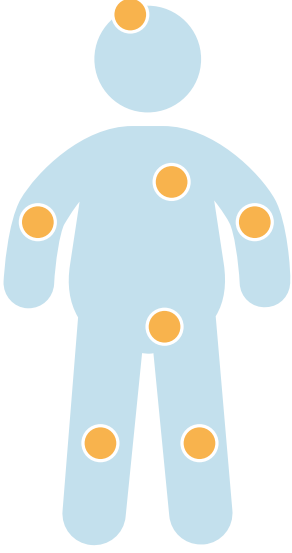


Obezite, artan mortalite riski ve kısalan yaşam süresiyle ilişkili olan genetik, fizyolojik, çevresel, davranışsal ve harici faktörler dahil birden çok nedeni barındıran ve uzun süreli tedavi gerektiren, ciddi ve kompleks bir kronik hastalıktır.<sup>1,2,3,4,5,6,7,8</sup>

## KOMPLİKASYONLAR



### Obeziteyle ilişkili 200'den fazla komplikasyona aşağıdakiler de dahildir:

- Tip 2 diyabet
- Kalp veya kardiyovasküler hastalık
- Kanser
- Artrit
- Üriner inkontinans
- İnfertilite
- Depresyon
- Anksiyete<sup>10</sup>

Aşırı kilo ve obezite sağlık açısından risk oluşturan anormal veya aşırı yağ birikimi olarak tanımlanıyor.<sup>9</sup>

Bu duruma rağmen, sağlık bakım sistemleri **nedenlere değil komplikasyonların tedavisine odaklanıyor.**

## YAŞAM TARZI VE ÇEVRESEL FAKTÖRLER



### VKİ'nin %70-80'i kalıtsal faktörlerden kaynaklanıyor.<sup>12</sup>

#### Obezitedeki artış aşağıdaki gibi faktörlerden besleniyor:

- Artan kentleşme
- Yağ ve şeker açısından ucuz ve enerji yoğun işlenmiş gıdaların kolay bulunabilirliği / artan alımı
- İşin sedanter doğası nedeniyle fiziksel aktivite düzeyinde azalma<sup>13</sup>



- OECD ülkelerindeki nüfusun yaklaşık yarısı sağlıksız bir şekilde besleniyor, daha da az kişi yeterli miktarda meyve ve sebze tüketiyor.<sup>13</sup>
- Ortalama olarak, uyanık kalınan saatlerin yarısı sedanter aktivitelerle geçiyor.<sup>13</sup>

## ÖLÇÜM

VKİ 40+

VKİ 35-40

VKİ 30-35

VKİ 25-30

VKİ 25 ve altı

**Boy ve kiloya dayanan Vücut Kütle İndeksi (VKİ) genelde bir kişinin kilosunun sağlıklı bir düzeyde olup olmadığını değerlendirmek için kullanılıyor.**

- VKİ 25 ve altı: Sağlıklı kiloda
- VKİ 25-30: Aşırı kilolu
- VKİ 30-35: Sınıf I obez
- VKİ 35-40: Sınıf II obez
- VKİ 40+: Sınıf III morbid obez<sup>11</sup>

## YÖNETİM



Kilo kaybına verilen fizyolojik yanıtlar yeniden kilo alımını destekleyebiliyor.<sup>14,15</sup>



Obezitenin çok yönlü doğasına rağmen, stratejiler sorumluluğu büyük oranda kişinin kendisine yükleyerek yaşam tarzı müdahalelerine (diyet ve egzersiz) odaklanma eğiliminde oluyor.<sup>16,17</sup>



Kilo verme hedefleri gerçekçi ve kişiye özel olmalı ve uzun vadeyi hedeflemeli.<sup>18</sup>



Resmen teşhis edilmemiş obeziteli bireylerin kilo vermede başarı bildirme olasılığı daha düşük.<sup>19</sup>

## TEDAVİ



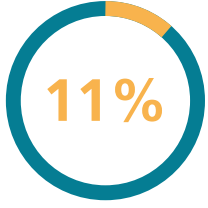
- Eğitim eksikliği ve damgalanma nedeniyle Avrupa'daki birinci basamak hekimlerinin (BBH'lerin) sadece %24'ü obeziteli hastaları uzmanlara yönlendiriyor.<sup>20</sup>
- Farmakoterapi ve/veya bariatrik cerrahi, diyet ve egzersizle birlikte kullanıldığında, hastaların klinik açıdan anlamlı bir düzeyde kilo vermelerine ve yeniden kilo alımının önlenmesine yardımcı olabilir.<sup>21,22,23,24</sup>
- Bu duruma rağmen, Avrupa'daki BBH'ler obezite tedavisine yönelik ilaçların diyet tavsiyesi, egzersiz danışmanlığı ve bariatrik cerrahiye kıyasla daha az yaygın olduğunu bildiriyor.<sup>20</sup>

## KLİNİK YÖNETİMİN ÖNÜNDEKİ ENGELLER



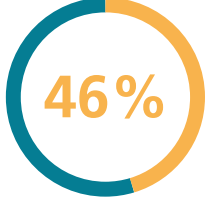
**Klinik yönetimin önündeki engeller arasında aşağıdakiler yer alıyor:**

- Hastalığın sağlık mesleği mensupları (SMM'ler) tarafından yeterince anlaşılması
- Yetersiz hasta-SMM iletişimi, sınırlı sayıda tedavi seçeneği ve obezite tedavisinin yetersiz geri ödemesi<sup>25,26,27,28,29,30,31,32</sup>



## BBH'lerin %11'i

Hastalarındaki ilerlemeyi gözlemlemek üzere onları hiçbir zaman takip etmiyor veya sadece hastaların talep etmeleri durumunda onları takip ediyor.<sup>20</sup>



## BBH'lerin %46'sı

Sadece ara sıra takip yaptıklarını belirtiyor.<sup>20</sup>



## Obeziteli bireylerin sadece %55'i

Teşhis ediliyor ve kanıta dayalı olan mevcut davranışsal, farmakolojik ve cerrahi müdahalelere erişebiliyor.<sup>19</sup>

**Obezite ciddi ve kompleks bir hastalıktır. Sağlık bakım sistemlerinin obeziteyi etkin bir şekilde ele alabilmeleri için sürdürülebilir kilo yönetimine yönelik uzun vadeli ve bütünsel bir yaklaşım kullanmaları gerekir.<sup>4,6,7,8</sup>**

1. Frood S, Johnston LM, Matteson CL, ve ark. Obesity, complexity, and the role of the health system. *Curr Obes Rep.* 2013;2:320-6.
2. Avrupa İlaç Kurumu. Kilo yönetiminde kullanılan tıbbi ürünlerin klinik değerlendirilmesine ilişkin kılavuz. 23 Haziran 2016. Erişim için: [http://www.ema.europa.eu/docs/en\\_GB/document\\_library/Scientific\\_guideline/2016/07/WC500209942.pdf](http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Scientific_guideline/2016/07/WC500209942.pdf). Son erişim tarihi: Mayıs 2020.
3. Romieu I, Dossus L, Barquera S, ve ark. Energy balance and obesity: what are the main drivers? *Cancer Causes Control.* 2017;28:247-258.
4. Avrupa Diyabet İncelemeleri Derneği. 2015. 2015 Milan Declaration: a call to action on obesity [Çevrimiçi] Erişim için: <http://easo.org/2015-milan-declaration-a-call-to-action-on-obesity/> Son erişim tarihi: Mayıs 2020.
5. American Medical Association House of Delegates, 2013. Recognition of obesity as a disease. Resolution 420 (A-13). 16 Mayıs 2013. Chicago, ABD.
6. Bray GA, Kim KK, Wilding JPH ve ark. Obesity: a chronic relapsing progressive disease process. A position statement of the World Obesity Federation. *Obes Rev.* 2017;18:715-723.
7. Canadian Medical Association. CMA recognizes obesity as a disease. 2015. Erişim için: <https://policybase.cma.ca/en/permalink/policy11700>. Son erişim tarihi: Mayıs 2020.
8. Royal College of Physicians. Setting higher standards: what the RCP thinks about obesity 2019. Erişim için: <https://www.rcplondon.ac.uk/projects/out-puts/what-rcp-thinks-about-obesity>. Son erişim tarihi: Mayıs 2020.
9. World Health Organization. Obesity and overweight. Fact sheet No 311. June 2016. Erişim için: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/#>. Son erişim tarihi: Mayıs 2020.
10. Yuen MM, Earle RL, Kadambi N, ve ark. A systematic review and evaluation of current evidence reveals 236 obesity-associated disorders. [Poster T-P-3166 belirtilmemiş bir toplantıda sunulmuştur].
11. World Health Organisation. What is overweight and obesity. Erişim için: [https://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood\\_what/en/](https://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood_what/en/). Son erişim tarihi: Mayıs 2020.
12. Silventoinen K, Rokholm B, Kaprio J, ve ark. The genetic and environmental influences of childhood obesity: a systematic review of twin and adoption studies. *Int J Obes (Lond).* 2010 Jan;34(1):29-40.
13. OECD. The Heavy Burden of Obesity: The Economics of Prevention. OECD Health Policy Studies. OECD Publishing, Paris. Available at <https://doi.org/10.1787/67450d67-en>. Son erişim tarihi: Mayıs 2020.
14. Schwartz A, Doucet E. Relative changes in resting energy expenditure during weight loss: a systematic review. *Obes Rev.* 2010;11:531-47.
15. Sumithran P, Prendergast LA, Delbridge E, ve ark. Long-term persistence of hormonal adaptations to weight loss. *N Engl J Med.* 2011; 365:1597-604.
16. Johns DJ, Hartmann-Boyce J, Jebb SA, ve ark. Diet or exercise interventions vs combined behavioural weight management programs: a systematic review and meta-analysis of direct comparisons. *J Acad Nutr Diet.* 2014;14:1557-1568.
17. Lagerros YT, Rossner S. Obesity management: what brings success? *Ther Adv Gastroenterol.* 2013;6:77-88.
18. Yumuk V, Frühbeck G, Oppert JM, ve ark. An EASO position statement on multidisciplinary obesity management in adults. *Obes Facts.* 2014;7:96-101.
19. Kaplan LM, Golden A, Jinnett K, ve ark. Perceptions of barriers to effective obesity care: results from the national ACTION Study. *Obesity (Silver Spring).* 2018;26:61-69.
20. European Association for the Study of Obesity. Survey of European GPs: GP's perceptions, knowledge and treatment of obesity. 2018.
21. Petrin C, Kahan S, Turner M, ve ark. Current practices of obesity pharmacotherapy, bariatric surgery referral and coding for counselling by healthcare professionals. *Obes Sci Pract.* 2016;2:266-71.
22. Wadden TA, Berkowitz RI, Womble LG, ve ark. Randomized trial of lifestyle modification and pharmacotherapy for obesity. *N Engl J Med.* 2005;353:2111-20.
23. Buchwald H, Avidor Y, Braunwald E, ve ark. Bariatric surgery: a systematic review and meta-analysis. *JAMA.* 2004;292:1724-37.
24. Sjöström L, Rissanen A, Andersen T, ve ark. Randomised placebo-controlled trial of orlistat for weight loss and prevention of weight regain in obese patients. *Lancet.* 1998;352:167-72.
25. Phelan SM, Dovidio JF, Puhl RM, ve ark. Implicit and explicit weight bias in a national sample of 4,732 medical students: the medical student CHANGES study. *Obesity (Silver Spring).* 2014;22:1201-1208.
26. Garvey WT, Mechanick JL, Brett EM, ve ark. American Association of Clinical Endocrinologists and American College of Endocrinology comprehensive clinical practice guidelines for medical care of patients with obesity: executive summary. *Endocr Pract.* 2016;22:842-84.
27. Stanford FC, Johnson ED, Claridy MD, ve ark. The role of obesity training in medical school and residency on bariatric surgery knowledge in primary care physicians. *Int J Family Med.* 2015;2015:841249.
28. Ma J, Xiao L, Stafford RS. Adult obesity and office-based quality of care in the United States. *Obesity (Silver Spring).* 2009;17:1077-85.
29. Blackburn M, Stathi A, Keogh E, ve ark. Raising the topic of weight in general practice: perspectives of GPs and primary care nurses. *BMJ Open.* 2015;5:e008546.
30. Haslam D. Weight management in obesity – past and present. *Int J Clin Pract.* 2016;70:206-17.
31. STOP Obesity Alliance. Why weight? A guide to discussing obesity & health with your patients. Erişim için: <http://whyweightguide.org/download.php>. Son erişim tarihi: Mayıs 2020.
32. Bennett, G. Will Obesity Treatment Reimbursement Benefit Those at Highest Risk? *Am J Med.* 2015; 128 7:670-671.

