)	40 (36,4)	20 (18,2)
11-20 yıl	1 (2,1)	4 (8,3)	17 (35,4)	20 (41,7)	6 (12,5)
21-30 yıl	1 (6,3)	3 (18,8)	6 (37,5)	4 (25)	2 (12,5)
30+ yıl	2 (28,6)	0 (0)	1 (14,3)	3 (42,9)	1 (14,3)
Bariyatrik cerrahi, bilinen ve kullanılan yöntemler arasında morbid obez hastalarda en uzun süreli ve en fazla kilo kaybını sağlayan yöntemdir ( $\chi^2$ (4)=3,179, p=0,528 <sup>a</sup> )					
0-3 yıl	4 (6,3)	10 (15,9)	14 (22,2)	24 (38,1)	11 (17,5)
4-10 yıl	3 (2,7)	20 (18,2)	33 (30)	33 (30)	21 (19,1)
11-20 yıl	3 (6,3)	4 (8,3)	13 (27,1)	16 (33,3)	12 (25)
21-30 yıl	1 (6,3)	2 (12,5)	8 (50)	3 (18,8)	2 (12,5)
30+ yıl	2 (28,6)	1 (14,3)	1 (14,3)	2 (28,6)	1 (14,3)

n: katılımcı sayısı; %: yüzde; <sup>a</sup>: ki kare testi.

### Hekimlerin Bariyatrik Cerrahiye Yönelik Kontrendikasyon Algıları

Hekimlerin BC'ye yönelik kontrendikasyon algıları incelendiğinde, en sık kontrendike olarak değerlendirilen psikiyatrik durumların psikotik bozukluklar (%63,9), madde kullanım bozuklukları (%57,8), yeme bozuklukları (%69,3) ve dürtü denetim bozuklukları (%49,1) olduğu belirlenmiştir. Bununla birlikte, anksiyete bozuklukları (%81,1), kişilik bozuklukları (%56,9), yaşam stresörleri (%76,6) ve sosyal destek yetersizliği (%56,9) hekimler tarafından BC açısından mutlak kontrendikasyon olarak değerlendirilmemektedir (Tablo 3).

Bariyatrik cerrahi açısından kontrendikasyon değerlendirmeleri uzmanlık eğitimi öğrencileri ve uzman hekimler arasında

karşılaştırıldığında, uzmanlık öğrencilerinin psikotik bozukluklarını ( $\chi^2$  (2)=9,66,  $p < 0,01$ ), madde kullanım bozukluklarını ( $\chi^2$  (2)=7,67,  $p < 0,05$ ), kişilik bozukluklarını ( $\chi^2$  (2)=10,68,  $p < 0,01$ ) ve yaşam stresörlerini ( $\chi^2$  (2)=6,29,  $p < 0,05$ ) uzmanlara kıyasla daha yüksek oranda kontrendikasyon olarak değerlendirdiği saptanmıştır. Duygu durum bozuklukları ( $\chi^2$  (2)=1,26,  $p > 0,05$ ), anksiyete bozuklukları ( $\chi^2$  (2)=0,88,  $p > 0,05$ ), dürtü denetimi bozuklukları ( $\chi^2$  (2)=0,94,  $p > 0,05$ ) ve yeme bozuklukları açısından ( $\chi^2$  (2)=0,15,  $p > 0,05$ ) uzmanlık öğrencileri ile uzmanlar arasında, yapılan ki kare analizi sonucunda istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır. Uzmanların deneyim yılları açısından ise (>10 yıl vs <10 yıl) hiçbir kontrendikasyon açısından istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır (Bkz. Tablo 3).

**Tablo 3.** Hekimlerin BC kontrendikasyonlarına ilişkin değerlendirmeleri

Kontrendikasyon	Kesinlikle katılmıyorum n (%)	Katılmıyorum n (%)	Kararsızım n (%)	Katılıyorum n (%)	Kesinlikle katılıyorum n (%)
Psikotik bozukluklar	12 (4,9)	36 (14,8)	40 (16,4)	84 (34,4)	72 (29,5)
Duygudurum bozuklukları	25 (10,2)	77 (31,6)	60 (24,6)	58 (23,8)	24 (9,8)
Madde kullanım bozuklukları	18 (7,4)	39 (16,0)	46 (18,9)	85 (34,8)	56 (23)
Anksiyete bozuklukları	73 (29,9)	125 (51,2)	33 (13,5)	11 (4,5)	2 (0,8)
Kişilik bozuklukları	43 (17,6)	96 (39,3)	61 (25)	31 (12,7)	13 (5,3)
Yeme bozuklukları	10 (4,1)	23 (9,4)	42 (17,2)	99 (40,6)	70 (28,7)
Dürtü denetim bozuklukları	21 (8,6)	31 (12,7)	72 (29,5)	95 (38,9)	25 (10,2)
Yaşam stresörleri	86 (35,2)	101 (41,4)	38 (15,6)	15 (6,1)	4 (1,6)
Sosyal destek zayıflığı	44 (18)	95 (38,9)	50 (20,5)	42 (17,2)	13 (5,3)

n: katılımcı sayısı; %: yüzde.

### Hekimlerin Bariatrik Cerrahi Sonrası Gelişebilecek Komplikasyonlara Yönelik Bilgi Düzeyleri

Hekimlerin BC sonrası gelişebilecek komplikasyonlara yönelik bilgi düzeyleri incelendiğinde, büyük çoğunluğunun bu komplikasyonları doğru şekilde tanımlayabildiği belirlenmiştir (Tablo 4). Ancak, internal herni ( $\chi^2 (1)=6,72, p<0,05$ ), kronik karın ağrısı ( $\chi^2 (1)=8,68, p <0,05$ ) ve safra taşı ( $\chi^2 (1)=6,37, p<0,05$ ) gibi komplikasyonların, uzman hekimlere kıyasla uzmanlık öğrencileri tarafından daha yüksek oranda doğru olarak bilindiği saptanmıştır. Uzmanların deneyim yılları açısından bakıldığında ise yalnızca mortalite için, yapılan ki kare analizi sonucunda doğru bilenlerin oranı <10 deneyimli için %91,9 iken 11+ deneyimli uzmanlarda %75,7'ye düşmüştür ( $\chi^2 (1)=8,54, p=0,003$ ).

Hekimlerin büyük bir kısmının BC sonrası dikkat edilmesi gereken klinik ve beslenme yönetimi hususlarına ilişkin bilgi sahibi olduğu görülmektedir (Tablo 5). Bununla birlikte, "Postoperatif dönemde protein ihtiyacının 60–120 g/gün arasında olduğu ve bu gereksinimin uygulanan cerrahi prosedüre bağlı olarak değişkenlik gösterebileceği" bilgisine yönelik değerlendirmede, hekimlerin yaklaşık yarısının bu durumu doğru olarak bilemediği veya bu konuda kararsız olduğu saptanmıştır.

### Hekimlerin Bariatrik Cerrahiye İlişkin Bilinmesi Gereken Temel Konulara Yönelik Görüşleri

Psikiyatri hekimlerinin BC'ye ilişkin bilinmesi gereken temel konulara yönelik görüşleri incelendiğinde, katılımcıların büyük çoğunluğunun ameliyat sonrası uzun dönem takip protokolleri, cerrahi işlemin etkinliği, olası komplikasyonlar ve cerrahi endikasyonlar konularında bilgi sahibi olunmasının gerekli olduğunu düşündüğü belirlenmiştir (Bkz. Şekil 1). Uzmanlık öğrencileri ile uzman hekimler arasında ya da mesleki deneyim yılına (<10 yıl vs 10< yıl) göre bakıldığında bu konuların bilinmesi gerekliliğine yönelik görüşlerin

**Tablo 4.** Hekimlerin BC komplikasyonlarına ilişkin bilgileri

Komplikasyon	Doğru bilen n (%)	Yanlış bilen/Kararsız n (%)
Anastomoz kaçağı	229 (93,9)	15 (6,1)
Enfeksiyon	223 (91,4)	21 (8,6)
Kanama	220 (90,2)	24 (9,8)
Marjinal ülserasyon	181 (74,2)	63 (25,8)
İnternal herni	181 (74,2)	63 (25,8)
Safra taşları	136 (55,7)	108 (44,3)
Kronik karın ağrısı	163 (66,8)	81 (33,2)
Dumping sendromu	211 (86,5)	33 (13,5)
Mortalite	213 (87,3)	31 (12,7)

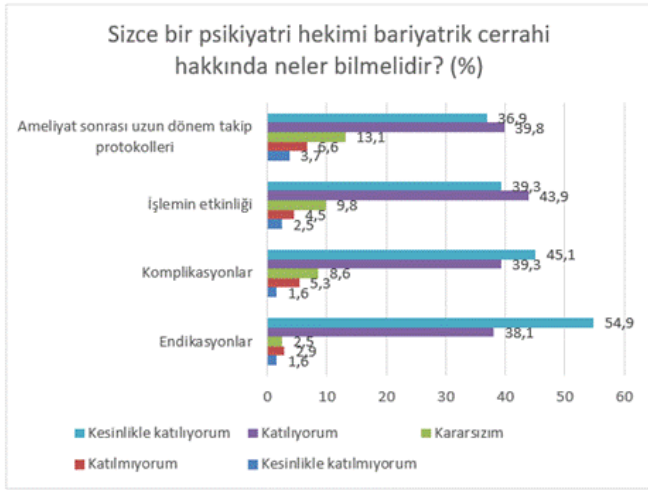
n: katılımcı sayısı; %: yüzde.

**Tablo 5.** Bariatrik cerrahi sonrasında dikkat edilmesi gereken durumlar

Dikkat edilmesi gereken durum	Doğru bilen n (%)	Yanlış bilen/Kararsız n (%)
1) Postoperatif dönemde hastalara yavaş yeme ve fazla çiğneyerek yeme öğretilmelidir.	229 (93,9)	15 (6,1)
2) Postoperatif dönemde protein ihtiyacı 60–120 g/gün civarındadır. Cerrahi prosedürlere göre ihtiyaç değişebilir.	129 (52,9)	115 (47,1)
3) Postoperatif dönemde içecek ve yiyeceklerin aynı anda tüketimi önerilmez, en az 30 dakika aralıklı olması önerilir.	159 (65,2)	85 (34,8)
4) Tüm cerrahi prosedürler sonrası besin takviyesi ve vitamin desteği gerekemeyebilirken malabsorbtif prosedürler ömür boyu takviye gerektirir.	171 (70,1)	73 (29,9)

N: katılımcı sayısı; %: yüzde.

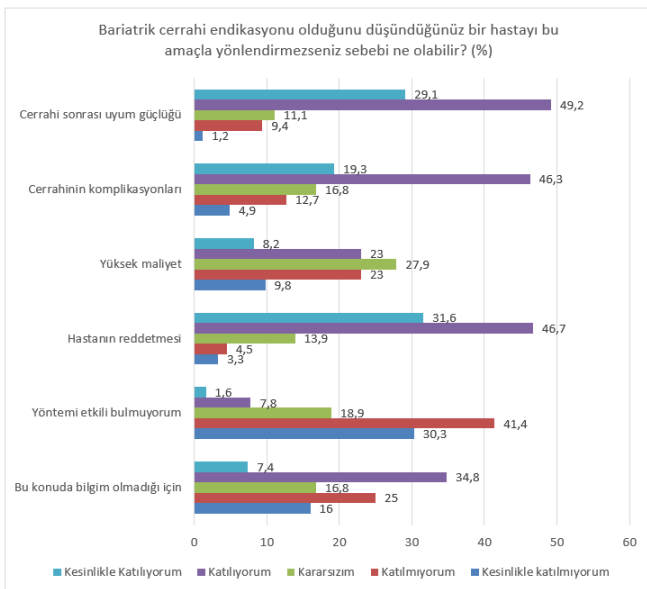
karşılaştırılmasında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. (Endikasyonlar: ( $\chi^2 (4)=1,095, p=0,934$ ), komplikasyonlar ( $\chi^2 (4)=0,809, p=0,955$ ), işlemin etkinliği ( $\chi^2 (4)=3,139, p=0,547$ ), ameliyat sonrası uzun dönem takip protokolleri ( $\chi^2 (4)=3,378, p=0,498$ ).



Şekil 1. Bariyatrik cerrahi hakkında psikiyatristlerin bilmesi gerekenler

### Hekimlerin Bariyatrik Cerrahi Endikasyonu Bulunan Hastayı Yönlendirme Kararını Etkileyebilecek Faktörler

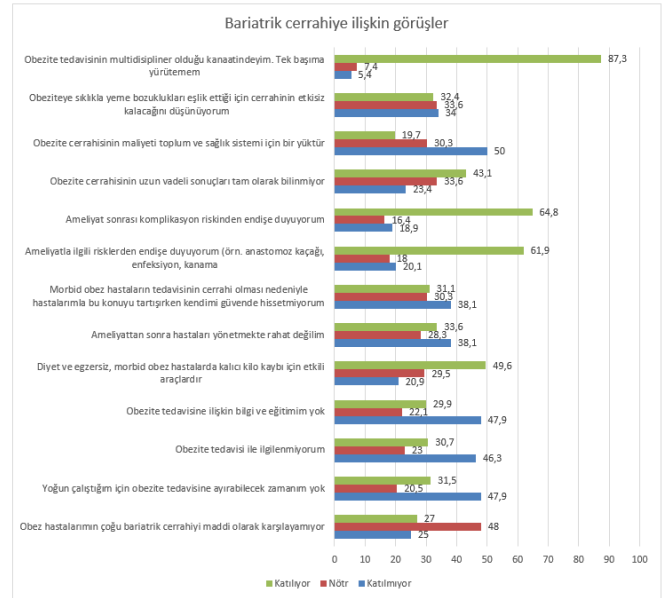
Hekimlerin, BC endikasyonu bulunan bir hastayı yönlendirme kararını etkileyebilecek faktörler değerlendirildiğinde, en sık bildirilen engelleyici unsurların cerrahi sonrası uyum güçlüğü (%78,2), cerrahiye bağlı gelişebilecek komplikasyonlar (%65,6) ve hastanın tedaviyi reddetmesi (%78,3) olduğu belirlenmiştir. Cerrahinin yüksek maliyetli olması ( $\chi^2(4)=11,901, p=0,018$ ), cerrahi komplikasyonlar ( $\chi^2(4)=14,410, p=0,006$ ) ve cerrahi sonrası uyum güçlüğü ( $\chi^2(4)=9,275, p=0,045$ ) açısından uzman hekimlerin, uzmanlık öğrencilerine kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek oranda “katılmıyorum” veya “kesinlikle katılmıyorum” yanıtını verdikleri saptanmıştır (Bkz. Şekil 2).



Şekil 2. Hekimlerin bariyatrik cerrahiye yönlendirmeye dair engellere dair görüşleri.

### Hekimlerin Bariyatrik Cerrahiye Yönelik Görüşleri

Hekimlerin BC'ye yönelik görüşleri incelendiğinde, büyük çoğunluğunun (%87,3) obezitenin tedavisinin multidisipliner bir yaklaşım gerektirdiğini düşündüğü saptanmıştır. Ayrıca, hekimlerin yarısından fazlasının BC sonrası gelişebilecek komplikasyonlar ve cerrahi girişime bağlı potansiyel riskler konusunda endişe duyduğu belirlenmiştir (Bkz. Şekil 3).



Şekil 3. Hekimlerin bariyatrik cerrahiye ilişkin görüşleri.

### TARTIŞMA

Mevcut çalışma psikiyatri hekimlerinin obezite ve BC'ye ilişkin bilgi düzeylerini, tutumlarını ve yönlendirme davranışlarını değerlendirilmeyi amaçlamıştır. Çalışmaya Türkiye genelinde 244 psikiyatri hekimi ve psikiyatri uzmanlık öğrencisi katılmıştır.

Bu çalışmada, psikiyatristlerin obeziteyi doğru tanımladığı ancak düzenli boy-kilo kaydı yapmadığı görülmüştür. Katılımcıların çoğunun cerrahiye yönlendirmeye istekli olmakla birlikte, psikotik bozukluklar ve madde kullanımını en sık kontrendikasyonlar arasında gördüğü saptanmıştır. Yaklaşık üçte biri bilgi düzeyini yetersiz bulmuş, zaman kısıtlılığı ve cerrahi sonrası uyum sorunları yönlendirme sürecinde temel engeller olarak ifade edilmiştir.

Obezite tedavisi, başvurudan postoperatif izleme uzanan çok basamaklı ve disiplinler arası bir koordinasyon gerektirir. Bununla birlikte bazı ülkelerde obez bireylerin yalnızca %29'u hekime başvurduğunda kayıt altına alınmakta; hekimlerde tedavi ve sevk konularında isteksizlik bildirilmektedir (Logue ve ark. 2020, Özgüç ve ark. 2021). Psikiyatri ihtisasında obeziteye dair eğitimin yetersiz algılanması klinik uygulamayı güçleştirirken, hastaya yardımcı olabileceğine inanan hekimlerin

daha aktif öneriler sunduğu görülmektedir (Lichwala-Zyla ve ark. 2009). Kılavuzlara rağmen obezitenin taranması, tanılanması ve yönetimi düşüktür (Glauser ve ark. 2015); aile hekimliği, endokrinoloji ve kardiyolojide boy-kilo ölçümü sık yapılsa da yaşam tarzı danışmanlığı ve cerrahiye yönlendirme sınırlı kalmaktadır (Smith ve ark. 2011). Mevcut çalışmada psikiyatri hekimlerinin obezite tanımını bildiği ancak düzenli boy-kilo kaydı oranının düşük (%28,7) olduğu; buna karşın uygun hastayı cerrahiye yönlendirme niyetinin yüksek (%70) olduğu saptanmıştır. Bu bulgu, psikiyatri hekimlerinin BC'ye yönlendirme motivasyonunun genel olarak yüksek seyrettiğini düşündürmektedir.

Obezitenin tanı, tedavi ve kontrendikasyonlarına ilişkin kılavuzlar bulunsa da (Glauser ve ark. 2015), klinisyenlerin kılavuz aşinalığı ve kanıta dayalı bilgi düzeyi çoğu kez yetersizdir (Durrer Schutz ve ark. 2019). Bazı çalışmalarda BC'ye uygunluk ve kontrendikasyon kriterlerinin hekimler arasında sınırlı ölçüde anlaşıldığı gösterilmiştir (Stolberg ve ark. 2017, Conaty ve ark. 2020); bu durum, en çok cerrahi tedaviden yarar görebilecek bazı hastaların dışlanmasına yol açabilmektedir (Zawadzka ve ark. 2022). Tedavi seçeneği olarak BC'ye uygunluk değerlendirilirken yalnızca endikasyonlar değil, olası kontrendikasyonlar da dikkatle değerlendirilmelidir. Mevcut çalışmada psikotik bozukluk, madde kullanımı, yeme bozukluğu ve dürtü denetim bozuklukları psikiyatristler tarafından en sık kontrendikasyonlar olarak bildirilmiş olup; bu bulgu, söz konusu durumların postoperatif komplikasyon riskini artırdığına dair literatürle uyumludur (Sockalingam ve ark. 2017a). Buna karşılık anksiyete bozuklukları, kişilik bozuklukları ve sosyal destek yetersizliği daha çok "yönetilebilir risk" olarak değerlendirilmiştir. Bulgular, ruhsal durumun karar süreçlerinde belirleyici olduğunu ve değerlendirmede heterojenliğin sürdüğünü göstermektedir. Bu nedenle BC öncesi psikiyatrik değerlendirmenin standartlaştırılması ve psikiyatristlerin karar süreçlerinde daha etkin rol alması önerilir. BC'de değerlendirmenin odağı, tarihsel olarak "kontrendikasyon taraması"ndan bütüncül bir psikososyal incelemeye evrilmiştir (Troisi 2022). Yine de uluslararası tam bir uzlaş mevcut değildir: Avrupa Disiplinlerarası kılavuzu stabilize edilmemiş psikotik bozukluk, ağır depresyon, kişilik/yeme bozukluğu ve alkol-madde kullanımını mutlak kontrendikasyon olarak sayarken (Fried ve ark. 2013), Amerikan Psikiyatri Birliği aktif psikotik belirtiler, tedavi edilmemiş depresyon ve yeme bozukluklarını cerrahiye erteleme gerekçeleri arasında belirtir (Sockalingam ve ark. 2017b). Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (2024) de aktif madde bağımlılığı, kontrolsüz ağır psikiyatrik bozukluk ve aktif yeme bozukluklarında öncelikle psikiyatrik tedaviyi önermektedir.

Psikiyatrik kontrendikasyonlarda görüşler, aktif hastalık ile kontrol/tedavi edilebilirlik tanımlarındaki farklılıklar, merkezlerin izlem-psikososyal destek kapasitesindeki değişkenlik ve risk-yarar hesabının kurumdan kuruma farklı yapılması

nedeniyle ayrışıyor olabilir (Sogg ve ark. 2016). Bu farkı en aza indirebilmek için, preoperatif değerlendirmenin yapılandırılmış görüşmeler ve doğrulanmış ölçeklerle standardize edilmesi; kararların mutlak-görel-yönetilebilir risk ekseninde, hastanın motivasyonu ve sosyal desteğinin birlikte dikkate alınarak verilmesi önerilmektedir (Sogg ve ark. 2016, Troisi 2022). Bu yaklaşım gereksiz dışlamaları azaltırken öngörülebilir komplikasyonları sınırlayabilir ve postoperatif psikososyal izlemin etkinliğini artırabilir. Merkezler arası tutarlılığı ve hasta güvenliğini güçlendirmek için ekibin tümüne yönelik kısa ama standart bir çekirdek eğitim programı (psikiyatrik ön değerlendirme adımları, risklerin hastayla açık iletişimi, ekip içi rol paylaşımı), vaka temelli simülasyonlar ve takip olduğu sağlık merkezlerine entegre kontrol listeleri önerilir; bu yapı düzenli denetim-geri bildirim döngüleri ve BC kliniklerinde kısa rotasyonlarla pekiştirildiğinde, sahada aynı biçimde uygulanmayı kolaylaştırır, uzun dönem izlem kalitesini artırmakla beraber ve sağlık çalışanlarında görülen bilgi farklılıkları ile yönlendirme bariyerlerini azaltmaya da yardımcı olur (Sogg ve ark. 2016).

Alan yazın, obezite cerrahisi geçiren bireylerin izleminin postoperatif takibin cerrahi başarının sürdürülebilirliği açısından kritik olduğunu vurgulamaktadır (Mechanick ve ark. 2013, Courcoulas ve ark. 2018). Bu sürecin etkin yönetimi, sağlık profesyonellerinin psikososyal ve organizasyonel sorunlara yönelik bilgi düzeyleriyle doğrudan ilişkilidir (Sogg ve ark. 2016, Kalarchian ve Marcus 2019). Bu çalışmada, psikiyatri hekimlerinin büyük çoğunluğunun cerrahi komplikasyonlar ve izlem süreçleri hakkında bilgi sahibi oldukları; cerrahi endikasyonlar kadar uzun dönem takip protokollerinin de önemli olduğunu düşündükleri görülmüştür. BC'ye yönelik tutumları inceleyen çalışmalarda, cerrahların işlem etkinliği konusunda daha gerçekçi beklentilere sahip olduğu; diğer branşların ise daha düşük beklentiler taşıdığı saptanmıştır (Campos ve ark. 2011). Bu düşük beklenti, hekimlerin cerrahiye hastalara daha az önermesine neden olabilmektedir. Ayrıca, hekimlerin farmakoterapiden beklenen başarıyı elde edememesi durumunda BC'ye daha olumlu yaklaşabildikleri bildirilmektedir (Glauser ve ark. 2015).

Farklı çalışmalarda sağlık çalışanlarının BC'nin başarısızlık oranını %16–27,5 arasında tahmin ettikleri ve yaklaşık yarısının mevcut kılavuzların güncellenmesi gerektiğini düşündüğü görülmüştür (Fogelman ve ark. 2002, Özgüç 2021, Khamseh ve ark. 2023). Cerrahiye önermeme nedenleri arasında en sık, komplikasyonlara ilişkin endişeler yer almaktadır (Conaty ve ark. 2019). Oysa BC'de 30 günlük ölüm oranı %1'in altındayken, morbidite oranları %3–12 arasında değişmektedir (Simon 2018). Ameliyat sonrası bakım konusunda bilgi eksikliği, komplikasyon endişeleri ve hastaya müdahalede güçsüzlük hissi, sevk davranışını etkileyen faktörler arasında sayılmıştır (Tork ve ark. 2015, Rajeev ve ark. 2023). Bu çalışmada hekimlerin büyük çoğunluğu, obezite tedavisinin

multidisipliner bir yaklaşım gerektirdiğini belirtmiş ve bu sürecin tek başına yürütülemeyeceğini ifade etmiştir. Öte yandan, BC'nin potansiyel riskleri ve postoperatif komplikasyonları konusunda kaygılar da dile getirilmiştir. Bu durum, psikiyatri hekimlerinin cerrahi sürece ilişkin farkındalığının arttığını ancak bilgi eksikliklerinin mesleki tereddütlere neden olabileceğini düşündürmektedir. Benzer şekilde, Malezya'da yapılan bir çalışmada da sağlık profesyonelleri, obezite danışmanlığı konusunda kendilerini yetersiz hissettiklerini ve ileri eğitime ihtiyaç duyduklarını belirtmişlerdir (Yunus ve ark. 2023).

Bu çalışmada katılımcıların %29,9'u obezite tedavisine dair yeterli bilgi/eğitime sahip olmadığını, %31,5'i ise bu alana zaman ayırmakta zorlandığını bildirmiştir. Bulgular, bilgi ve zaman kısıtlarının psikiyatristlerin obezite tedavisine etkin katılımını sınırlayan yapısal engeller olduğunu düşündürmektedir; bu da obezitenin klinik uygulamada sıklıkla arka planda kalmasına yol açabilir. Sağlık profesyonellerinin yaklaşık %40'ı, obeziteye ilişkin klinik pratiklerini güncel kılavuzlara uyarlamada güçlük yaşamaktadır; bu durum tıp eğitiminde obezite odaklı içeriklerin (beslenme ve farmakoterapi) yetersiz olduğuna işaret eder (Khamseh ve ark. 2023). Benzer biçimde ABD verilerinde aile hekimlerinin %88'i diyet ve egzersizi obezite tedavisinde etkili bulsa da %30'u bu konuları hastalarıyla konuşmaya yeterli zaman ayıramadığını bildirmiş; birinci basamakta obez hastaların yalnızca %42'sinin tedaviye yönlendirildiği görülmüştür. Bu durumda obeziteye ilişkin olumsuz tutum, iş yükü, bilgi ve altyapı eksikleri ile motivasyon yetersizliğinin rol oynadığı gösterilmiştir (Hirpara ve ark. 2016, Falvo ve ark. 2018, Özgüç ve ark. 2021). Mevcut çalışmada psikiyatristler için BC'ye yönlendirmede başlıca zorluklar, postoperatif uyum riski ve hastanın isteksizliği olurken, "cerrahinin etkisizliği" görüşü düşük oranda bildirilmiştir; bu, cerrahinin etkinliğine genel inancı ancak psikososyal etmenlerin sevk kararını zorlaştırdığını düşündürür. Ayrıca, daha uzun mesleki deneyime sahip hekimlerin BC sonrası mortalite riskini daha düşük öngörmesi, deneyimin zamanla risk algısını etkileyebileceğini düşündürmektedir.

Obezite tedavisi ve cerrahiye yönlendirmedeki zorluklardan biri de hekimlerin BC adayı hastalara yönelik olumsuz algıları, hastaların ilgisizliği ve gerçek dışı beklentilerdir (Rajeev ve ark. 2023). Ayrıca, postoperatif hasta yönetimiyle ilgili kaygılar da cerrahi sevk sürecinde önemli bir engel olarak tanımlanmıştır (Tork ve ark. 2015). Uzun vadeli bakım konusundaki tereddütlerin, cerrahi sonrası komplikasyonlar, yetersiz kilo kaybı ve cerrahi seçeneklere dair bilgi eksikliğinden kaynaklandığı ileri sürülmektedir (Conaty ve ark. 2019, Alenezi ve ark. 2020).

Literatürde, obezite tedavisinde multidisipliner ekipte yer alan psikiyatristlerin görüşlerini inceleyen çalışmaların sınırlı olduğu görülmüştür (Lichwala-Zyla ve ark. 2009, Rajeev ve ark. 2023). Mevcut çalışma, BC'ye aday hastaların

değerlendirilmesinde psikiyatristlerin rolüne ilişkin literatürdeki sınırlı veri havuzuna önemli bir katkı sunmaktadır. Ruh sağlığı uzmanlarının cerrahi sürece katılımının, yalnızca kontrendikasyon belirleme değil; aynı zamanda postoperatif dönemde psikososyal izlemin etkinliğini artırma potansiyeli taşıdığı gösterilmiştir. Literatürde, cerrahi sonrası önemli bir sorun olan intihar olasılığının de önemle psikososyal izlemde yer alması gerekliliği vurgulanmakla beraber, intihar davranışının duygusal yeme, nevrotik savunma mekanizmaları ve BKİ ile yakından ilişkili olduğu; tedavide yalnızca BKİ düşüşüne odaklanmak yerine duygusal yeme problemleriyle çalışmanın daha etkili olabileceği belirtilmektedir (Güzel ve ark. 2022). Bu bulgular, psikiyatristlerin cerrahi öncesinde değerlendirmelerinin yanı sıra postoperatif dönemde de psikososyal izlemi sürdürmelerinin önemini açıkça ortaya koymaktadır.

Çalışmada sunulan bulgular, hem uzmanlık eğitiminin yapılandırılması hem de sağlık sistemindeki disiplinler arası iş birliğinin güçlendirilmesi açısından yol gösterici niteliktedir.

### Kısıtlılıklar

Bu çalışmanın bazı sınırlılıkları da bulunmaktadır. Öncelikle, kullanılan veri toplama aracı öz bildirime dayalı bir anket olup, katılımcıların bilgi ve tutumlarını kendi algılarına göre yansıtmaktadır. Bu durum, klinik uygulamadan sapmalar ve sosyal beğenirlik yanlılığı riskini beraberinde getirebilir. Buna ek olarak anket soruları açısından ölçüm aracının genel anlamda geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmamıştır ancak metodolojik açıdan anket soruları araştırma öncesinde 10 kişilik bir pilot gruba uygulanmış ve alınan geri bildirimler doğrultusunda düzenlenmiştir. Geri bildirimler, özellikle soruların anlaşılabilirliği, yanıt seçeneklerinin netliği ve tekrarlayan ifadelerin azaltılması gibi noktalarda yoğunlaşmıştır. Bu süreç, anketin anlaşılabilirliğini ve tekrar uygulanabilirliğini artıran bir yöntemsel avantaj olarak değerlendirilebilir.

Buna ek olarak anket maddeleri oluştururken ilgi çekici maddelerin seçilmiş olması, objektiflik açısından bir kısıtlılık olarak düşünülebilir. Anket formu, cerrahi ve psikiyatri uzmanlarının katkısıyla hazırlanmış olup, endokrinoloji ve beslenme-diyetetik gibi diğer ilgili disiplinlerin sürece dâhil edilememesi metodolojik bir sınırlılık olarak değerlendirilmiştir. Bu çalışmada 244 psikiyatristin verileri değerlendirilmiş olsa da katılımcıların ülkedeki toplam psikiyatrist popülasyonunu ne ölçüde temsil ettiği bilinmemektedir. Ayrıca anketin WhatsApp grupları ve e-posta gibi dijital kanallar aracılığıyla yayılması, bu mecraları daha aktif kullanan kişilerin örnekleme ağırlık kazanmasına neden olmuş olabilir. Bu durum, özellikle deneyim süresi uzun olan ve dijital araçlara daha az erişimi olan psikiyatristlerin görüşlerinin yeterince yansımamış olabileceği ihtimalini doğurmaktadır. Buna ek olarak formların kim tarafından doldurulduğunun tam olarak tespit edilememesi örneklem adına bir diğer

sınırlılık olarak düşünülmektedir. Bu nedenle, bulguların örneklem sınırlılıkları göz önünde bulundurularak değerlendirilmesinin önemli olduğu düşünülmektedir. Ayrıca mevcut çalışmada hem psikiyatri uzmanları hem de uzmanlık eğitimi sürecindeki asistan hekimler yer almaktadır. Ancak deneyim yılına göre yapılan sınıflamada, uzmanlarla asistan hekimlerin birlikte değerlendirilmiş olması metodolojik bir sınırlılık oluşturabilmektedir. Ulusal kılavuzlarda BC öncesi psikiyatrik değerlendirmenin yalnızca psikiyatri uzmanları tarafından yapılması gerektiği vurgulanmaktadır. Bu nedenle, cerrahi sürece ilişkin yeterli klinik deneyimi olmayan hekimlerin bu alandaki tutumlarının değerlendirilmesi sınırlı yorumlara açıktır, uzmanlık öğrencilerinin eğitim süreçlerindeki deneyimlerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Gönderilen kişilerden kaçının ölçekleri yanıtladığının tam olarak bilinmemesi, mevcut çalışmada cevaplama yanlılığına sebep olabileceği düşünülen bir diğer sınırlılıktır. Ölçek maddeleri oluşturulurken kalite kontrol maddelerinin yer almamış olması, çalışmanın önemli bir sınırlılığı olarak düşünülebilir.

Son olarak, bir diğer sınırlılık olarak sayıların yeterli olmaması dolayısıyla uzmanlar ile asistanlık öğrencileri arasında bir karşılaştırma yapılamaması ele alınabilir. Mevcut çalışmada ele alınan bazı değişkenlere ait kategorilerde gözlenen düşük frekanslar nedeniyle ki-kare testine ilişkin sonuçların düşük frekansların analizler üzerindeki olası etkilerini göz önüne alarak dikkatli yorumlanması gerektiği söylenebilir.

## SONUÇ

Bu çalışma, psikiyatristlerin obezite ve BC'ye yönelik bilgi düzeyleri ile tutumlarını değerlendirerek alana önemli katkılar sunmuştur. Bulgular, multidisipliner yaklaşıma verilen öneme rağmen bilgi eksikliği, zaman kısıtlılığı ve hasta kaynaklı psikososyal etmenlerin yönlendirme kararlarını etkilediğini göstermektedir. Cerrahi öncesi ve sonrası süreçlere ilişkin farklılıklar ile kontrendikasyon algılarındaki değişkenlik, standardize bilgi ve rehberlik ihtiyacını ortaya koymaktadır. Psikiyatristlerin obezite yönetiminde daha etkin rol alabilmesi için eğitim programlarının güçlendirilmesi ve disiplinler arası iş birliğinin artırılması için sağlık politikaları düzeyinde psikiyatristlerin obezite yönetimindeki rollerinin tanımlanması ve desteklenmesi, obezite tedavisinde daha etkin ve sürdürülebilir sonuçlar elde edilmesine katkı sağlayacaktır.

**Etik Kurul Onayı:** Çalışma, 25 Eylül 2024 tarihinde Ankara Etlik Şehir Hastanesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu tarafından AEŞH-BADEK-2024-740 karar numarası ile onaylanmıştır.

**Çıkar Çatışması Beyanı:** Yazarların beyan edecek herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

**Finansman Bilgisi:** Bu çalışma herhangi bir finansal destek alınmadan yürütülmüştür.

## KAYNAKLAR

- Alenezi AM, Thirunavukkarasu A, Alrasheed AK ve ark. (2022) Primary care physicians' knowledge, attitude, and potential referral barriers towards bariatric surgery: a northern Saudi study. *Medicina (Kaunas)* 58:1742. <https://doi.org/10.3390/medicina58121742>
- Berberoğlu Z, Hocaoğlu Ç (2024) The relationship between childhood trauma and body image, self-esteem and eating attitudes in patients undergoing bariatric surgery. *Türk Psikiyatri Derg* 35:116–26. <https://doi.org/10.5080/u26831>
- Campos GM, Rabl C, Roll GR ve ark. (2011) Better weight loss, resolution of diabetes, and quality of life for laparoscopic gastric bypass vs banding: results of a 2-cohort pair-matched study. *Arch Surg* 146:149–55. <https://doi.org/10.1001/archsurg.2010.316>
- Carrasco D, Thulesius H, Jakobsson U ve ark. (2022) 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* 23:208. <https://doi.org/10.1186/s12875-022-01811-x>
- Chooi YC, Ding C, Magkos F (2019) The epidemiology of obesity. *Metabolism* 92:6–10. <https://doi.org/10.1016/j.metabol.2018.09.005>
- Conaty EA, Denham W, Haggerty SP ve ark. (2020) Primary care physicians' perceptions of bariatric surgery and major barriers to referral. *Obes Surg* 30:521–26. <https://doi.org/10.1007/s11695-019-04204-9>
- Courcoulas AP, King WC, Belle SH ve ark. (2018) Seven-year weight trajectories and health outcomes in the longitudinal assessment of bariatric surgery (LABS) study. *JAMA Surg* 153:427–34. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2017.5025>
- Dietz WH, Gallagher C (2019) A proposed standard of obesity care for all providers and payers. *Obesity* 27:1059–62. <https://doi.org/10.1002/oby.22507>
- Durrer Schutz D, Busetto L, Dicker D ve ark. (2019) European practical and patient-centred guidelines for adult obesity management in primary care. *Obes Facts* 12:40–66. <https://doi.org/10.1159/000496183>
- Falvo AM, Philp FH, Eid GM (2018) Primary care provider management of patients with obesity at an integrated health network: a survey of practices, views, and knowledge. *Surg Obes Relat Dis* 14:1149–54. <https://doi.org/10.1016/j.soard.2018.05.002>
- Fogelman Y, Vinker S, Lachter J ve ark. (2002) Managing obesity: a survey of attitudes and practices among Israeli primary care physicians. *Int J Obes Relat Metab Disord* 26:1393–97. <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0802063>
- Fried M, Yumuk V, Oppert JM ve ark. (2013) European association for the study of obesity; international federation for the surgery of obesity-European chapter. Interdisciplinary European guidelines on metabolic and bariatric surgery. *Obes Facts* 6:449–68. <https://doi.org/10.1159/000355480>
- Funk LM, Jolles SA, Greenberg CC ve ark. (2016) Primary care physician decision making regarding severe obesity treatment and bariatric surgery: a qualitative study. *Surg Obes Relat Dis* 12:893–901. <https://doi.org/10.1016/j.soard.2015.11.028>
- Garcia FK, Verkooijen KT, Veen EJ ve ark. (2022) Stigma toward bariatric surgery in the Netherlands, France, and the United Kingdom: protocol for a cross-cultural mixed methods study. *JMIR Res Protoc* 11:e36753. <https://doi.org/10.2196/36753>
- Glaser TA, Roepke N, Stevenin B ve ark. (2015) Physician knowledge about and perceptions of obesity management. *Obes Res Clin Pract* 9:573–83. <https://doi.org/10.1016/j.orcp.2015.02.011>
- Güzel K, Aksu MH, Geniş B ve ark. (2022) The effect of defense mechanisms and eating awareness on the probability of suicide after bariatric surgery. *Türk Psikiyatri Derg* 33:180–86. <https://doi.org/10.5080/u25891>
- Hirpara DH, Cleghorn MC, Kwong J ve ark. (2016) Perception and awareness of bariatric surgery in Canada: a national survey of general surgeons. *Obes Surg* 26:1799–805. <https://doi.org/10.1007/s11695-015-1975-1>
- Kalarchian MA, Marcus MD (2019) Psychosocial concerns following bariatric surgery: current status. *Curr Obes Rep* 8:1–9. <https://doi.org/10.1007/s13679-019-0325-3>
- Kaplan LM, Golden A, Jinnett K ve ark. (2018) Perceptions of barriers to effective obesity care: results from the national ACTION study. *Obesity* 26:61–69. <https://doi.org/10.1002/oby.22054>

- Khamseh ME, Emami Z, Iranpour A ve ark. (2023) Attitude and belief of healthcare professionals towards effective obesity care and perception of barriers; an updated systematic review and meta-analysis. *Arch Iran Med* 26:529–41. <https://doi.org/10.34172/aim.2023.78>
- Leiter LA, Astrup A, Andrews RC ve ark. (2015) Identification of educational needs in the management of overweight and obesity: results of an international survey of attitudes and practice. *Clin Obes* 5:245–55. <https://doi.org/10.1111/cob.12109>
- Lichwala-Zyla C, Price JH, Dake JA ve ark. (2009) Psychiatrists' perceptions and practices in treating patients' obesity. *Acad Psychiatry* 33:370–76. <https://doi.org/10.1176/appi.ap.33.5.370>
- Logue E, Sutton K, Jarloura D ve ark. (2000) Obesity management in primary care: assessment of readiness to change among 284 family practice patients. *J Am Board Fam Pract* 13:164–71. <https://doi.org/10.3122/15572625-13-3-164>
- Lopes MS, Freitas PP, Carvalho MCR ve ark. (2020) Challenges for obesity management in a unified health system: the view of health professionals. *Fam Pract* 38:4–10. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmaa117>
- Mechanick JL, Apovian C, Brethauer S ve ark. (2019) Clinical practice guidelines for the perioperative nutrition, metabolic, and nonsurgical support of patients undergoing bariatric procedures-2019 update. *Endocr Pract* 25:1346–59. <https://doi.org/10.4158/GL-2019-0406>
- Mechanick JL, Youdim A, Jones DB ve ark. (2013) Clinical practice guidelines for the perioperative nutritional, metabolic, and nonsurgical support of the bariatric surgery patient. *Obesity* 21:1–27. <https://doi.org/10.1002/oby.20461>
- Memarian E, Carrasco D, Thulesius H ve ark. (2021) Primary care physicians' knowledge, attitudes and concerns about bariatric surgery and the association with referral patterns: a Swedish survey study. *BMC Endocr Disord* 21:62. <https://doi.org/10.1186/s12902-021-00723-8>
- Özgüç H, Narmanlı M, Çırnaz H (2021) Turkish primary care physicians' attitudes and knowledge of obesity and bariatric surgery: a survey study. *Turk J Surg* 37:266–76. <https://doi.org/10.47717/turkjsurg.2021.5149>
- Rajeev ND, Samaan JS, Premkumar A ve ark. (2023) Providers' knowledge and perceptions of bariatric surgery: a systematic review. *Obes Surg* 33:3571–81. <https://doi.org/10.1007/s11695-023-06827-5>
- Rubino F, Puhl RM, Cummings DE ve ark. (2020) Joint international consensus statement for ending stigma of obesity. *Nat Med* 26:485–97. <https://doi.org/10.1038/s41591-020-0803-x>
- Sevinçer GM (2016) Türkiye'de obezite cerrahisinde psikiyatrik değerlendirme: uzlaşma ve kılavuz gereksinmesi. *Anadolu Psikiyatri Derg* 17(Suppl 2):5–45.
- Simon R, Lahiri SW (2018) Provider practice habits and barriers to care in obesity management in a large multicenter health system. *Endocr Pract* 24:321–28. <https://doi.org/10.4158/EP-2017-0221>
- Smith AW, Borowski LA, Liu B ve ark. (2011) U.S. primary care physicians' diet, physical activity, and weight-related care of adult patients. *Am J Prev Med* 41:33–42. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2011.03.017>
- Sockalingam S, Hawa R, Wnuk S ve ark. (2017a) Psychosocial predictors of quality of life and weight loss two years after bariatric surgery: results from the Toronto Bari-PSYCH study. *Gen Hosp Psychiatry* 47:7–13. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2017.04.005>
- Sockalingam S, Micula-Gondek W, Lundblad W ve ark. (2017b) Council on psychosomatic medicine. Bariatric surgery and psychiatric care. *Am J Psychiatry* 174:81–82. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2016.1731001>
- Sogg S, Lauretti J, West-Smith L (2016) Recommendations for the presurgical psychosocial evaluation of bariatric surgery candidates. *Surg Obes Relat Dis* 12:731–49. <https://doi.org/10.1016/j.soard.2016.02.008>
- Stolberg CR, Hepp N, Juhl AJ ve ark. (2017) Primary care physician decision making regarding referral for bariatric surgery: a national survey. *Surg Obes Relat Dis* 13:807–13. <https://doi.org/10.1016/j.soard.2017.02.002>
- Tork S, Meister KM, Uebele AL ve ark. (2015) Factors influencing primary care physicians' referral for bariatric surgery. *JSLs* 19:e2015–00046. <https://doi.org/10.4293/JSLs.2015.00046>
- Troisi A (2022) Emergence of bariatric psychiatry as a new subspecialty. *World J Psychiatry* 12:108–16. <https://doi.org/10.5498/wjp.v12.i1.108>
- Turner M, Jannah N, Kahan S (2018) Current knowledge of obesity treatment guidelines by health care professionals. *Obesity* 26:665–71. <https://doi.org/10.1002/oby.22142>
- Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (2024) *Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu*. Retrieved July 18, 2025, from <https://file.temd.org.tr/Uploads/publications/guides/documents/obezitetanitedavikilavuzu-2024.pdf>
- Yunus NA, Russell G, Muhamad R ve ark. (2023) The perceptions of healthcare practitioners on obesity management in Peninsular Malaysia: a cross-sectional survey. *BMC Health Serv Res* 23:744. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09759-z>
- Zawadzka K, Więckowski K, Stefura T ve ark. (2022) Current knowledge and perceptions of bariatric surgery among diabetologists and internists in Poland. *J Clin Med* 11:2028. <https://doi.org/10.3390/jcm11072028>