

**T.C.
S.B. ANKARA NUMUNE
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ
Eğitim Sorumlusu: Doç. Dr. Adem ÖZKARA**

**OBEZ BİREYLERİN KİLO VERME DENEYİMLERİ:
KALİTATİF ÇALIŞMA**

Dr. Pınar DÖNER

UZMANLIK TEZİ

ANKARA

2012



T.C.
S.B. ANKARA NUMUNE
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ
Eğitim Sorumlusu: Doç. Dr. Adem ÖZKARA

OBEZ BİREYLERİN KİLO VERME DENEYİMLERİ: KALİTATİF ÇALIŞMA

UZMANLIK TEZİ

Dr. Pınar DÖNER

Tez Danışmanı
Dr. Rabia KAHVECİ

ANKARA

2012

TEŞEKKÜR

Aile Hekimliği asistanlığımın ilk gününde tanışmış olmayı çok istediğim aynı zamanda bir ömür boyu tecrübelerinden, tavsiyelerinden faydalanacağımı umut ettiğim değerli hocam Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Klinik Şefi Doç. Dr. Adem ÖZKARA'ya, her türlü sıkıntımızda yeri geldikçe bir baba gibi yol gösterici, destekleyici, çözüm getirici yaklaşımı için ve insani yönüyle bize hoşgöründe, sabırda örnek olduğu için, gönül bağımızın her daim devam etmesi umuduyla sonsuz minnet ve şükranlarımı içtenlikle sunarım.

Tez danışmanlığımı candan kabul eden, uzmanlık eğitimim süresince her türlü bilgisini, deneyimlerini içtenlikle paylaşan, yeri geldikçe bir abla gibi şefkatini esirgemeyen, gülyüzüyle karşılayan, destekleyen ve motive eden, hayatın her yönü ile ilgili faydalanacağımı umut ettiğim tüm tavsiyeleri için, gönül bağımızın devamı dileklerimle değerli hocam Uzm. Dr. Rabia KAHVECİ'ye sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Asistanlık eğitimimin son dönemlerinde tanışma şansına sahip olduğum için çok mutlu olduğum ve gönül birlikteliğimizin devamını dilediğim değerli ağabeylerim Başasistanlarımız Uzm. Dr. İrfan ŞENCAN ve Uzm. Dr. İsmail KASIM'a, bu kısa süre içinde bizlerle tüm deneyimlerini, yardımlarını, tavsiyelerini paylaştıkları için, sıkıntılarımızda ağabey içtenliğiyle yaklaştıkları için en içten teşekkürlerimi sunarım.

"Hayatımın olgunlaşma süreci" dediğim hayatımda önemli bir dönemi oluşturan asistanlık hayatım boyunca birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum, iyi ve kötü günleri paylaştığımız Dr. Ömer Ertem, Dr. Gaye Çelikan, Dr. Şule Sürmelibey, Dr. Ahu Demirci, Dr. Selim Ünsal, Dr. Coşkun Öztekin, Dr. Nihan Şenol, Dr. İlknur Yaşar, Dr. Hilal Aksoy, Dr. Bilgen Ellialtı, Dr. Meltem Nuzumlalı ve adını buraya yazamadığım tüm asistan arkadaşlarıma; dostluklarını, sevgilerini paylaştıkları için sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Aile Hekimliğinde oluşan ailemizin bir ömür boyu yeni üyeleri ile büyüyüp güzelleşmesi, gönül bağımızın devam etmesi dileğimle...

Hastane ortamı dışında görüştüğüm dostlarıma, arkadaşlarıma hayatımın her anında olduğu gibi, bu dönemimde de desteklerini, sevgilerini, en önemlisi de kardeşliklerini esirgemedikleri için en içten şükranlarımı iletiyorum (adlarınızı buraya sığdıramayacağım sayıda olduğunuz için çok mutluyum☺).

Asistanlık eğitimim boyunca eğitime katkı sağlayan tüm kliniklerdeki tüm değerli hocalarıma, uzmanlarıma, güzel dostluklar kazandığım asistan arkadaşlarıma, yardımcı olan tüm sağlık personeli arkadaşlarıma, özveri ile çalışan değerli hastane personeline, tez dönemimde içtenlikle yardım eden Diyetisyen Reyhan Hanım ve Aliye Hanım ve Beyhan Hemşire Hanıma, sevgili arkadaşım Nilnur'a en içten teşekkürlerimi iletmek isterim.

Ailemize katıldıkları ilk günlerden itibaren hayatımın neşe kaynakları olan, adeta mutluluk terapisi yapan her daim gönül bağımızın böylesi güzel devam etmesini dilediğim afacan yeğenlerim Cemre'ye, Uğur Rafet'e ve en yeni üyemiz İpek Ece'ye, hayatıma kattıkları destekler için değerli büyüklerim abime ve ablama en içten sevgilerimi sunarım.

Hayatım boyunca desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen, sahip olduğum birçok değeri kazanmamda imzası olan, huzurumda, mutluluğumda, başarımda çok büyük paya sahip olan sevgili anne ve babama tüm emekleri için sonsuz saygılarımı ve minnetlerimi sunsam da az olduğunu paylaşmak isterim.

Tüm Sevdiklerime Tüm Sevgimle...

Dr. Pınar Döner
Ankara- Şubat 2012

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
İÇİNDEKİLER	ii
TABLolar VE ŞEKİLLER DİZİNİ	iv
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2.GENEL BİLGİLER	3
2.1.OBEZİTENİN TANIMI	3
2.2. OBEZİTENİN EPİDEMİYOLOJİSİ	3
2.3. OBEZİTE ETYOLOJİSİ	5
2.4.OBEZİTENİN TANI VE ÖLÇÜM YÖNTEMLERİ	8
2.5.OBEZİTE PATOGENEZİ	11
2.6. OBEZİTENİN KOMPLİKASYONLARI	12
2.7. OBEZİTE TEDAVİSİ	17
2.8.KALİTATİF ARAŞTIRMALAR	21
3. GEREÇ VE YÖNTEM	28
3.1.YAKLAŞIM VE ÖRNEKLEME:	28
3.2.VERİLERİN TOPLANMASI:	29
3.3.VERİLERİN ANALİZİ	29
4. BULGULAR	32
4.1.OBEZ BİREYLERİN OBEZİTEYE BAKIŞ AÇILARI	36
4.2. OBEZ BİREYLERİN FARKINDALIK DÜZEYLERİ	45
4.3. OBEZİTE- ÖZGÜVEN İLİŞKİSİ	48
4.4. OBEZ BİREYLERİN TEDAVİYE OLAN İNANÇLARI	55
4.5. OBEZİTENİN YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ	64
5. TARTIŞMA	66
6. SONUÇLAR	73
KAYNAKLAR	75
ÖZET	80
ABSTRACT	81
EKLER	82
ÖZGEÇMİŞ	83

KISALTMALAR

BKİ	: Beden Kitle İndeksi
Kg	: Kilogram
cm	: Santimetre
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
DM	: Diyabetes Mellitus
NICE	: National Institute for Health and Clinical Excellence
TEMĐ	: Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği
NHCS	: National Center for Health Statics
NHANES	: National Health and Nutritional Examination Survey
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri

TABLOLAR ve ŞEKİLLER DİZİNİ

TABLO 1: Beden kitle indeksine göre fazla kilo ve obezite sınıflaması	8
TABLO 2: Hastaların genel özellikleri-1	33
TABLO 3: Hastaların genel özellikleri-2	35

ŞEKİLLER

ŞEKİL 1: Ana Temaların Oluşturulması	30
ŞEKİL 2: Tema-1'in Oluşturulması	37
ŞEKİL 3: Tema-2'in Oluşturulması	46
ŞEKİL 4: Tema-3'in Oluşturulması	49
ŞEKİL 5: Tema-4'in Oluşturulması	56
ŞEKİL 6: Tema-5'in Oluşturulması	64

(Not: Tablo ve Şekiller araştırmacı tarafından oluşturulmuştur)

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Aile Hekimliği, kendine özgü eğitim içeriği, araştırmaları, kanıta dayalı klinik uygulamaları olan akademik ve bilimsel bir disiplin olup birinci basamak yönelimli klinik bir uzmanlık dalıdır (1).

Aile hekimleri, birinci basamakta hastaları ile biyopsikososyal bütüncül bir yaklaşımla daha yakından, sürekli ve belirli aralıklı vizitlerle ilgilenme avantajına sahip olduklarından, bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi, tanı ve tedavisinin başlatılmasında anahtar bir role sahiptirler. Bulaşıcı olmayan hastalıklar, genellikle yavaş ilerleyen ve uzun bir dönem sürediden, enfektif olmayan hastalıkları kapsamaktadır. Bulaşıcı olmayan hastalıklardan kaynaklanan ölümler, Dünya Sağlık Kurulunu (DSÖ)'nun raporlarına göre, tüm hastalıklardan kaynaklanan ölümlerin % 60'ını oluşturmaktadır. Bulaşıcı olmayan hastalıkların önemi, hastalık sürecinde oluşan komplikasyonların hem hastalara getirdiği yaşam kalitesinde düşme ve hem de sağlık yönetimlerine getirdiği maliyet yükü açısından tüm dünyada giderek artmaktadır. Bulaşıcı olmayan hastalıkların gelişmesinde bireylerin özgeçmişi, yaşam tarzları ve etkileşim içinde oldukları çevre etkili olmaktadır (2).

Obezitenin son yıllarda giderek prevalansının artmasının yanısıra yol açtığı sağlık problemlerinin ciddiyeti ve fazlalığı nedeniyle koruyucu hekimlik açısından da önemi artmaktadır. Aile hekimleri, bulaşıcı olmayan hastalıklar içinde yeralan ve giderek artan bir sağlık problemi olan obezite ile mücadelede, bireylerin ilk aşamada ve sürekli iletişimde olabilecekleri, danışabilecekleri, bilgilendirilip tedavilerinin başlatılabilecekleri hekimler olma avantajına sahiptirler aynı zamanda hastaların motive edilmesinde, yaşam kalitesinin yükseltilmesinde anahtar role sahiptirler.

Çalışmanın amacı bireylerin obeziteye yol açan durumları hangi dönemlerde nasıl ve neden yaşadıklarına cevaplar bulabilmek ve hastaların yaşadıkları süreci daha iyi anlayabilmektir. Bu amaçla bunu en iyi şekilde yansıtacağı düşünülen kalitatif araştırma tekniği kullanıldı.

Çalışmamızın öncelikli amaçlarından biri de hem bireylerde hem doktorlarda farkındalıkları arttırabilmektir. Bu konu ile ilgili olarak kalitatif çalışmaların sayısının artması daha fazla nelerin yapılabileceğine, nasıl bir yol izlenebileceğine hasta-hekim işbirliği içinde karar verilebilmesine imkan sağlayacaktır. Böylece obezite tedavisinde bir adım daha atılabileceği düşünülmektedir.



2.GENEL BİLGİLER

2.1.Obezitenin tanımı

Obezite total vücut yağının miktar ya da oransal olarak fazlalığı olarak tanımlanmaktadır. Obezite son yılların önemli sağlık problemlerinden biridir. Prevalansı dramatik olarak artmaktadır (3, 4). Obezite, sosyal çevre ve fizyolojinin karşılıklı etkileşimi sonucunda gelişen kompleks, dinamik ve çok boyutlu biyososyal fenomendir (5).

Bilimsel literatürde obezite ve fazla kilonun birbirinin yerine kullanılmasına sıklıkla rastlanmaktadır. Ancak “obezite” terimi, vücutta aşırı yağ birikimini tanımlamak için kullanılırken; “fazla kilo” terimi ise vücut ağırlığının referans değerlerinden fazla olmasını tanımlamak için kullanılmaktadır. Diğer bir ifadeyle fazla kilo, boyuna ve yaşına göre standarttan daha kilolu olanları, obezite ise aşırı vücut yağını belirtir. Günümüzde ise obezite yaşa ve boya göre olan standartlardan çok daha fazla kilolu olmak şeklinde tanımlanmaktadır (6). Yağ miktarının total vücut ağırlığının erkeklerde % 25'i, kadınlarda ise % 30'undan fazla olması obezite olarak kabul edilmektedir (7). Obezite son yıllarda sıklığı artan önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir (8). Obezite küresel boyutta ekonomik ve halk sağlığı sorunudur. Prevalans oranları tüm dünyada artmaktadır (9) .

2.2. Obezitenin Epidemiyolojisi

2.2.1. Prevalans

Son yıllarda tüm dünyada obezite prevalansı dramatik olarak artmaktadır. Amerika'da 20-74 yaş arası popülasyonun 1/3'ü obezdır (4). Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzısıhha Enstitüsünün yaptığı araştırma sonuçlarına göre ülkemizde 18 yaş ve üzeri bireylerde fazla kilolu olanların sıklığı % 31,35 obezite sıklığının ise % 12,02 olduğu bulunmuştur (10).

Türkiye'de obezite prevalansı gelişmiş batılı ülkelerden aşağı kalmamakta, özellikle kadınlarda % 30 gibi belirgin yüksek oranlara ulaşmaktadır. 24.788 kişinin tarandığı TURDEP II çalışmasının sonuçları değerlendirildiğinde kadınlarda % 30, erkeklerde % 13, genelde ise % 22,3 düzeylerinde obezite prevalansı tespit

edilmiştir. Yaş dağılımı incelendiğinde obezite sıklığının 30'lu yaşlarda arttığı, 45-65 yaşları arasında pik yaptığı görülür. Obezite prevalansı kentsel alanda % 23,8 iken kırsal alanda % 19,6 olarak tespit edilmiştir. Ülke geneli değerlendirildiğinde doğu bölgelerinde daha az obeziteye rastlanmıştır(11). Santral obezite (bel çevresi ölçümü kadında >88, erkekte > 102 cm) prevalansı kadınlarda % 49, erkeklerde % 17 genelde % 35 olarak tespit edilmiştir(12).Yaklaşık 25.000 kişinin tarandığı bir başka araştırmada (TOHTA) obezite insidansı daha yüksek bulunmuştur. Beden Kitle İndeksi (BKİ) >30 olan kadınlar % 36, erkekler ise % 21,5 oranında, genel obezite insidansı ise % 25 olarak tespit edilmiştir(13).

TEKHARF çalışmasında Onat ve ark. 1990'dan 2000 yılına kadar ülkemizde obezite prevalansının kadınlarda % 36, erkeklerde % 75 oranında arttığını 2000 yılında obezite prevalansının erişkin kadınlarda % 43, erkeklerde ise % 21,1 olduğunu bildirmişlerdir. Aynı çalışmada bel çevresi > 102cm olan erkeklerin oranı % 17, bel çevresi >88 cm kadınların oranı ise % 56 olarak bulunmuştur(14). Türkiye'de kadınlardaki obezite prevalansının dünya ortalamalarına göre yüksekliği şaşırtıcıdır. Bu konuda kadınlardaki yüksek doğum sayısının ve düşük eğitim düzeyinin obezite üzerinde etkili olduğu anlaşılmıştır(15). Erişkin obezitesindeki artış kadar önemli bir artış da çocukluk ve adölesan dönemi obezitesinde yaşanmaktadır. Bu dönemdeki obezitenin erişkin dönemki obeziteye öncülük ettiği bilindiğinden koruyucu hekimliğin önemli bir hedefi de çocukluk ve adölesan dönemindeki kilo almayı engellemek olmalıdır (16).

Çocukluk çağı obezite sıklığı da giderek artmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri(ABD)'nde son 30 yılda çocuklarda obezite sıklığı ikiye katlanmıştır. Dünyada 22 milyon 5 yaş altı çocuğun fazla kilolu olduğu varsayılmaktadır (2). Avrupa'da 15-24 yaş arası obezite prevalansı (BKİ >30 kg/m²) ülkeden ülkeye farklı bulunmuştur (16).

Çocukluk çağı obezitesindeki artış genetik yapıdaki değişikliklerle açıklanamayacak derecede hızlıdır. Bu artışta çevresel faktörlerin rolünün ön planda olduğu kabul edilmektedir(17). Çocukluk çağı obezitesi (Ağırlık >85. persentil) erişkin obezitesi için önemli bir belirleyicidir. Normal kilolu ebeveynlere sahip 3-5 yaşındaki obez çocuğun ileride obez olma olasılığı %24 iken ebeveynlerden birisi obez ise bu olasılık % 62'ye çıkmaktadır. Bu olasılıklar 10-14 yaşlarında daha da artar ve sırasıyla % 64 ve % 79'a ulaşmaktadır. Obezite gelişme riskinin normal anne

ve baba ile % 10, bir ebeveynin obez olması ile % 40, her iki ebeveynin obez olması ile % 80 olduğu kabul edilir. Bu veriler sağlık otoritelerini çok korkutmaktadır, çünkü obezite ile ilişkili hastalıkların morbidite ve mortalitesi yüksektir. Bu sebeple obezite ile mücadele, aynı diyabet tedavi programları gibi uluslararası zeminde başarıyı artıracak yeni yaklaşımlar ve programlar geliştirilerek yaygınlaşmaktadır.

ABD’de, etnik gruplarda ve yaş gruplarında farklı olmak üzere 1991 yılından 1999 yılına kadar obezite prevalansı % 50-70 oranında artmıştır(18). Diğer gelişmiş ülkeler de obezite rakamlarında ABD’yi yakından izlemektedir. İngiltere’de 1980 yılından 1991’e hem erkeklerde, hem de kadınlarda fazla kiloluluk prevalansı yaklaşık % 25, obezite prevalansı ise yaklaşık % 100 artmıştır(19). Hollanda’da ise 1976 ile 1997 yılları arasında obezite prevalansı 37-43 yaş arası erkeklerde % 4,9’dan 8,5’a, kadınlarda ise % 6,2’den 9,3’e çıkmıştır (20). Avrupa’nın karşılaştırmalı verileri, prevalans oranlarının en düşük değerler gösteren İsveç’te sırasıyla erkeklerde ve kadınlarda % 7 ve % 9, en yüksek değerler gösteren Litvanya’da erkeklerde ve kadınlarda % 22 ve % 45 olduğunu göstermektedir. Avrupa’daki ortalamalar erkeklerde ve kadınlarda sırasıyla yaklaşık % 15 ve % 20’dir. Bu rakamlar çağımızdaki obezite epidemisinin ABD ile sınırlı olmadığını gösterir. BKİ ≥ 30 olan ABD erişkinlerinin prevalansı 1960’lardaki % 12,8’den 1990’lardaki % 22,5’e çıkmıştır. Obezite tedavisi ve obezitenin komorbiditelerine ilişkin maliyetler yüksektir ve artacağı öngörülmektedir ABD’de obezitenin dolaylı ve doğrudan maliyetlerinin 1995 yılında 100 milyar dolar/yıl olduğu hesaplanmıştır (16).

2.3. Obezite Etiyolojisi

Obezite genellikle genetik olarak yatkın zeminde, fiziksel olarak inaktif yaşayanlarda yüksek yağ içerikli ve düzensiz öğünlerle beslenme sonucunda gelişmektedir (21). Obezite etiyolojisinde rol alan birçok etmen arasında fazla enerji alımı, yetersiz enerji tüketimi, genetik yatkınlık, düşük yağ oksidasyonu, azalmış sempatik aktivite, psikolojik stres, sosyoekonomik düzey düşüklüğü yer almaktadır. Çeşitli ilaçlar da obezite etiyolojisinde rol alabilirler (22). Obezitenin etiyolojisine bakıldığında, % 30-40’ından genetik faktörler, % 60-70’inden çevresel faktörler

sorumlu tutulmaktadır(23). Çevresel faktörler içinde yaşam tarzı, diyet, ilaçlar yer almaktadır. Etyolojik faktörler yakından incelenirse;

2.3.1. Genetik: Obezite yüksek oranda genetik geçiş gösterir(24). Anne ve babası obez olan çocukların obez olma ihtimali yaklaşık % 80 iken, bir ebeveyni bez olan çocukların obez olma olasılığı % 40, anne ve babası normal kilolu olan çocuklarda bu ihtimal % 10'dur(18). Bu nedenle obezitenin yüksek oranda genetik geçiş gösterdiğine inanılmaktadır. Obezite etyolojisinde tek gen defektli etyolojiler oldukça nadirdir, ancak oluşabilir. Genetik faktörlerle ilişkili obezitelerin çoğu çoklu gen defektleri veya farklılıkları sonucudur (25, 26).

Bir klinisyen, morbid obezitesi olan veya çok hızlı kilo alan bir hastaya yaklaşıırken özellikle de hasta çocukluk çağındaysa genetik defektleri de düşünmelidir (6). Prader-Willi, Bardet-Biedl, Carpenter Sendromları ve lipodistrofi gibi dismorfik şişmanlık tiplerinde genetik mekanizmalar primer rol oynamaktadır (27). Bunlar arasında en sık rastlanılanı, ciddi obezite görülebilen Prader-Willi sendromudur. (27, 28).

Son yıllarda obezite çeşitli genlerin değişimi sonucu ortaya çıkan multifaktöriyel ve heterojen bir durum olarak tanımlanmaktadır. Bu genetik değişikliklerden bazıları leptin gen mutasyonu, leptin reseptör gen mutasyonu, melanokortin 4 reseptör gen mutasyonu ve prohormon konvertaz 1 gen mutasyonudur (29).

Ob geninin bir ürünü olan leptin seviyesi vücut yağ içeriğiyle koreledir ve genelde obez kişilerde artmıştır. Diyetle kilo verilmesiyle leptin seviyesinde düşüş olur. Genel olarak obez bireylerde leptin duyarsızlığı vardır. Bununla birlikte % 5-10 obez hastada da leptin üretiminde azlığa bağlı leptin seviyesinde düşüklük vardır (30). Çocukluk çağında düşük leptin seviyesi olan ciddi obezite hastaları da saptanmıştır (31).

Genetikte suçlanan başka bir faktör de POMC gen mutasyonudur. POMC gen mutasyonu olanlarda hiperfajiye bağlı obezite bildirilmiştir (32).

2.3.2. Anne sütü ile beslenme durumu: Birçok çalışma anne sütünün çocukluk obezitesinden korunmadaki katkılarını araştırmıştır. Literatürde biberonla beslenen bebeklerin ilerleyen yıllarda obezite riskini daha fazla taşıyabilecekleri bildirilmektedir (16).

2.3.3.Yaş: Erkeklerde, pubertenin başlangıç döneminde kas dokusu daha fazla yağ dokusu daha az iken yaşla birlikte yağ dokusunda artış olur. Bu durum gonadal seks steroidleri ve büyüme hormonunda azalma ile açıklanır. Aynı şekilde postmenopozal kadınlarda da büyüme hormonunun ve östrojenin azalmasıyla visseral yağ miktarı hızla artar (33).

2.3.4.Yaşam tarzı: Sedanter yaşam tarzı düşük enerji tüketimi nedeniyle kilo alımına neden olur(34). Uzun süre televizyon izlemek gibi sedanter davranışlar obezite ve diabetes mellitus riskinde artışa neden olur (35). Fiziksel inaktivite, obezite gelişmesinin en önemli nedenini oluşturmaktadır. Modern toplumlarda daha az enerji harcanarak işlerin yürütülme imkanı, televizyon karşısında daha fazla vakit geçirme vücudun kullanamadığı bu enerjiyi yağ olarak biriktirmesine neden olmaktadır (28, 36, 37). Epidemiyolojik çalışmalara göre erkekler arasında kilo fazlalığına en fazla sedanter hayat yaşayanlarda rastlanmaktadır (38)

2.3.5.Diyet: Diyetle alınan yağ oranı ile vücut yağı arasında pozitif ilişki olduğunu gösteren çok sayıda çalışma mevcuttur (39). Fast food tarzı beslenme de obezite için bir risktir. Fast food restoranlarını sık kullanan ve kullanmayanların kıyaslandığı bir çalışmada, fast food tüketenlerin fazladan 4,5 kg aldıkları ve insulin direncinin 2 kat arttığı gösterilmiştir (40).

2.3.6.İlaçlar: Kilo artışı yaygın kullanılan birçok ilacın sık fakat genellikle gözden kaçan bir yan etkisidir. Kortikosteroidler, trisiklik antidepresanlar ve antipsikotikler tedavi amaçlı kullanıldıkları birçok hastada kalıcı ve belirgin kilo alımına neden olabilmektedirler(9). Glikokortikosteroidler, insülin, sülfonilüreler, antidepresanlar, lityum, antihipertansifler, progesteron, fenotiazin, siproheptadin kilo alımına neden olan ilaçlar arasında sayılabilir (22).

2.3.7. Nöroendokrin nedenler: Obezitenin görüldüğü nöroendokrin durumlar arasında Hipotalamik Obezite, Cushing Sendromu, Hipotiroidi ve Polikistik Over Sendromu yer almaktadır (41) (42) (43) (44).

2.3.8.Psikolojik faktörler: Psikolojik etmenlerin de obezite gelişimindeki rolü kesin kabul edilmekle birlikte söz konusu etmenlerin obeziteye nasıl yol açtığı bilinmemektedir. Çevresel etmenler gıda düzenleme sistemini etkiler; aynı zamanda kültürel, aile ve psikodinamik etmenlerin obezitenin gelişiminde etkili olduğu gösterilmiştir(45). Psikiyatrik hastalıklarda yeme düzenin yanısıra egzersiz davranışları da değiştiği için obezite gelişebilmektedir(46).

2.4.Obezitenin Tanı ve Ölçüm Yöntemleri

Doğrudan yağ dokusunu ölçmese de obezitenin tespitinde en çok kullanılan yöntem Beden Kitle İndeksi (BKİ) 'dir. Obezitenin tespitinde kullanılan diğer yöntemler antropometri (deri kıvrım kalınlığının ölçülmesi), dansitometri, bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans görüntüleme ve elektriksel impedanstır. BKİ daha pratik olduğundan daha sık kullanılmaktadır (47) .

Farklı anatomik bölgelerde adipoz dokunun dağılımı morbiditeye etki açısından önemlidir. Özellikle, intraabdominal ve abdominal subkutan yağ dokusu, alt ekstremelerde ve kalçalarda bulunan yağ dokusundan daha önemlidir. Bu bel-kalça oranının tespiti ile en kolay şekilde ayırt edilir. Bu oran kadınlarda 0,9'dan, erkeklerde 1'den büyük ise anormaldir ve santral obeziteyi gösterir. Diabetes mellitus, hipertansiyon, hiperlipidemi, kadınlarda hiperandrojenizm gibi obezitenin birçok komplikasyonu total vücut yağından çok abdominal veya üst gövde yağ miktarıyla daha fazla ilişkilidir (47). Çok nadir istisnalar dışında BKİ ile vücut yağ oranı arasında oldukça iyi korelasyon vardır (48).

BKİ kişinin kilosunun boyunun karesine bölünmesiyle hesaplanmaktadır (BKİ: kg/m^2) (49). BKİ 25-30 arasında olanlar fazla kilolu olarak tanımlanırken, beden kitle indeksi 30'un üzerinde olanlar obez olarak tanımlanmaktadır (4). BKİ 'ne göre obezitenin sınıflandırılması Tablo 1'de verilmiştir (3).

Tablo 1: BKİ'ye göre fazla kilo ve obezite sınıflaması (3)

İsimlendirme	BKİ (kg/m^2)
Düşük kilolu	<18.5
Normal	18.5–24.9
Fazla kilolu	25.0–29.9
Sınıf I obez	30.0–34.9
Sınıf II obez	35.0–39.9
Sınıf III (Aşırı) obez	≥ 40

Değişik yazarlar tarafından ileri sürülen obezite ayırım sınırları şöyle özetlenebilir:

NHCS (A.B.D’de sağlık istatistikleri merkezi olan National Center for Health Statistics) obezite sınırını erkekte 31,1 kg/m²’nin, kadınlarda 32,3 kg/m² olarak belirtmiştir. Bu değerler 1976-1980 yılları arasında 20-29 yaş arası kadın ve erkeklerden elde edilen NHANES II (National Health and Nutrition Examination Survey) çalışması sonuçlarına dayanmaktadır. (50).

NHANES (National Health and Nutrition Examination Survey) çalışmalarında aşırı kilolu terimi erkeklerde BKİ’nin 27,8 kg/m², kadınlarda 27,3 kg/m²’nin üzerinde olması olarak kabul edilmiştir. (51).

ABD hekimleri genel olarak BKİ’nin Metropolitan Sigorta Şirketinin hazırladığı 1959 veya 1983 tablolarını kullanmaktadır. (52). Metropolitan Sigorta Şirketinin 1959 tablolarında BKİ değerlerinin erkeklerde 26,4 kg/m² veya daha üstü, kadınlarda 25,8 kg/m² veya daha üstü olması aşırı kilolu olarak kabul edilmekteydi (53). 1983 tablolarında ise bu değerler erkekler için 26,9 kg/m² veya daha üstü, kadınlarda 27,3 kg/m² veya daha üstü olarak ileri sürülmektedir (54).

DSÖ çeşitli Avrupa epidemiyologlarınca ufak değişiklikler dışında kabul edilen bir uluslararası sınıflandırma geliştirmiştir (2). BKİ 25-29 kg/m² arası fazla kilolu, 30,0-39,9 kg/m² arası obez, 40 kg/m² ve daha üstü ise morbid obeziteyi yansıtmaktadır.

Aşırı kilo ve obezitenin neden olduğu sağlık riskleri 25 kg/m²’nin altındaki bir düzeyden itibaren artan BKİ ile birlikte progressif olarak artıyor gözükmemektedir ve en azından endüstrileşmiş ülkelerde 20-22 kg/m²’ye yakın bir ölçüm değerinin kriter olarak yararlı olacağı kanıtlanmıştır (9).

Van Itallie, NHCS bulgularına dayanarak obezite kriterlerini şu şekilde sıralamıştır: BKİ<25 kg/m² uygun ağırlık, 25-27 kg/m² sınırdaki obez, 27-30 kg/m² hafif obez, 30-35 kg/m² orta derecede obez, 35-40 kg/m² ciddi obez, >40 kg/m² ileri derecede obezdir (55).

2.4.1.Vücut Yağ Miktarının Ölçülmesi

2.4.1.1.Doğrudan Teknikler

Bu grupta klinik olarak uygulanabilen yöntemler ile pratikte kullanımı zor veya imkansız olan araştırma amacıyla uygulanan yöntemler vardır. Bu yöntemler arasında: dansitometri, toplam vücut suyu miktarı, toplam vücut potasyum ölçümü, nötron aktivasyon analizi, ultrasonografi (USG), bilgisayarlı tomografi (BT), manyetik rezonans görüntüleme (MRI), biyoelektriksel impedans, vücut geçirgenliği, dual foton absorpsiyometre (DPA), dual X-ışını absorpsiyometre (DEXA) yer almaktadır (56, 57).

2.4.1.2.Dolaylı Teknikler

Ağırlık, boy ve vücut çapları ile ilgili parametreler antropometri bilimini, deri kıvrım kalınlıkları ile ilgili ölçümler ise plikometri bilimini oluşturmaktadır (58, 59).

Deri Kıvrımı Ölçümleri: Bu yöntemin ciltaltı yağ dokusunu dolayısıyla toplam yağ miktarını değerlendirdiği düşünülmektedir. Bu tahminlerin iki dayanağı vardır: ciltaltı yağ dokusu/toplam yağ oranının sabit olduğunun düşünülmesi ve ölçüm için belirlenen alanların ortalama ciltaltı yağ dokusu kalınlığını temsil etmesidir. Fakat her ikisi de tam doğru değildir. Yaş, ırk, cinsiyet ve vücut ağırlığı ile ciltaltı yağ/toplam yağ oranı değişir. Ölçüm için en çok kullanılan bölgeler: Triseps deri kıvrım kalınlık ölçümü (en çok kullanılan), biseps deri kıvrım kalınlığı ölçümü, subskapular deri kıvrım kalınlığı ölçümü, suprailiak deri kıvrımı ölçümü, midaksiller deri kıvrımı ölçümüdür.

Ciltaltı yağ dokusunun kalınlığı vücudun her yerinde aynı değildir. Eğer tek ölçüm yapılacaksa triseps önerilmektedir. Bu yapılan ölçümler toplum normlarına göre kıyaslanır(60) .

Beden Kitle İndeksi ilk kez 1835 yılında Quetelet tarafından tarif edildiği söylenen bu indeks bir asırdan fazla süredir kullanılmaktadır (61). Günümüzde en sık kullanılan yöntemdir. Direkt dansitometreyle ölçülmüş vücut yağı miktarı ile korelasyonu iyidir (62). Obezite dışında aşırı adale kitlesi bulunanlarda yüksek BKİ değerlerine rastlanabilir(63). BKİ vücuttaki yağ oranından daha çok vücut yağ

miktarıyla ilişkili gözükmetedir. Aralarındaki korelasyon katsayısı 0.7-0.8 arasında değişmektedir (64). BKİ'den vücut yağını çıkaran formüller vardır(65) . Bunlar:

$$\text{Vücut yağı \% (erkekler)} = [1,33 \times \text{BKİ (kg/m}^2\text{)}] + [0,236 \times \text{Yaş (yıl)}] - 20,2$$

$$\text{Vücut yağı \% (kadınlar)} = [1,21 \times \text{BKİ (kg/m}^2\text{)}] + [0,262 \times \text{Yaş (yıl)}] - 6,7$$

Bel çevresi, Kalça çevresi, Bel-kalça oranı: Obezitenin komplikasyonları, en iyi abdominal obezite ile ilişkilidir. Santral obezite android, sıklıkla kadınlarda görülen alt beden tipi obezite de jinoid obezite olarak adlandırılır. Bel-kalça oranı bu iki tip obeziteyi ayırmak için kullanılır. Bel çevresi, kostalar ve iliak krest arasındaki ayaktaiken ölçülen en uzun horizontal çevredir (66) . Bel çevresi erkeklerde 94 cm, kadınlarda 80 cm risk artışı; bel çevresi erkeklerde 102 cm, kadınlarda 88 cm koroner kalp hastalığı ve metabolik komplikasyonlar için önemli risk artışı gösterir

Bel ve kalça çevrelerinin oranı metabolik hastalıklarla ilişkili yağ dağılımının bir göstergesi olarak epidemiyolojik araştırmalardan geliştirilen ilk antropometrik yöntemdir. Bel-kalça oranı BKİ'den bağımsız olarak koroner kalp hastalığı ve Tip 2 Diyabetes Mellitus (Tip II DM) nedenli mortalite ile de ilişkili olduğu gösterilmiştir. 0,72'nin üstündeki değerler anormaldir. Komplikasyon oranının artışı ise erkeklerde 1'in, kadınlardaysa 0,9'un üzerine çıkınca görülür (67) .

2.5.Obezite Patogenezi

Artmış kalori alımı, alınan kaloringin yetersiz tüketimi, azalmış metabolik ya da fiziksel aktiviteden kaynaklı kısıtlı enerji tüketimi, gıda alımına termojenik yanıtta azalma, normal vücut ağırlığı eşğinin yüksek olması ya da ısı enerjisi kaybında azalma ile sonuçlanan mekanizmalar obeziteye neden olurlar(68) .

Obez olgularda kandaki serbest yağ asitleri, yağ dokusunda lipoliz neticesinde artar. Kasta serbest yağ asidi oksidasyonu sonucu oluşan asetil-CoA, piruvat dehidrogenaz enzimini inhibe ederek glukoz kullanılmasının azalmasına yol açar (69, 70).

Sonuç olarak, ortaya çıkan hücre içi glukoz artışı, glukozu hücre içine girmeye yönlendiren transmembran konsantrasyon gradiyentini düşürür ve glukoz alımında ikinci bir azalmaya yol açar. Karaciğerde biriken asetil-CoA ise piruvat karboksilazı inhibe ederek glukoneogenezi uyarır ve hücre içinde insüline yanıtsızlığa sebep olur. Bu mekanizmalarla artan kan glukozu insülin etkisiyle

yeterince düşürülemez. Ayrıca artmış serbest yağ asitleri insülinin karaciğer tarafından dolaşıma verilmesini inhibe ederek dolaşımdaki insülin konsantrasyonunu daha da azaltır (69, 70).

Obezitenin patogenezi araştırılan çalışmaların bir kısmında vücut ağırlığının genetik kontrol ile yakından ilişkili olduğu gösterilmiştir. Genetik etkiler bazal metabolizma üzerinde kişiden kişiye farklılık göstermektedir. Bundan dolayı bazı kişilerin obeziteye daha yatkın olduğu belirtilmektedir(22) .

2.6. Obezitenin komplikasyonları

Obezite ile birlikte vücutta pek çok organ ve sistemde hastalıklar oluşur. Bunların bir kısmı doğrudan aşırı kiloya bağlı mekanik etkilerden kaynaklanırken, bir kısmı da ortaya çıkan metabolik bozuklukların sonucudur (71) .

2.6.1.Mortalite:

Geçtiğimiz yüzyılın başlarından beri obezite ile erken yaşta ölüm arasında ilişki olduğu bilinmektedir. Yapılan pek çok prospektif çalışmada ve Kohort çalışmasında morbid obez bireylerdeki genel mortalite oranının normal bireylerden 2 kat fazla olduğu ortaya bildirilmiştir (72). Fazla kiloların verilmesi ile erken ölüm riskinde anlamlı düzeyde gerileme sağlanmaktadır (73).

Obezite birçok sistemik komplikasyona neden olabilmektedir. Hem kadınlar hem de erkeklerde obezite ile ilişkili en sık görülen komplikasyon ise kan basıncı yüksekliğidir (74).

2.6.2.Obezitenin komplikasyonları (16)

1. Metabolik-hormonal komplikasyonlar
 - a. Metabolik sendrom
 - b. Tip 2 diyabet
 - c. İnsülin direnci, hiperinsülinemi
 - d. Dislipidemi
 - e. Hipertansiyon
 - f. Gut
 - g. Uyku bozukları
 - h. Hormon ve diğer dolaşım faktörü anomaliler:

- i. Sitokinler
 - j. Ghrelin
 - k. Büyüme hormonu (BH)
 - l. Hipotalamik-hipofizer-adrenal (HPA) aks
 - m. Leptin
 - n. Renin-anjiotensin sistemi
2. Kardiyovasküler sistem hastalıkları
 - a. Serebrovasküler hastalık
 - b. Konjestif kalp yetersizliği
 - c. Koroner kalp hastalığı
 - d. Hipertansiyon
 - e. Tromboembolik hastalık
3. Solunum sistemi hastalıkları
 - a. Obezite-hipoventilasyon sendromu
 - b. Uyku apne
4. Sindirim Sistemi Hastalıkları
 - a. Safra kesesi hastalığı
 - b. Karaciğer Hastalığı
5. Üreme sistemi anomalileri
 - a. Hormonal komplikasyonlar: Dişi
 - b. Hormonal komplikasyonlar: erkek
 - c. Obstetrik komplikasyonlar
6. Sinir sistemi
 - a. Adiposis dolorosa
 - b. Psödotümör serebri
7. İmmun sistem disfonksiyonu
8. Deri hastalıkları
9. Göz hastalıkları
10. Cerrahi komplikasyonlar
 - a. Perioperatif riskler: anestezi, yara komplikasyonları, enfeksiyonlar ve insizyonal herni.
11. Kanser
 - a. Meme

- b. Kolon
 - c. Serviks, endometrium, over
 - d. Safra kesesi
 - e. Böbrek
 - f. Prostat
12. Obezitenin mekanik komplikasyonları
- a. Artrit
 - b. Artmış karın içi basıncı
13. Psiko-sosyal komplikasyonlar
- a. Psikolojik komplikasyonlar
 - b. Sosyal komplikasyonlar
 - c. Ekonomik etki

Kardiyovasküler hastalıklar: Erkeklerde ileri yaşlarda myokard infarktüsü için ana risk faktörleri yüksek serum kolesterol düzeyi, kan basıncı yüksekliği ve sigara içimidir. Bunlardan sonra sırada her iki cinsiyet için de obezite gelmektedir. Yapılan çalışmalara göre, 30-44 yaşları arasında BKİ 32'yi aştığında, myokard infarktüsü nedeniyle ölüm riski BKİ normal aralıkta olan bireylere kıyasla kadınlarda 3 kat, erkeklerde 5 kat artış göstermektedir (73). Obezite, miyokard infarktüsü kadar diğer kardiyovasküler hastalıklarda da yakın ilişki göstermektedir. Hipertansiyon, obez hastalarda en sık karşılaşılan sorunların başında gelmektedir. Artmış periferik rezistans, artmış kan volümü ile birlikte hiperkinetik bir sirkulasyon, renal kan akımında artış bu hastalarda hipertansiyona yol açan belli başlı etmenlerdir. Konjestif kalp yetmezliği, aritmiler, pulmoner hipertansiyon, serebrovasküler olay ve koroner kalp hastalıkları da sıkça karşılaşılan sorunların ön sıralarında yer almaktadır. Ödem ve venöz staz, artmış fibrinojen ve plazminojen aktivatör inhibitörü, azalmış fibrinolizis ve antitrombin 3 eksikliği derin ven trombozu gelişimine obezlerde zemin hazırlar ve beraberinde pulmoner emboli riskini de anlamlı düzeyde arttırmaktadır (71) .

Endokrin ve Metabolik bozukluklar: Obezite birçok endokrin değişiklikle beraberdir. Bu değişikliklerden bazıları obeziteye sekonder olmakla beraber bir kısmı da obezitenin nedenlerindendir. Bu konuda öncelikle ele alınması gereken metabolik sendromdur. Hiperinsülinemi, vücut kitle indeksinin artışı, santral obezite,

dislipidemi ve bozulmuş glukoz toleransına “Metabolik Sendrom” adı verilmektedir (13).

Respiratuar hastalıklar: Respiratuar distress, obez bireylerde sıkça karşılaşılan bir durumdur. Bu durumun vücut ağırlığındaki artışa paralel olarak göğüs duvarında gelişen rijiditenin solunumu zorlaştırdığından kaynaklandığı düşünülmektedir. Özellikle yatar konumda iken durum daha belirgin hale gelmektedir ve artan oksijen ihtiyacı karşılanamamaktadır. Uyku apne sendromu, uykuda üst solunum yolunun yineleyen tıkanmaları ve bu tıkanmalara verilen yanıtlarla ortaya çıkan bir sendromdur. Solunumda ortaya çıkan sıkıntılar bir yandan uyku kalitesini bozarken, diğer yandan da kardiyovasküler sistemde ciddi sorunlara yol açmaktadır (71)

Kanser: Çeşitli kanser türlerinin obezitede daha sık görüldüğüne dair epidemiyolojik çalışmalar mevcuttur. Ancak patogenezi ile obezite arasındaki ilişki açık olarak ortaya konulamamıştır. Bunlar arasında uterus, serviks, meme, over, mesane, pankreas, karaciğer, safra kesesi, özofagus, kolon, böbrek ve prostat kanserinden sıkça sözedilmektedir (71).

Bunların bir kısmının patogenezinde hormonal faktörlerin varlığı tanımlanmıştır. Gastrointestinal sistem kanserleri ile obezite ilişkisine bakıldığında obezitenin doğrudan mı etki ettiği yoksa doymuş yağ oranı yüksek gıdalar ile beslenme, fiziksel inaktivite gibi obezite gelişiminde rol oynayan faktörlerin mi etki ettiği tam olarak açıklanamamıştır (73).

Safra kesesi ve karaciğer hastalıkları: Obez kadın ve erkeklerde safra kesesinde taş oluşumuna yaştan bağımsız olarak 3-4 kat daha sık raslanmaktadır (7). Karaciğer yağlanması (hepatosteatoz) da obezitede sık karşılaşılan bir durumdur (71). Obez bireylerde istemli kilo verilmesi durumunda da safra kesesi taşı oluştuğu bildirilmektedir. Kilo verme ile ilişkili safra taşı oluşumunu değerlendiren bir metaanalizde kilo verme hızının haftada 1,5 kg’ı geçtiği zaman safra taşı oluşumu insidansı en az % 0,5 kilo kaybı haftada 3 kg’ı aştığında hız haftada % 3’e çıkmıştır. Bu nedenle safra kesesinde taş oluşumunu önlemek amaçlı uzun bir zamana yayılmış kilo verme rejimleri önerilmektedir (75).

Dislipidemi: Visseral tipteki obezite çeşitli lipid bozukluklarına neden olmaktadır. Trigliserid düzeyindeki yükselme, HDL-kolesterol düzeyinde düşme ve küçük yoğun LDL’nin oluşması tipik özelliklerdir. Serbest yağ asitlerinin salınımı

arttığında karaciğerde toplanmaktadır ve trigliseridden zengin VLDL oluşumunu arttırmaktadır. VLDL ise, HDL ve LDL kolesterol ile kolesterol ester alışverişine girerek bir yandan HDL düzeyini düşürmektedir diğer yandan da küçük yoğun LDL oluşumunu arttırmaktadır.. LDL-kolesterol düzeyinde artış daha az görülmekle birlikte küçük yoğun LDL yönündeki niteliksel değişim diğer lipid anormallikleriyle birlikte koroner kalp hastalığı gelişme riskini arttırmaktadır (76).

Gastrointestinal sistem bozuklukları: Obezite kaynaklı gastrointestinal bozukluklar genelde artmış intraabdominal basınç ile ilişkilidir. Hiatal herni, gastroözofageal reflü hastalığı, karın duvarı hernileri, hemoroidal hastalık ilk sırada gelen rahatsızlıklardandır (74).

İmmun sistem bozuklukları: Son yıllarda yapılan çalışmalar obez hastalarda gözlenen immün sistem bozukluklarına ilişkin önemli bilgiler elde edilmesini sağlamıştır. Obez bireylerde immün fonksiyon bozuklukları hiperkortizolizme bağlı olarak ya da lökosit disfonksiyonu, sitokin anomalileri şeklinde gözlenebilmektedir (71) .

Psikososyal bozukluklar ve yaşam kalitesindeki değişiklikler: Obezite psikososyal sorunlara sıkça yol açmaktadır. Ancak, obezitenin mi psikososyal bozukluğa yoksa psikososyal bozukluğun mu obeziteye neden olduğu tartışmalıdır(73).

Yapılan bir çalışmada ileri derecede obez bireylerde yaşam kalitesi spinal kord yaralanması, ileri derecede kronik ağrı ve son dönem kanser hastaları ya da ekstemite amputasyonu operasyonu geçirmiş hastalar ile eşit düzeyde bozulmuştur (73).

Hareket kısıtlılığının neden olduğu fiziksel inaktivitenin yanısıra toplumsal önyargılar sosyal hayattan kopmalara yol açmaktadır. Kendine güveni azalan obez bireylerde depresif duygudurum bozuklukları yerleşerek yaşam kalitesinin giderek bozulmasına neden olabilmektedir. Obez bireyler iş ortamında suçlayıcı ve hor gören tavırlarla karşılaşabilmektedirler ve daha düşük ücretle çalışmak durumunda da kalabilmektedirler. Bu sorunlar ise obez bireylerde, beden imajında ve benlik kavramında bozulmaya, mahcup olma, kendinden iğrenme, kendine güvensizlik ve suçluluk duygusuna, sosyal izolasyon ve depresyona neden olabilmektedir. Sağlık çalışanlarında da zaman zaman obez bireylere olumsuz yaklaşım gösteren bireyler gözlenmektedir (71).

2.7. Obezite tedavisi

Obezite tedavisinde, tüm hastalara diyet tedavisi önerilmektedir. Aynı şekilde tüm hastalara fizik aktivite artışı önerilmektedir. Diyet tedavisinde çok düşük kalorili diyetler $BKİ > 25 \text{ kg/m}^2$ olan hastalara önerilmektedir. Anti-obezite ilaçları $BKİ > 30 \text{ kg/m}^2$ olan ya da $BKİ > 27 \text{ kg/m}^2$ olup obezitenin komplikasyonlarından birinin eşlik ettiği hastalara önerilmektedir. Obezite cerrahisi ise $BKİ > 40 \text{ kg/m}^2$ olan ya da $BKİ > 35 \text{ kg/m}^2$ olup obezitenin komplikasyonlarından birinin eşlik ettiği hastalara önerilmektedir(16).

Kilo fazlalığının risk oluşturduğu koşullar(16):

Yüksek mutlak risk :

- Koroner kalp hastalığı ya da diğer aterosklerotik hastalığın eşlik etmesi
- Tip 2 Diabetes Mellitus
- Uyku Apne Sendromu

Eğer 3 ya da daha fazla risk faktörü varsa Yüksek mutlak risk:

- Hipertansiyon
- Sigara
- Yüksek LDL kolesterol
- Düşük HDL kolesterol
- Bozulmuş açlık glukozu
- Ailede erken kardiyovasküler hastalık öyküsü
- Yaş: erkekler >45 , kadınlar >55

Artmış Risk :

- Osteoartrit
- Safra taşı
- Stres inkontinans
- Amenore,menoraji gibi jinekolojik problemler

2.7.1.Obezitede Diyet Tedavisi

Diyet tedavisi ile zayıflama $BKİ$ 'si $25-30 \text{ kg/m}^2$ olup komorbiditesi olan kişiler ile $BKİ$ 'i $>30 \text{ kg/m}^2$ olan kişileri kapsar. İlaçla tedavi ise $BKİ$ 'i $27-30 \text{ kg/m}^2$ olan ve komorbid hastalığı olan kişiler ya da tek başına diyetle kilo kontrolü sağlanamayan kişiler için düşünülmesi önerilmektedir(16).

Altı ayda %10 kilo kaybı günlük kalorisinin 500-1000 kkal azaltılması ile başarılabılır. Özellikle fiziksel aktivitenin artırılmasına ve davranış ve yaşam tarzı değişikliğine odaklanılması önerilmektedir. Obezite gelişiminde altta yatan faktörler ile yaşam tarzı, çevre, sosyoekonomik durum, sosyal statü kişiden kişiye değişir. Her obez bireye uygulanabilen tek bir diyet programı bulunmamaktadır. Beslenme tercihi, öğün sıklığı gibi değişimler kişiden kişiye farklılık göstermekle beraber kadınlar için 1000-1200 kalori, erkekler için 1200-1600 kalori kilo kontrolünü sağlayabilir. Günlük 500-1000 kalori azaltılması ile genellikle 6 ay sonra BKİ’de 2 birim azalma ortaya çıkar. Başarılı kilo kontrol tekniğinde hedefler bireyselleştirilmiş tedavi, multidisipliner yaklaşım, gerçekçi hedefler kişiye özgü farklılıkların dikkate alınması başarıyı artıracaktır. Hastanın yediklerini kaydetmesi diyet uyumu ve kontrolünü sağlar. Hastalara doğru beslenme konusunda eğitim verilmesi gerekir. Kilo kaybı için kalori kısıtlaması gerekmektedir. Kilo kontrolünü sağlamak amacıyla gıda alımının azaltılması ve enerji harcanmasının artırılması önerilmektedir. Obezitenin diyetle tedavisinde enerji açığı oluşturarak vücut yağ depolarında azalma sağlanmaya çalışılmaktadır. Kas ve vital organlarda hücre kütlesi kaybı olmadan yağ depolarında azalma sağlanması, vitamin, mineral, elektrolit kaybının önlenmesi gerekmektedir (16).

2.7.2.Obezitede Egzersiz Tedavisi

Egzersiz hem kilo kaybının sağlanması açısından hem de kilonun devamlılığının sağlanması açısından oldukça önemlidir. Fiziksel aktivitenin sürekliliği yeniden kilo almayı önlemektedir. Aynı zamanda fiziksel aktivite kardiyovasküler hastalık ve Tip 2 DM riskinde de azalma sağlar. Bu yüzden birçok kişi için fiziksel aktivitenin denetlenmesi gerekmektedir (16).

Yeni bir fiziksel aktivite rejimine başlamadan önce mutlaka kardiyopulmoner kontrollerin yapılması gerekir. Hastanın yaşı, eşlik eden kronik hastalıklar, semptomlar değerlendirilmelidir. Fiziksel inaktivite değiştirilebilir kardiyovasküler risk faktörlerinden biridir. Ayrıca diabetes mellitus, obezite, hipertansiyon, kemik ve eklem hastalıkları (osteoartrit ve osteoporoz), kanser (kolon ve meme) ve depresyon için de risk faktörlerindendir. Haftada 150 dk orta derecede fiziksel aktivite diyabet riskini azaltmada metforminden daha etkili bulunmuştur. Yine diyabetik hastalarda haftada 2 saat yürüme ile kardiyovasküler ölüm %34-53 azalırken, tüm mortalite

%39-54 azalır. Düzenli egzersiz kolon ve meme kanserlerinde azalmaya yol acar. Fiziksel egzersizin kilo vermeye katkısı diyet tedavisi ile sinerjik etki gösterir. Hasta tarafından yapılması gereken fiziksel aktivitenin derecesi diyetle olduğu gibi kişiye özgüdür. Özellikle artrit, kardiyovasküler sorunlar gibi komorbid hastalıklar da varsa yönlendirme dikkatle yapılmalıdır. Egzersiz insulin düzeylerini azaltmakta, glukoz toleransını düzeltmekte, lipid profilinde HDL kolesterolde artma, trigliseridlerde azalmaya yol açmakta, sistolik (5-15 mmHg) ve diastolik (5-10 mmHg) kan basıncını düşürmekte, hastaların psikolojik olarak kendini daha iyi hissetmesini sağlamaktadır. Egzersiz sırasında artan katekolaminler iştahı baskılamakta ve diyet uyumunu kolaylaştırmaktadır. Bir diyet programından sonra kilo kaybının idamesinin sağlanmasında egzersiz ve yaşam tarzının değiştirilmesi çok önemlidir (16).

2.7.3.Obezitede Davranış Tedavisi:

Fiziksel aktiviteyi artırmak ve diyet önerilerine uyma zorluğu yaşayan kişilerde uyumu artırmak için davranış tedavilerinden de yararlanılır. Davranış tedavisi kişinin motivasyonunu artırır. Zayıflama tedavisinde yaşam tarzının değiştirilmesi bir sorun olduğundan tüm zayıflama programlarının başarısında hasta motivasyonunun sağlanması esastır. Çoğu kişi ailelerinden ya da arkadaşlarından çok az destek görmektedir. Spesifik davranış stratejileri kendi kendini kontrol, stres yönetimi, uyarı denetimi, problem çözme, ihtimallerin yönetimi ve sosyal destektir.

Obezitede davranış tedavisinin asıl amacı yemenin azaltılması ve aktivitenin artırılması; bu yaşam tarzı değişikliğinin idamesini sağlamaktır. Yeme davranışı gıdaların haz verici özellikleri ve açlık hissi gibi doğal güdülerin azaltılmasını sağlar. Kilo artışı negatif yönde duygulanım yaratsa da, bu etki uzun sürede geliştiğinden gıda alımının haz verici etkileri kısa süreli olumlu pekiştirmeye ön plana geçer. Egzersiz birçok obez için rahatsızlık verici ve iticidir. Uzun dönemde ise zindelik ve daha iyi sağlık durumunu sağlar. Bu nedenle egzersizle aktivite artışı kısa vadede olumsuz algılansa da uzun vadede yararlıdır. Davranış tedavisi ile alışkanlıklar değiştirilerek yaşam tarzının değiştirilmesi amaçlanır. Bir hastada davranış değişimine küçük, olası ve akılcı basamaklarla, bir hekim yada diğer sağlık personeli yardımıyla teşebbüs edilmelidir.

Davranış yaklaşımının diğer bir avantajı da, başarı ile kendi kendilerini güçlü niteleyebilmek için, kilo kaybı stratejisinde hastalara büyük sorumluluk yüklemesidir. Hastalar kendi çabalarıyla pozitif sonuca ulaşabildiklerine inandıkları zaman tedavi takviye olmakta ve artmış özgüvenlerini kazanmakta ve devam etmeyi arzulamaktadırlar. Davranış tedavisinin en önemli avantajı hastalara her gün yaşadıkları doğal sosyal ve çevresel koşullar altındaki alışkanlıklarını değiştirmeye izin vermesidir. Böylece, kilo kaybı sırasında yeni alışkanlık öğrenilmesi, çok zor olan ve yaşam boyu devam eden kilo koruma dönemi sırasında devam ettirilebilir(16).

2.7.4.Obezitede İlaç Tedavisi

Kilo kaybına yoğunlaşmış girişimlerin kombinasyonuna rağmen kilo kaybetmenin ve kaybedilen kiloyu korumanın zorluğu; hastaların ve hekimlerin farmakoterapiye büyük ilgisine yol açmıştır. Obezitenin ilaçla tedavisi önemli bir sağlık konusu haline gelmiştir(16).

İdeal bir obezite ilacı, dozla ilişkili kilo kaybı yapmalı, ulaşılan hedef kilonun devamlılığını sağlamalı, kronik olarak kullanıldığında da güvenilir olmalı, tolerans gelişmemeli ve kötü kullanım ya da bağımlılık yapmamalıdır. Günümüzde bu özelliklere sahip bir farmakolojik ajan yoktur. Farmakoterapide yeniden başlayan bu ilgi son yıllarda obezitenin genetik alt yapıları bir kronik hastalık olarak yeniden anımsanmasına da yol açmıştır. Bu nedenle oluşan yeni bir düşünce ise bu kronik hastalığın tamamen ortadan kaldırılamayacağını fakat tedavi edilebilir ve tedavinin yaşam boyu süren bir olay olduğunu ve kısa süreli ilaç tedavisinden ziyade yaşam boyu ilaç tedavisi gerektirdiğini söylemektedir (16).

2.7.5.Obezitede Cerrahi Tedavi

Ciddi obezite BKİ>40 kg/m² ve BKİ'i 35-40 arasında ancak obezite ile ilişkili komorbid hastalık için yüksek risk taşıyan kişiler cerrahi tedavi için aday olarak kabul edilmektedir(16).

Kilo kaybettiren cerrahi yöntemler diğer tedavi yöntemlerinin başarısız olduğu hastalara saklanmalıdır. Obezitede çeşitli cerrahi işlemler uygulanmaktadır. Bunlar;

1. Gastrik rezeksiyon
 - a. Horizontal gastroplasti
 - b. Vertikal bantlı gastroplasti
 - c. Gastrik bantlama
2. Malabsorbsiyon yapan
 - a. Jejenoileal by pass
 - b. Retrokolik loop by-pass
 - c. Roux-en Y gastrik by pass
3. Kombinasyonlar
4. Laparoskopik anti-obezite cerrahisi
5. Biliyopankreatik diversiyon
6. Liposuction
7. Lipektomi biçiminde sıralanabilirler (16).

2.8.Kalitatif Araştırmalar

2.8.1.Kalitatif çalışmanın tanımı

Bilimsel araştırmalarda bilgi toplamaya yönelik çalışmalar, genel olarak kantitatif ve kalitatif olmak üzere iki ana grupta tanımlanmaktadır. Kantitatif çalışmalar daha çok biyoloji, kimya, fizik gibi tabi bilimlerde, gözlemleyebildiğimiz ve ölçebildiğimiz konularla ilgilenen araştırmacılar tarafından çoğunlukla tercih edilmektedir. Kantitatif çalışmaların temel özelliği, gözlemlerin ve ölçümlerin objektif bir şekilde yapılabilmesi ve diğer araştırmacılar tarafından da tekrarlanabilir olmasıdır. Kalitatif çalışmalar ise, daha çok psikoloji, sosyoloji, antropoloji gibi sosyal bilimlerde, sosyal dünyada insanoğlunun davranışını anlamayı gerektiren konularla ilgilenen araştırmacılar tarafından tercih edilmektedir(77).

“Kalitatif” teriminin sözlük anlamı nitelikselidir. “Kalitatif değerlendirme” ise araştırılan verinin niteliğinin, kalitesinin ve özelliklerinin incelenmesi olarak tanımlanabilir (78).

Kalitatif araştırmaların ortaya çıkma gerekliliği kantitatif ölümlerin bize sadece kişilerin ne sıklıkta yada kaçının benzer davranışları sergiledikleri bilgisini verebilmesi, buna rağmen “neden”, “nasıl” sorularına yeterli yanıt verememesinden kaynaklanmaktadır (77)

Kalitatif araştırmaya başlarken araştırmacılar bir deneyim ya da bir öykü sonrasında ortaya çıkan problemleri ele alırlar. Bu problemler ya da konular, araştırmada sorulacak olan sorularının oluşmasını sağlar. Çalışmanın dizaynı ya da metodu bu soruları en iyi cevaplayacak şekilde seçilir ya da oluşturulur (78).

Klinik ya da hastaya dayalı araştırmaların, aile hekimliği uygulamasıyla daha bağlantılı olduğu dūřünülmektedir (78). Aile Hekimlięi kendine özgü eğitim içeriği, araştırmaları, kanıta dayalı klinik uygulamaları olan akademik ve bilimsel bir disiplin olup birinci basamak yönelimli klinik bir uzmanlık dalıdır(1). Bu açıdan aile hekimliği uygulamalarında kalitatif çalışmalar, yeri doldurulamayacak ve yadsınamayacak kadar önemlidir.

Kalitatif araştırmalar, sosyal fenomenleri daha iyi açıklamakla ilgilenmektedir. Bařka bir ifadeyle yaşadığımız dūnyada nelerin nasıl hayatımızın akışında yer aldığını ve yönlendirdiğini anlamayı hedeflemektedir. Bu amacını gerçekleştirmeye çalışırken de sorduğu başlıca sorular şöyledir:

- “Neden insanlar davranıřlarını belli bir yönde sūrd÷rmektedir? ”
- “Hangi tutumlar, nasıl oluşmaktadır?”
- “İnsanlar çevrelerinde olaylardan nasıl etkilenmektedir?”
- “Neden ve nasıl belirli k÷lt÷rler gelişiyor? ”
- “Sosyal gruplar arasındaki farklılıklar nelerdir?” (77)

Kalitatif araştırmalarda cevapları aranan sorular : “neden ? ”, “nasıl ? ”, “hangi yolla?” gibi soru kelimleriyle başlamaktadır. Diğer taraftan kantitatif araştırmalarda cevapları aranan sorular: “ne kadar”, “ne sıklıkta”, “ne derecede” gibi soru kelimeleriyle başlamaktadır, l÷mle sağlanabilen miktar ifade edilerek yanıtlanabilmektedir. (77)

2.8.2.Kalitatif çalışmanın kantitatif çalışmadan ayrılan yönleri: (77)

Kalitatif araştırmaların kantitatif araştırmalardan farklılıkları genel olarak şöyledir:

- Kalitatif araştırmalar, bireylerin fikirleri, deneyimleri ve hisleri üzerinde yoğunlaşarak, subjektif veriler elde etmektedirler.
- Kalitatif araştırmalar, doğal olarak kendiliğinden oluşan fenomenleri tanımlar. Kantitatif çalışmadaki durumlardan farklı olarak çalışmadaki mevcut duruma hiçbir müdahalede bulunulmaz.
- Kalitatif çalışmada, araştırılan konu bütüncül bir bakış açısı ile sağlanabilmektedir.
- Kantitatif alışmalar ise bir grup değişkeni tanımlama yeteneğine dayanmaktadır.
- Kalitatif çalışmalarda, bilgiler kavramları ve teorileri geliştirmek için kullanılmaktadır. Bu teorileri geliştirmeye yönelik olan tümevarım yaklaşımıdır. Kantitatif araştırmalar ise tümdengelim yaklaşımını kullanmaktadır.
- Kalitatif araştırmalarda, bilgiler bireysel yüzyüze görüşmeler, grup görüşmelerinde röportaj veya gözlem şeklinde yapılmaktadır. Bilgi toplama süreci bu yüzden uzun sürmektedir.
- Kısıtlı bir alanda çalışılıyor olması ve çok zaman gerektirmesi nedeniyle, yalnızca küçük gruplar üzerinde çalışmalar yapılabilmektedir.
- Kalitatif çalışmalarda farklı örneklem teknikleri uygulanmaktadır. Kantitatif çalışmada bütünü yansıtabilecek rasgele örneklemeler seçilerek çalışmalar oluşturulmaktadır. Kalitatif çalışmalarda ise, spesifik gruplar ve populas-yondaki altgruplar örneklem olarak seçilerek bu gruplar üzerinde araştırmalar yapılmaktadır(77)

2.8.3.Kalitatif alışmaların Kısıtlılıkları

Kalitatif çalışmalardan elde edilen sonuçlar, tüm populas-yona genellenemez çünkü çalışılan grup küçük olup seçilen örneklemeler rasgele seçilmemektedir. Fakat orijinal araştırma sorusu populas-yonun spesifik bir alt grubuna bir i bakış sağlayabilir. Ancak tüm populas-yona uyarlanamaz çünkü alt grup, özel ve genel populas-yondan farklıdır ve de zaten bu farklılık kalitatif araştırmaların odak noktasını oluşurmaktadır (79).

2.8.4.Kalitatif Çalışma Modelleri

Kalitatif araştırma modelleri, genel hatları ile 4 ana grupta toplanabilir:

- a. Fenomenoloji
- b. Etnografi
- c. Gömülü Teori
- d. Vaka Çalışması

a.Fenomenoloji: Tam olarak fenomen çalışması anlamında olup, yaşadığımız dünyanın bir parçasını oluşturan olayları, durumları, deneyimleri yada görüşleri tanımlamak için kullanılan bir yoldur. Fenomenin tam bir tanımı yapılmadığı için anlaşılması eksik ve güç olabilir. Örneğin bel ağrısının nelerden kaynaklanabildiğini, tedavi yöntemlerini randomize kontrollu deneylerle anlayabiliyoruz ancak bel ağrısı ile yaşamının ne demek olduğunu, nasıl bir his olduğunu, bel ağrısı olan bir bireyin aile yaşantısının nasıl etkilendiğini anlayamıyoruz. Fenomonolojik araştırmalarda aslında, araştırmamızı aydınlatması ve katkısı açısından bir boşluk bulunmaktadır. Ancak bize tanımlayıcı açıklamalar yapamasa da yine de farkındalığımızı ve iç bakışımızı arttırmaktadır (77).

b.Etnografi: Etnografinin, antropolojiden gelen bir geçmişi bulunmaktadır. “İnsanların portresi” anlamına gelen bir terim olup, kültürleri ve insanları tanımlayıcı bir metodolojidir. Bu araştırma modelinde, çalışmadaki insanların ortak kültürel parametreleri kullanılır. Coğrafik olarak bir bölgenin ya da ülkenin bir bölümünde yaşıyor olmak, dini inanışlar, ortak yaşanmış deneyimler, örf ve adetler etnografi yönteminde kullanılan parametreleri oluşturmaktadırlar (77).

Sağlık bakımı uygulamalarında etnografik yaklaşım uygulanabilir. Kültürel farklılıklar ve kurallar, bakıma ya da tedaviye yanıtı etkileyebilmektedir. Etnografik çalışmalar, sağlık profesyonellerine tüm etnik grupları kapsayacak kaliteli bakımın sağlanması, bunun hazırlığı ve geliştirilmesi ve kültürel farkındalığın artırılması konusunda faydalı olmaktadır (77).

c. Gömülü Teori: Temel özelliği, fenomenler hakkında bilgi sağlamak ve analiz yaparken yeni bir teori geliştirmektir. Bu model fenomenolojiden ayrı yeralır çünkü “özgün yeni bilgilerin” oluşmasına yol açar ve yeni fenomenlerin geliştirilmesinde kullanılır. Sağlık bakımı uygulamalarında yeni teoriler, mevcut olan problemlerin çözülmesinde farklı yeni bir yol izlenmesine fırsat sağlamaktadır.

Örneğin yas süreci insanlık tarihi kadar eski olan bu durumdur ve karakteristik belli dönemleri bulunmaktadır. İnkâr, öfke, kabullenme ve çözülme şeklinde dört dönemi içermektedir. Gömülü teori ile, eski sahip olunan bilgiler kullanılarak üzerine yeni bilgiler eklenebilir ve yas süreci daha iyi anlaşılabilir. Böylece yakını kaybeden insanlara, tanımlanan yas dönemlerden geçerken yardımcı olabiliriz. Bu dönemlerden hangisinde olduğunu ve beklenenden farklı bulgular gösterdiğini fark ederek yardım teklif edebiliriz (77).

Çeşitli bilgi toplama teknikleri gömülü teoriyi geliştirmek için kullanılmaktadır Özellikle röportajlar ve gözlemler tercih edilmektedir. Bunun yanı sıra literatür taraması ve bununla ilişkili olan anlamlı döküman analizi de kalitatif çalışmaya önemli katkı sağlar. Gömülü teoride anahtar nokta, sürekli olarak karşılaştırmalı olarak simultane olarak bilgilerin toplanması ve analizinin yapılmasıdır. Bu süreçte bilgiler yazılır, kaydedilir ve içerik gözden geçirilir. Analiz sırasında oluşan fikirler, araştırmacının bir sonraki görüşmesinde kullanılabilir. Sonuç olarak, yarı yapılandırılmış röportaj şeklinde görüşmelerle bilgi toplamaya çalışan araştırmacı, bu yolla, basamak basamak röportaj içeriğini şekillendirip geliştirmektedir, böylece nerdeyse son röportaj içeriği, ilk yapılan röportajdan farklı görünecektir. Yeni bir teori, araştırmacının konuştuğu insanların sözlerinden ve gözlemlediği olaylardan yola çıkarak yeni fikirleri ve temaları fark etmesi ile elde edilir. Çeşitli fikirler ve kategoriler arasındaki ilişki hakkında hipotezler test edilir. Böylece yeni kavram ve anlayışların yapılması gerçekleşir. Fenomenolojide olduğu gibi, farkında olduğumuz ama tam olarak açıklayamadığımız kavramlar olduğunda, sağlık bakımı yönüyle, bu durum yeni bir teorinin geliştirilmesi ile açıklanabilir. Buna hastaların “manevi his” ihtiyacı örnek verilebilir. İlk bakışta bu durum dini inançlara bağlansa da pek çok insan bunun daha farklı olduğunu söylemektedir. Bu bireyin kişisel bir iyilik hali, mutlu hissetme hali yada zihninin bir parçası olabilir. Gömülü teori araştırması, sağlık profesyoneli çalışanlarına tamamen bütüncül bir yaklaşım sağlayabilir (77).

d.Vaka çalışması: Anket çalışmaları gibi vaka çalışmaları da hem kalitatif hem kantitatif çalışmalarda kullanılabilir. Vaka çalışması, tek bir olay ya da durumu tanımlayıcı özelliktedir. Vaka çalışmaları, vakanın derinlemesine incelenip geniş bilgi vermesini sağlamaktadır. Bunun yanı sıra spesifik bir durum ya da oluşu içerdiğinden ve genelleme yapmamasından dolayı kısıtlılık içermektedir (77).

2.8.5. Kalitatif Veri Toplama Metotları

Veri toplamaya yönelik kalitatif çalışmalarda çoğunlukla bireylerle birebir görüşülmektedir ya da grup halinde görüşmeler yapılmaktadır. Kalitatif yaklaşımı kullanmak, bilginin zenginleşmesi ve derinleşmesi açısından yarar sağlamaktadır. (77). Kantitatif çalışmanın aksine kalitatif çalışmalarda verilerin analizi istatistiksel olarak yapılamamaktadır. Kalitatif çalışmalarda sıklıkla yüz yüze görüşmeler, odak gruplar ya da gözlemler kullanılarak bilgiler toplanmaktadır. Bu verilerin analizi de çok zaman ve emek gerektirmektedir. Bu nedenle kantitatif çalışmaya göre genellikle çok daha küçük gruplar oluşturulmaktadır. Kalitatif bilgi toplamada kullanılan ana metodlar(80):

- Bireysel röportajlar
- Odak gruplar
- Gözlem

Röportaj: Röportajlar, yüksek yapılandırılmış, yarı yapılandırılmış ve yapılandırılmamış şekilde uygulanabilir. Yüksek yapılandırılmış röportajlarda, araştırmacı aynı soruları aynı yolla sorması gerekir ve bu yönüyle ankete çok benzer. Yarı yapılandırılmış röportajlarda ise araştırmacının kavramayı istediği konularda açık uçlu sorular yöneltilmektedir. Yarı yapılandırılmış röportaj, hem röportajı yapan araştırmacı için hem de röportaj yapılan birey için konuyu derinlemesine daha detaylı karşılıklı konuşarak açma olanağı sağlar. Eğer röportaj yapılan birey soruyu cevaplamakta, kavramakta güçlük çekerse, röportaj yapan birey hatırlatmak için ipuçları verebilir. Röportajı yapan birey, gelen orijinal cevaplar yönünde röportajı yönlendirip üzerinde durabilir, cevapla ilgili yeni bir soru oluşturabilir. Yapılandırılmamış röportajlarda amaç sınırlandırılmış konu başlıkları ile derinlemesine görüşme yapabilmektir. Yarı yapılandırılmış röportajdan farkı ise yarı yapılandırılmış röportajda araştırmacının elinde bir grup soru bulunmaktadır ve röportaj sırasında bunlardan yararlanmaktadır. Ayrıca röportajın yapıldığı bireye ipuçları sunulabilmektedir, röportaj yapan kişiye bir süre ayrılmaktadır ve röportaj yapılan bireye cevaplayabilmesi için de süre bırakılmaktadır (77, 80).

Odak gruplar: Çoğunlukla diğer metotlarla bilgi toplamanın daha zor olduğu özellikle de market sektöründeki araştırmalar için kullanılmaktadır (77, 80).

Gözlem: Kalitatif çalışmalarda, tüm yaklaşımlar bireylerle karşılıklı etkileşim halinde olmayı gerektirmez. Sınırlı bilgi edinebilen ya da zor ulaşılan bilgiler için uygulanabilir. Örneğin her zaman kişilere neyi nasıl yaptıklarını sorduğunuzda aldığınız cevap gerçekten nasıl yaptıkları olmayabilir. Bu durumları, kişilerin nasıl davranış sergilediklerini gözlemleyerek çok daha inandırıcı bilgiler elde edilebilir. Bu bilgileri elde ederken tanımlayıcı notlar alınabilir, video kaydı, fotoğraflar ve dökümanlar kaydedilebilir (77).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

- Yaklaşım ve Örneklem
- Bilgi toplama
- Veri analizi

3.1.Yaklaşım ve Örneklem:

Çalışmaya katılan obez hastaların kilo verme üzerine yaşadıkları deneyimleri, bu deneyimlerin neden ve nasıl dair bireysel düşünceleri, obezite hakkındaki fikirleri ele alındı. ANEAH Etik Kurulundan Ekim 2011’de çalışma için onay alındı.

Çalışmada tematik analiz ve gömülü teori komponentleri içeren kalitatif yöntemler kullanıldı. Çalışmaya gömülü teori hedeflenerek başlandı; çalışmanın sonunda yeni fikirler oluşturuldu ancak net bir teori elde edilemedi.

Çalışmaya dahil edilecek hastalar Eylül- Kasım 2011 tarihlerinde Ankara Numune Eğitim ve Araştırması Hastanesi Endokrinoloji polikliniğinden Diyet polikliniğine yönlendirilen hastalar arasından seçildi. Çalışmaya dahil etme kriterleri: “Obeziteyle ilişkilendirilecek kronik hastalığı olmayan (diyabetes mellitus, tiroid bozuklukları vb), obezite gelişimi ilaç kullanımı ile ilişkilendirilmemiş olan, obezite cerrahisi geçirmeyen, daha önce olumlu yada olumsuz sonuçlanan kilo verme deneyimi olan, 18 yaşın üzerindeki, BKİ ≥ 30 ’un üzerinde olan hastalar” olarak belirlendi. Bu özelliklere sahip Eylül –Kasım 2011 arasında başvuran 38 hastaya, çalışmaya katılmaları için röportaj teklif edildi. Ancak hastalardan 5’i kabul etmedi. Diğer 3 hasta ise çalışmaya katılmayı kabul ettikleri halde kendilerine daha sonra ulaşamadı. Nihayetinde çalışmaya 30 hasta dahil edildi.

Çalışmaya katılmayı kabul eden hastalardan, yapılacak olan röportajlarda ses kayıtlarının alınması için onam talep edildi. Elde edilen bilgilerin sadece çalışma için kullanılacağı, izinsiz başka bir amaçla başka bir kurum ya da kuruluştaki kullanılmayacağı, kişisel bilgilerin gizli tutulacağı, sözlü ve yazılı olarak anlatıldı. Hastalardan röportajda ses kaydı ve çalışmaya katılım için sözlü ve yazılı onam alındı.

3.2.Verilerin toplanması:

Çalışma için yarı yapılandırılmış yüzyüze röportajlar planlandı. Röportajlar, Eylül- Kasım 2011 tarihleri arasında yapıldı. Her bir röportaj yaklaşık olarak 15-20 dakika sürdü. Hastalara süre kısıtlaması getirilmedi, sorulara yanıt vermeleri için istedikleri kadar zaman verildi.

Röportaj soruları açık uçlu sorulardı. Sorular özellikle çalışmanın amacına uygun olarak; obezitenin gelişim süreciyle ilgili basamakları kavramaya yönelik oluşturulmaya çalışıldı. Süreçte yaşananların “neden ve nasıl geliştiği” ve de “nasıl çözümler bulunabileceği” konusunda “yeni fikirlerin oluşması için zemin hazırlamak” amacıyla olan sorular yöneltilmeye çalışıldı.

Genel olarak amaçları ve içerikleri 5 ana konu başlığı altında toplanabilecek sorular yönlendirildi :

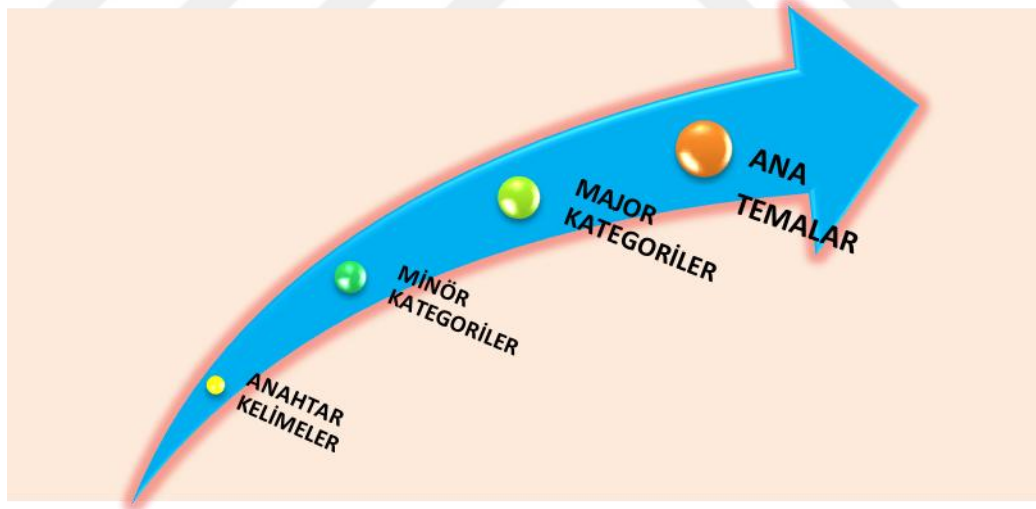
1. Hastaların neden ve nasıl obezite problemi ile karşı karşıya geldikleri
2. Obezite ile mücadele verirken karşılaştıkları güçlükler
3. Obeziteyi yenmek için uyguladıkları/ geliştirdikleri stratejiler: olumlu yada olumsuz tüm deneyimler, bunları bireyin algılama ve yorumlama şekli
4. Obezite mücadelesinde ihtiyaç duydukları destek (maddi-manevi) kaynakları ve bunların yeterlilikleri (desteğin nasıl ve ne kadar artırılması konusunda bireysel fikirler)
5. Obezitenin kalıcı olarak çözülmesi ile yaşamlarında elde edebilecekleri pozitif değişiklik beklentileri, obeziteyi çözümlmek için oluşturulacak “hangi özellikteki ve amaçtaki hedeflerin”, bireyleri “nasıl” ve “ne derece” motive edeceği konusunda bireysel fikirler

3.3.Verilerin Analizi

Röportajların ses kayıtları dinlenerek her biri yazılı metin haline getirildi. Metin haline dönüştürülürken hastaların ses tonu, üzüntü, kaygı, sevinç gibi kelimeye dökülmeyen duyguları ve röportajı yapan araştırmacının not aldığı beden dili hareketleri, mimikler, jestler de kaydedildi. Analiz yaparken sözlü ifadelerin yanı sıra tüm bu sözsüz ifadelerden de yararlanıldı. Çalışmaya katılan hastaların röportajlarından elde edilen yazılı metinler, araştırmacı tarafından ayrı ayrı okundu. Araştırmacı röportaj metinlerinden hastaların en çok vurguladığı konuları ve

kullandıkları çarpıcı ifadeleri not aldı. Eşlik eden beden dili, jest, mimik varsa araştırmacıya yansıttığı anlam, araştırmacıda uyandırdığı his açısından değerlendirildi. Her bir hastanın en çok üzerinde durduğu konular yazılı metin üzerinde işaretlendi. Hastaların üzerinde en çok vurguladığı ve en sık belirttiği ifadelerden oluşan “**anahtar kelimeler listesi**” (opencodings list) oluşturuldu. Metinlerden olabildiğince çok sayıda ve farklı düşünceleri vurgulayan anahtar kelimeler farklı renklerle işaretlendi. Anahtar kelime listesinde yer alan kelimelerden birbiri ile bağlantılı olanlar “**minör kategoriler**” olarak adlandırılan küçük alt başlıklar altında toplandı.

Oluşturulan minör kategoriler her hasta için listelenmeye başlandı. Her hastanın vurguladığı konularla ilgili olabildiğince çok sayıda minör kategori oluşturuldu. Her hastadan farklı minör kategoriler de elde edildi, tüm bu minör kategoriler her hastada listeye eklendi ve liste güncellendi. Minör kategoriler ise tekrar kendi içlerinde ve kendi aralarında değerlendirildi. minör kategoriler ise daha kapsamlı ortak başlıklar olan “**major kategoriler**” adı altında toplandı.



ŞEKİL 1. Ana Temaların Oluşturulması.

Tüm majör kategoriler tekrar değerlendirildi. Majör kategorilerin değerlendirilmesi ile tüm bu anahtar kelimelerin açabileceği kapılar oluşturulmaya çalışıldı. Bu kapılar ; “**ana temalar**” adı altında major kategorilerin ortak yönleri ile gruplandırılması şeklinde oluşturuldu (Şekil 1). Ana temalar cümle ya da soru

cümlesi olarak yazıldı. Ana temalar, major kategorileri de kapsayan, konuşurken değinilmek istenen konulara esas vurguyu yapan, en geniş halka olarak zincirde yeraldı. Çalışmanın sonuçlarının değerlendirilmesinin temel unsurunu ana temalar oluşturdu.



4. BULGULAR

Çalışmaya toplam 30 hasta dahil edildi. Hastaların 4'ü erkek, 26'sı kadındı. Kadın hastaların, kilo problemini konuşmaya daha istekli oldukları gözlemlendi. Çalışmaya katılan hastaların yaşları, 18 – 57 arasında değişiyordu. Yaş grubu olarak 30'lu yaşlardaki hastalar çoğunlukta idi. (4 hasta 20'li yaşlarda, 15 hasta 30'lu yaşlarda, 6 hasta 40'lı yaşlarda, 4 hasta ise 50'li yaşlardaydı). Çalışmanın başlangıcında yaş grubu 20'li ve 30'lu yaşlarda olan hastaların çoğunun kilo vermek istemesindeki önceliğini fiziksel görünüm ve kıyafet seçiminde yaşanan sıkıntılar oluşturduğu, 40'lı ve 50'li yaşlardaki hastaların çoğunun kilo vermek istemesinde öncelikli neden sağlık sıkıntıları ve sağlık sıkıntısı yaşayacağı korkuları olduğu düşünüldü ancak çalışmanın sonucunda, her yaş grubundaki hastanın hem fiziksel görünüm hem sağlık açısından endişelendiği gözlemlendi. 20'li yaşlarda olup, sağlık açısından endişelenen ve ailesinde olduğu için kendisinde de gelişebileceğinden korkan hastalar olduğu gibi, 50'li yaşlarda kilo probleminin kendisini öncelikle estetik olarak rahatsız ettiğini ifade eden hastalar da gözlemlendi.

52 yaşında evli bayan hasta, zaman zaman evden çıkmak istemediğini, bunun nedeni olarak da 'kendisini dışlanmış gibi hissettiğini' vurguladı. Konu hakkında konuşulurken hastanın rahat kıyafet seçemediği, bazen bulamadığı, fazla kilolarını kapatmaya çalıştığını fakat olmadığını, bu nedenle sinirlendiğini, evden çıkmak istemesinde etkili olduğunu dile getirdi.

“ ...kendimi sanki dışlanmış gibi hissediyorum ...” (Hasta no: 9)

28 yaşında özel sektörde çalışan bekar bayan bir hasta kendisi için hem sağlık hem fiziksel görünümün önemli olduğunu dile getirdi ancak sağlığın bir adım daha kendisi için kilo vermesinde önemli olduğunu belirtti, şu an yaşı genç olduğu için gelecekte daha çok sağlık sıkıntısı yaşamaktan endişe ettiğini dile getirerek şimdiden önlem almak istediğini dile getirdi:

“sanki sağlık sıkıntıları bir adım daha önde, çünkü bel ağrım, dizim de külemeye başladı, daha yaşımda çok genç... daha fiziksel şeyin de etkisi var, daha yaşımda genç, evleneceğiz, çocuk sahibi olacağız, çocukta sonra alınan kiloların bir kısmı kalıyor, bunu da düşünerek geleceğe yatırım amaçlı... (Hasta no :13)

Hastaların “ Yaş, cinsiyet, BKİ, son 5 yıldaki yaklaşık kilo değişimleri, ailede obezite öyküsü” bilgileri ayrıntılı olarak Tablo-2’de verilmiştir.

Tablo 2: Hastaların genel özellikleri-1

Hasta no	Yaş	Cinsiyet	BKİ	Son 5 Yıldaki kilo değişimi*	Ailede obezite öyküsü
1	47	K	33	3	+
2	57	K	30	+	+
3	36	K	37	12	+
4	31	K	30	10	-
5	55	K	30	8	+
6	44	E	33	+	+
7	27	K	30	12	+
8	35	K	32	20	+
9	52	K	46	10	-
10	45	K	35	10	-
11	37	K	36	7	+
12	40	K	32	6	+
13	28	K	30	16	+
14	51	K	38	11	+
15	32	K	33	8	+
16	31	K	36	6	+
17	38	K	35.3	9	+
18	26	K	48.9	34	+
19	39	K	40.6	12	-
20	22	K	31.6	19	-
21	25	K	38.3	-2	+
22	18	K	38.7	8	+
23	31	K	43.4	33	+
24	37	K	47.3	16	+
25	30	K	30	12	+
26	29	E	32	15	+
27	36	E	33	11	+
28	35	E	32	15	+
29	34	K	31	13	+
30	33	K	34	5	+

Hastaların BKİ'lerine bakıldığında en az 30 kg/ m² , en çok 48.9 kg/ m² olduğu görüldü. BKİ: 30- 34.9 arası olan (sınıf 1 obez) : 17 kişiydi, BKİ: 35- 39.9 arası olan (sınıf 2 obez): 8 kişiydi, BKİ: 40 ve üzeri olan (sınıf 3 aşırı obez) : 5 kişiydi.

Hastaların son 5 yıl içindeki kilo değişimlerine bakıldığında, 3 hastanın 5 yıl içerisinde toplam 20 kilo ve üzerinde kilo değişimi yaşadığı ve sadece 1 hastanın son 5 yıl içinde kilo verme yönünde (-2) kilo değişim yaşadığı fark edildi.

Ailelerinde obezite öyküsü olup olmadığı sorulduğunda, 5 hasta ailesinde obez birey bulunmadığını, diğerleri ise birden fazla obez bireyin bulunduğunu ifade etti. Ailesinde obez bireylerin olduğu hastaların bir kısmı, geleneksel yeme alışkanlıklarının kalorili olması nedeni ile ailece kilo aldıklarını, az bir kısmı genetik olduğunu düşünmekteydi.

Hastaların 9'u bekar, 1'i eşinden ayrılmış, diğerleri evliydi. Eğitim durumları sorulduğunda 12 ilköğretim mezunu, 5 lise mezunu, 13 yüksek okul mezunu olduğu öğrenildi. Medeni halleri ya da gelir durumlarına göre hastaların kilo verme deneyimleri arasında sonuçları açısından benzerlik gözlemlendi. Eğitim durumları daha iyi olanların diğer hastalara göre diyetlerine daha çok uyum göstermediği gözlemlendi, eğitim durumlarından ziyade hastaların motivasyonları ve çevrelerindeki desteğin etkili olduğu gözlemlendi.

Hastaların gelir durumu soruldu. Hastalardan 3'ünün gelir durumu asgari ücretin altındaydı. Hastaların 15'i ev hanımıydı, 3 hastanın mesleki eğitimi olduğu halde çalışmıyordu, diğerleri ise 2'si özel sektör olmak üzere düzenli bir işte çalışıyordu. Hastalardan ikisi ekonomik olarak diyet listesindeki yiyecekleri temin edemediği için diyetle uyumsuz olduğunu ifade etti. Ancak gelir durumu iyi olan hastalardan da temin edebildikleri halde diyetin içeriğini hazırlamakta isteksizlik, yaşam tarzına uygun görmediği için devam ettirememesi, liste dışındaki gıdaların çevresi tarafından yemesi konusundaki ısrarlara dayanamama gibi nedenlerle; diyetle uyumsuz oldukları gözlemlendi. Gelir durumunun yeterli ve dengeli beslenmeye engel olabileceği gerçeği yadsınamaz, hastalarımızda ayrıca motivasyonlarının azalmasına da neden olduğu gözlemlendi. Gelir durumunun iyi olmasının ise yeterli ve dengeli beslenmenin, diyetle uyumun artacağına göstergesi olmadığı gözlemlendi.

Yaşadıkları bölgeler sorulduğunda, 2 kişinin köyde yaşadığı, 4 kişinin ilçe/beldede yaşadığı, diğerlerinin şehir merkezinde yaşadığı öğrenildi.

Hastaların “eğitim durumu, meslek, medeni hal, gelir durumu, yaşadığı bölge” bilgileri ayrıntılı olarak Tablo-3’de verilmiştir.

Tablo 3: Hastaların genel özellikleri-2

Hasta no	Eğitim durumu	Meslek	Medeni hal	Gelir durumu			Yaşadığı bölge
				asgari ücret altı	Asg.ücret-1500 arası	1500-3000 arası	3000 üstü
1	İlköğretim	ev hanımı	evli		+		şehir mrk
2	İlköğretim	ev hanımı	evli		+		şehir mrk
3	İlköğretim	ev hanımı	evli		+		şehir mrk
4	Lise	ev hanımı	evli		+		şehir mrk
5	ortaokul	ev hanımı	evli		+		şehir mrk
6	yüksekokul	memur	evli				+ şehir mrk
7	yüksekokul	muhasibeci	bekar		+		şehir mrk
8	ilkokul	ev hanımı	evli		+		şehir mrk
9	ilkokul	ev hanımı	evli		+		şehir mrk
10	ortaokul	ev hanımı	evli	+			köy
11	Lise	ev hanımı	evli				+ şehir mrk
12	yüksekokul	memur	bekar			+	şehir mrk
13	yüksekokul	özel sektör	bekar			+	şehir mrk
14	yüksekokul	hemşire	bekar			+	şehir mrk
15	Lise	ev hanımı	evli		+		şehir mrk
16	ilkokul	ev hanımı	evli			+	şehir mrk
17	ilkokul	ev hanımı	evli			+	şehir mrk
18	Lise	ev hanımı	evli			+	şehir mrk
19	ilkokul	ev hanımı	evli	+			şehir mrk
20	Lise	çalışmıyor	bekar			+	köy
21	yüksekokul	çalışmıyor	bekar			+	ilçe/belde
22	ortaokul	çalışmıyor	bekar		+		ilçe/belde
23	yüksekokul	memur	bekar			+	şehir mrk
24	ilkokul	ev hanımı	boşanmış	+			ilçe/belde
25	yüksekokul	memur	evli			+	şehir mrk
26	yüksekokul	doktor	evli			+	şehir mrk
27	yüksekokul	özel sektör	evli			+	ilçe/belde
28	yüksekokul	memur	evli			+	şehir mrk
29	yüksekokul	memur	bekar			+	şehir mrk
30	yüksekokul	memur	evli				şehir mrk

Sonuçlar yazılırken, belirtilen konu başlıkları altında yer alan hasta oranlarını ifade edebilmek için:

“az bir kısmı”: 0-5 hasta

“bir kısmı” : 5-15

“çoğu”: 15-25 hasta

“büyük çoğunluğu” :25-30 hasta olarak belirlenerek kullanıldı.

Temaları elde ederken öncelikle konuya farklı açılardan yaklaşmamızı sağlayacak anahtar kelimeler (opencodings), ardından minör kategoriler belirlenip metinlerde işaretlendi, daha sonra minör kategorilerden benzer konulara değinilenler ortak konu başlıkları altında toplanarak major kategoriler elde edildi. Son olarak da major kategoriler tekrar gözden geçirilerek çalışmadan elde edilen sonuçları toparlayacak ana temalar başlığı altında toplandı. Elde edilen ana temalar şöyledir:

Ana Tema(1): Obez bireylerin obeziteye bakış açıları

Ana Tema(2): Obez bireylerin farkındalık düzeyleri

Ana Tema(3): Obezite - özgüven ilişkisi

- Özgüven nasıl etkileniyor?

- Özgüven problemi yıkılınca özgüven tekrar inşa edilebilir mi?

Ana Tema(4): Obez bireylerin tedaviye olan inançları

Ana Tema(5): Obezitenin yaşam kalitesine etkileri

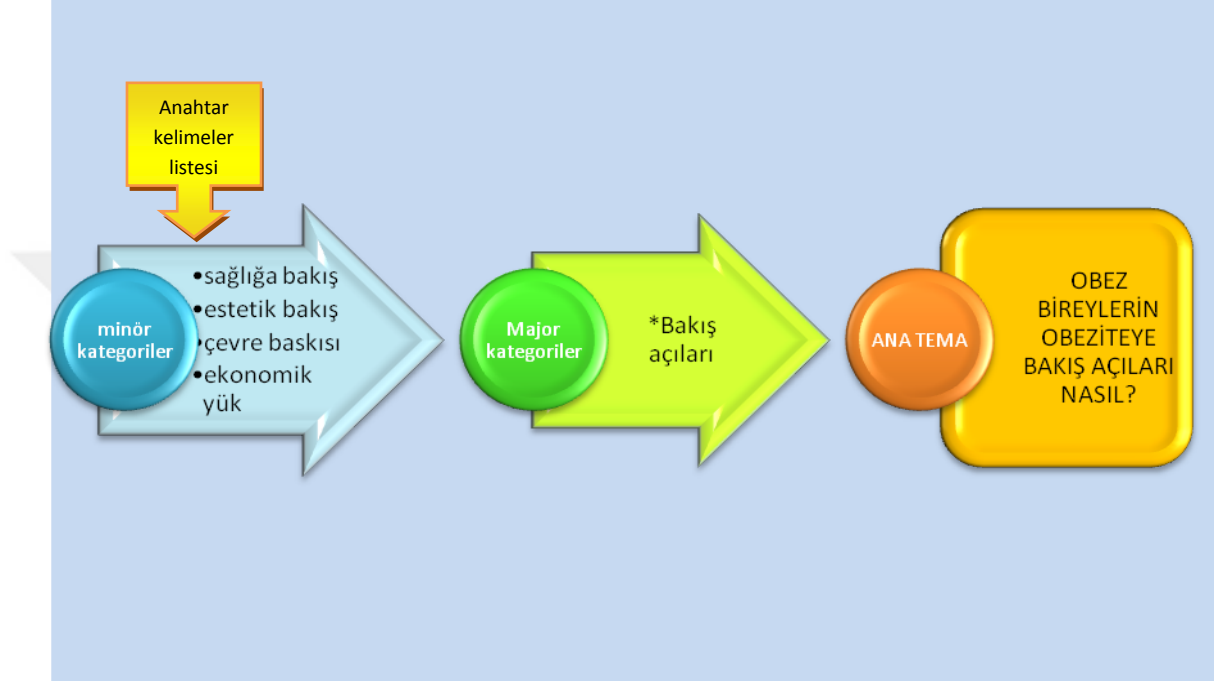
- Hastaların mevcut yaşam koşullarını etkiliyor mu?

- Hastaların obezitenin çözümü ile çözülmesini umduğu yaşam koşulları var mı?

4.1.Obez Bireylerin Obeziteye Bakış Açıları

Hastalarla obezite hakkında konuşurken en çok geçen ifadelerin hangi başlıklar altında toplanabileceği düşünüldü. Örneğin “fazla kilo, sağlık, hareketlerimin kısıtlanması, nefesim daralıyor, çabuk yoruluyorum” gibi sık geçen ifadeler, anahtar kelimeler (opencodings) olarak belirlendi ve obezitenin sağlıkla ilgili alt başlığı oluşturularak minör kategoriler başlığı altında toplandı. Buna benzer şekilde hastaların konuşmalarından yine sık kullandıkları ifadelerin ortak ulaştıkları anlamı temsil edecek olan “obezite- estetik, obezite- çevre baskısı, obezite- ekonomik yük” alt başlıkları oluşturuldu.

Daha sonra bu küçük alt başlıklar daha kapsamlı bir başlık altında toparlandı: “hastaların bakış açıları” olarak birleştirildi. Son olarak belirlenen tüm konu başlıklarının esas olarak vurguladığını düşündüğümüz tema belirlendi: “Obez bireylerin obeziteye bakış açıları” (Şekil-2)



ŞEKİL 2: Tema- 1' in Oluşturulma Basamakları.

Sağlık Açısından Obeziteye Bakış :

Hastaların büyük çoğunluğu, fazla kilolarının sağlıklarını olumsuz etkileyeceğini düşünmektedirler. Bu düşüncelerini “endişeleniyorum” ya da “korkuyorum” gibi ifadelerle belirtmektedirler. Aynı zamanda hastalardan mevcut olan sağlık problemleri olanların nerdeyse tamamı, bu sıkıntılarının obezite ile ilişkili olduğunu düşünmektedir. Bu nedenle sağlık problemlerini çözebilmek ve daha sağlıklı olabilmek için fazla kilolarını vermek istediklerini söylemektedirler.

47 yaşında ev hanımı olan hastamız, kilo sıkıntısını oldukça içtenlikle anlattı. Kilolarını son 20 yılda yavaş yavaş aldığını, önceleri kendisinde herhangi bir sıkıntı oluşturmadığını, kilolarını vermek için çok da bir çaba içinde olmadığını anlattı. Son 3-4 yıl içinde ortaya çıkan sağlık problemleri nedeniyle kilo verme çabasına girmişti.

“Sağlık için kilo vermek istiyorum”.... “ sağlığıma etkilemeye başladığı için kilolarımı vermek istiyorum...3-4 yıldır horlama başladı ...” (Hasta no:1)

Ancak şu anda kilo vermekte zorlandığını, bunun yaşından kaynaklandığını düşünüyordu. Eskiden olsa, birazcık vermek istese çok daha çabuk verdiğini dile getirdi, bunu dile getirirken ‘yaşlanıyorum‘ dediğinde üzüntülü bir yüz ifadesiyle sözüne devam etti. Aslında önerileri dinlemeye ve uygulamaya oldukça hevesliydi ancak neleri nasıl yapması gerektiği konusunda yardıma ve motivasyona ihtiyacı vardı (Hasta no:1).

57 yaşındaki ev hanımı olan başka bir hastamız da, evdeki günlük işlerini yaparken artık çok zorlandığı için, günlük hareketlerini yaparken kendini yavaşlattığı için kilolarının fazlalığına üzüldüğünü dile getirdi.

“Oturup kalkamamam eski yaptığım işleri yapamamam hep kilodan...iş yapmak zor oluyor, ağırlaşıyorum...kafama takılıyor, kilolarıma üzüliyorum...”(Hasta no:2)

Bu hastamız, kilo vermek için kısa bir süre diyet ve egzersiz yapmış ve başarılı olmuştu ancak tatlı alışkanlığı nedeni ile diyetini bozmuş, devam edememişti. Bu konuda eşinin ve çocuklarının kendisini anlamasını ve desteklemesini istiyordu. (Hasta no:2)

Yaşları genç olmasına rağmen (37 y. - 36y.) iki hasta fazla kiloları nedeni ile günlük hareketlerini yaparken dahi çok zorlandıklarını, nefes darlığı, çarpıntı gibi şikayetleri nedeniyle yaşamlarının kısıtlandığını dile getirdiler.

“...çarpıntı yapıyor, yol yürürken tıkanıyorum, nefes darlığı çekiyorum, hareketlerim kısıtlı en başta, beni yavaşlatıyor...” (Hasta no: 11)

“ Yolda yürümekte zorlanıyorum, nefes alamıyorum, yokuş çıktığım zaman göğsümde ağrı oluyor, azcık bir yere gitsem duraklamak zorunda kalıyorum ...” (Hasta no: 3)

52 yaşında bayan hasta mahcup ve üzgün bir yüz ifadesi ve çekingen bir ses tonu ile kilosunu nedeni ile sadece kendisinin değil yakınlarının da sıkıntı yaşadığını ifade etti. Bu nedenle yaşam kalitesi etkilenen hasta, bir an önce kilolarını vermek istediğini dile getirdi. Kilo problemi, hastayı hem fiziksel açıdan hem de psikolojik açıdan oldukça etkilemiş görünmekteydi.

“... fazla kilolarım etkiliyor, yol yürümek istemiyorum, nefesim daralıyor, merdiven çıkmak istemiyorum, yanımda birileri olunca onlara azap gibi oluyorum.

Hemen arabaya binelim diyorum, hem kendim birşey anlamıyorum hem yanımdaki birşey anlamıyor”(Hasta no: 9)

Kilo probleminin hastaların psikolojilerini etkilediği zaman zaman ses tonları ve yüz ifadeleri ile (52 yaşındaki bayan hastamız -hasta no:9 gibi) gözlendi zaman zaman da hastalar bunu sözel olarak dile getirdiler. 31 yaşındaki evli bayan hasta, fazla kilolarının onu çok üzdüğünü, özellikle de çevresinden kilosuna ile ilgili olumsuz eleştiriler aldıkça üzüldüğünü ve psikolojisinin olumsuz etkilendiğini dile getirdi.

“...fazla kilolarım şu anda psikolojimi de bozuyor... her gören ‘ayy niye bu kadar şişmanladın? çok kötü olmuşsun’ diyorlar, eskiden zayıftım ben, bir de ben kendim aynaya bakınca rahatsız oluyorum...” (Hasta no: 3)

Bir diğer hasta ise son zamanlarda yaşadığı ölüm korkusu hissinin, fazla kiloları nedeniyle psikolojik olarak geliştiği bağlantısını kurmuştu, bunu şu şekilde ifade etti:

“...bazen şu sıralar ölüm korkusunu çok fazla yaşamaya başladım, kilodan mı bilmiyorum ama oturduğum yerden kalbimin şey olduğunu hissediyorum, en güvenli yer evim geliyor, ölüm korkusunu çok hissediyorum, bunun da kilo ile ilgili psikolojik olduğunu düşünüyorum...” (Hasta no: 21)

28 yaşında özel sektörde çalışan bekar bayan bir hasta, sevecenek ve neşeli bir ifade ile kilolarını vermek isteğini anlattı. Aynı zamanda kendisi için hem sağlık hem fiziksel görünümün önemli olduğunu dile getirdi. Ayrıca hasta kilo vermesi için gereken değişimlerin yaşam tarzı haline gelmesi gerektiğini belirtti.

“...sanki sağlık sıkıntıları bir adım daha önde, çünkü bel ağrım, dizim de külemeye başladı, daha yaşım da çok genç...daha fiziksel şeyin de etkisi var ,daha yaşımız genç, evleneceğiz, çocuk sahibi olacağız, çocuktan sonra alınan kiloların bir kısmı kalıyor, bunu da düşünerek geleceğe yatırım amaçlı...diyetten demem istemiyorum zaten, ‘sağlıklı yaşam!’ diyorum” (😊) (Hasta no:13)

Kendisi de bir hekim olan hasta, fazla kilolarının işlerini yaparken onu kısıtlaması nedeni ile sağlığını etkilediğini fark ettiğini ve önlem almak istediğini belirtti:

“...kilo fazlalığımı 2008 ‘de asistanlığı kazanıp koşuşturmalar başladığında artık kilolarımın beni yorduğunu ve işlerimi çok zorlanarak yaptığımda ve sonrasında da dinlense bile hala yorgun ve uykusuz kaldığım zaman bir sağlık problemi olarak gördüm...” (Hasta no: 26)

Estetik Açıdan Obeziteye Bakış:

Hastaların çoğu, sağlıklı olabilmenin yanı sıra estetik olarak daha iyi görünebilmek için kilo problemlerini çözmek istediklerini ifade ettiler. Hastaların bir kısmı ise, kilo verme isteme nedenlerini sıraladıklarında, estetik olarak iyi görünebilmenin daha ön planda olduğunu belirtti. Estetik açıdan yaklaşanların çoğunluğu, kıyafet seçimi ve kendilerine uygunluğu konusunda sıkıntı yaşadıklarını anlattılar. Hem sözlerinin hem beden dillerinin yansıttığı ifadelerle bu durumdan oldukça üzüntü duydukları gözlemlendi.

36 yaşında evli, ev hanımı olan bir hasta, kilolarını aynada fark ettikçe üzüldüğünü dile getirdi. Aynı zamanda istediği gibi kıyafet bulmak konusunda sıkıntı yaşadığını ve genç olduğu için bu durumdan psikolojik olarak daha çok etkilendiğini ifade etti.

“ ... bi de ben kendim aynaya bakınca rahatsız oluyorum, midem fırladığı zaman, giydiğimi yakıştıramıyorum, istediğim bir bluzu model olarak bulamıyorum...”(Hasta no: 3)

Bu hastamız kilolarının çoğunu son 5 yıl içinde aldığını ve hem ailesindeki bireylerin hem yakın çevresindeki insanların, kilo alması konusunda, fiziksel görünümü hakkında olumsuz geribildirimlerde sıkça bulunduklarını ve üzüldüğünü, kırıldığını dile getirdi. Bu durumun hastanın üzüntüsünü daha da arttırdığı gözlemlendi. (Hasta no:3)

Benzer şekilde diğer 2 bayan hasta da, fazla kilolarının istediği gibi giyinmelerini engellediğini, bu nedenle üzüntü duyduklarını dile getirdiler.

51 yaşında çalışan bayan hasta, aslında kilosunu ile barışık olduğunu anlatırken espriler yapıyordu ancak birgün aynaya baktığında hissettiklerini dile getirirken ses tonu hüzünlendi ve üzgün bir yüz ifadesi ile konuşmasına devam etti.

“ ...aynaya bakınca kendimi çok çirkin gördüm...ondan beri aklıma geldikçe üzüliyorum, eskisi gibi zayıf olsaydım da şunu giyerdim dediğim oluyor.” (☹ , ses tonu düştü ve gözleri dalarak üzüntüyle konuştu) (Hasta no: 14)

Evli, ev hanımı olan 26 yaşındaki hastamızın BKİ: 48.9 idi. Fazla kiloları vermenin sağlık için önemli olduğunu düşündüğünü anlatırken, sağlıkla ilgili bir sıkıntısı olmadığını ifade etti, kısa bir süre durakladıktan sonra aslında esas nedenin fiziksel görüntü olduğunu ses tonunu daha vurgulu yaparak ifade etti ve konuşmasına

bu yönde yaşadığı bir durumu anlatarak devam etti. Yaşadığı bu durumu açıklarken hastanın oldukça üzgün ve utanmış olduğu gözlemlendi.

“...sağlık sıkıntılarına yol açar, en basiti oturduğumuz yerden kalkamıyoruz. (bir anlık duraksama)... hem görüntü olarak, daha çok görüntü olarak! (!) ses tonunu daha yüksek ve vurgulu değiştirerek söyledi) Şu anda yaştan dolayı bir sıkıntım yok ama hem fiziksel görüntü olarak da giderken bir sana bir eşine bakarak “uuuuuuuuuu” diyenler oluyor. (☹üzüntüyle) (Hasta no: 18)

Bu hastamız daha önceleri çalışan bir bayan olduğunu ve tekrar işe başlamak istediğini dile getirdi. Ancak çok iyi bir iş bulsa bile, fazla kiloları nedeniyle fiziksel görünüm açısından eleneceğini düşünmekteydi. Bu düşüncesinin, onun iş bulma yönünde çaba göstermesini engellediği ve hastanın olumsuz yanıt alacağından endişelendiği gözlemlendi. Her açıdan yeni bir hayat standardına ulaşabilmek için yeni bir işe girmeyi bunun için de öncelikle önünde engel olarak gördüğü fiziksel görünümünü değiştirmeyi istediğini vurguladı. (Hasta no: 18)

Hastaların çok büyük bir kısmı, fazla kiloları sağlık problemi olarak görürken ve kendilerinde de sağlık sıkıntıları gelişebilir endişesi taşırken, ilginç ve farklı olarak bir hasta sağlık konusunda endişe taşımadığını belirtti. Sağlık kontrollerine sık sık gittiği ve şimdiye kadar bir sağlık sıkıntısı yaşamadığı için bu şekilde düşündüğünü anlattı. 40 yaşındaki yükseköğrenim alan, çalışmakta olan bayan hastamız düşüncesini şu şekilde dile getirdi:

“sağlık kontrolleri yaptırdığım için, sağlık problemi gelişir diye değil de daha çok estetik görünüm için kilo vermeyi düşündüm.” (Hasta no: 12)

“...insan zayıflara bakıyor, hevesleniyor, hem sağlıklı olayım hem de daha iyi olurum, daha iyi görünürüm diyor...” (Hasta no: 8)

Bir hasta, kilo vermesinde sağlığın öncelikli neden olduğunu söylemekle beraber, eski fiziksel görünümüne kavuşabilme isteğinin de güçlü olduğunu ifade etti:

“asıl neden sağlık problemi ama bir diğer neden de olmayan pantolonlarımı giyebilmek için kilo vermek istiyorum” (Hasta no:6)

18 yaşında bekar bayan hastanın, kendini arkadaşlarına göre kıyaslarken üzüntülü ve utanmış bir ifadesinin olduğu gözlemlendi. Hasta, söylenen sözlere karşı şimdiye kadar yanıt vermediğini anlattı. Ancak hastanın konuşmasındaki ses tonu,

yüz ifadeleri, konuşmasından; söylenenlere içten içe çok üzülüp, kırıldığı hatta kızdığı gözlemlendi.

“daha iyi görünmek için... bir de benim arkadaşlarım hep ‘şişmansın’ diyorlar, onlar hep çıtıptı, çok zayıflar ben de onlara karşı... çok şeyim... (☹, ses tonu çok üzüntülüydü, konuşmasında duraksadı,) ...bi keresinde kadının biri bana ‘sen 30 yaşındasın falan’ dedi. (☹, bu olayı anlatırken hafif öfkeli, gücenmiş bir hali vardı) ...fazla konuşmam ki öyle dediklerinde... “ (Hasta no: 22)

Çalışan 30 yaşındaki bir bayan hasta ise, kilo verme isteğindeki önceliğin iyi bir estetik görünümüne ulaşmak olduğunu belirtti. Hasta, hem çalışma hayatında iyi bir fiziksel görünüm gerektiğini hem de kıyafet seçiminde sıkıntı yaşadığını ifade etti. Ayrıca çevresinin kilo vermesi yönündeki telkinlerinden etkilendiğini üzüntülü bir yüz ifadesi ile anlattı.

“ öncelikle estetik için kilo vermek istiyorum. Çalışan bir bayan olduğum için estetik olarak daha iyi görünmek zorundayım. Psikolojik olarak giysilerimin içine giremeyince kendimi çok kötü hissediyorum.(☹) Aslında zaman zaman doğum sonrası kilolarımı veremediğim için yakınlarım da vermem gerektiğini söylüyor (☹) (Hasta no:25)

37 yaşındaki bayan hasta hem sağlığın hem estetiğin kilo vermek istemesinde etkili olduğunu ifade etti. Hasta fiziksel görünümün kendisi için önemli olduğunu vurguladı.

“...sağlık da estetik de... (kilo vermek isteğinin nedenlerini anlatırken)...görünüş olarak; açıkça söyleyeyim o da çok önemli...” (Hasta no:24)

Doktor olan 29 yaşındaki erkek hastamız, kilo vermek istemesinde sağlık açısından sıkıntılar yaşamaya başlamasının öncelikli etkili olduğunu ancak estetik olarak kendini rahat hissetmeyişinin de oldukça etkili olduğunu ifade etti.

“daha çok sağlık problemi ama beni estetik olarak da rahatsız ediyor. Özellikle eşim sağlığımın kötüye gittiğini söylüyor, ben de daha çok kıyafet seçimde sıkıntı çekiyorum. Bazen de ablalarım baskı yapıyor; yaşlı görünüyorsun diyorlar, ailede senden başka bu kadar kilolu yok diyerek sitemde bulunuyorlar. Aslında sorduklarınızın hepsinden biraz biraz var ancak asıl benim isteme nedenin sağlığım...” (☹) (Hasta no:26)

Çevrenin Etkisi İle Obeziteye Bakış Açısının ve Duyguların Etkilenmesi:

Çalışmada yer alan hastaların çoğu, yakın çevrelerinde yer alan bireylerin, fazla kiloları hakkında sık sık olumsuz yorumlar getirdiğini ifade etti. Bu hastaların çoğunluğunun, bu yorumlardan ve eleştirilerden hoşnut olmadıkları gözlemlendi. Az sayıda hasta ise, yakın çevresindeki insanların söylediği sözlerden fazla etkilenmediğini, kendilerinin iyiliği için söylendiğini düşündükleri için çok üzülmediklerini belirtti.

Hastaların en yakınları tarafından eleştirildiklerinde daha çok üzüldükleri gözlemlendi : “çocuklar bile...”, “babam bile...” gibi ifadeler kullandıkları ve bu sırada üzüntülü bir ses tonu ve yüz ifadesi ile konuştukları gözlemlendi.

Evli, 36 yaşındaki bayan hastamız:

“...her gören ‘ayy niye bu kadar şişmanladın? Çok kötü olmuşsun diyorlar ...’ “çocuklar **bile** diyorlar : ‘anne, çok kilo aldın’ diyorlar. (☹) (Hasta no :3)

Evli, 31 yaşındaki bir diğer bayan hastamız:

“... evet, evet özellikle babam **bile** ((!)ses tonu vurgulu; kırgınlıkla, kabul edememe şeklinde) diyor. ... “hem de en çok eşim diyor” (☹,üzgün, kırgın ifade) (Hasta no: 4)

Hastaların çoğu, kilo verme isteklerinin nedenleri sorulduğunda ya sağlığı yada estetik görünümü ilk sırada belirtti. Ancak bir hasta farklı olarak kilo vermesindeki öncelikli nedenin çevre baskısı olduğunu ifade etti. Bu durumdan aslında hoşnutsuz ve kızgın olduğunu ses tonuyla da vurguladı.

“...birincisi çevre baskısı ikincisi de fizik görünüm...” , “ ...annem tarafından baskı altındayım... ‘yakışmıyor’ diyor, ben de onla inatlaştığım için...etraftan seni bağenmiyolar, beğenmeyecekler diyordu,,ama ben hayır diyordum; ‘ kendi sağlığın için zayıfla’ de zayıflayım ama sen beni etrafla kıyaslama diyordum...aramızda böyle bir çatışma vardı... (☹ , üzgün ,kırgın, konuşmayı kendisi bu konu üzerinde uzun süre devam ettirdi, kırgınlığını vurguladı) sürekli var, hala da var (☹)... (Hasta no: 7)

25 yaşında yükseköğrenim gören ancak şu anda çalışmayan bir hasta ise çevresinden gelen olumsuz eleştirileri ortadan kaldırabilmek adına ve kendinin diğer zayıf bireylerden farksız olduğunu ispatlamak için daha çok çabaladığını üzüntülü bir yüz ifadesi ile anlattı:

“...sadece kazıya giderken ‘bu kadar kilo ile nasıl yapacaksın nasıl edeceksin’ falan vardı, hep kendimi ispat etmeye çalışıyordum, benden daha zayıf birinin yapacağı bir şeyi ben de yapabiliyordum ama daha çok enerji harcayarak yapmaya çalışıyordum sırf kendimi ispat etmek için...” (☺) (Hasta no: 21)

52 yaşında evli bayan hasta, zaman zaman evden çıkmak istemediğini, bunun nedeni olarak da ‘kendisini dışlanmış gibi hissettiğini’ vurguladı. Konu hakkında konuşulurken hastanın rahat kıyafet seçemediği, bazen bulamadığı, fazla kilolarını kapatmaya çalıştığını fakat olmadığını, bu nedenle sinirlendiğini, evden çıkmak istemesinde etkili olduğunu dile getirdi.

“ ...kendimi sanki dışlanmış gibi hissediyorum ...” (Hasta no: 9)

29 yaşında doktor erkek hasta, ailesinin kilo vermesi yönünde ısrarlı sözel uyarılarda bulunduklarını ifade etti. Ancak bu hastamızla konuşurken, konuşmanın diğer kısımlarında ablaların kendisine, yemeklerini çok sevdiği için kalorili yemekler yaptıklarını ve bol miktarda yedirdiklerini anlattı, ailenin sözel uyarı ile destek olduğu ancak davranışsal olarak fazla destek olamadıkları gözlemlendi.

“ ... Bazen de ablalarım baskı yapıyor, yaşlı görünüyorsun diyorlar, ailede senden başka bu kadar kilolu yok diyerek sitemde bulunuyorlar...” (Hasta no: 26)

Benzer şekilde 36 yaşındaki erkek hasta, arkadaşlarının ve ailesinin kilosuna dikkat etmesi gerektiği yönünde sık sık uyardığını dile getirdi. Ancak uyarılar zaman zaman onu kızdırdığı için sanki inatlaşıp daha fazla yediğini fark ettiğini anlattı:

“...bana sürekli, ‘bak daha gençsin, böyle giderse 10 yıla kalmaz şeker falan çıkar, bak ailede de var’...diyorlar, aslında haklılar da ne bileyim olmuyor işte... sanki bazen onlar söyledikçe kızıyorum, o an yemekteysek daha çok yiyorum... (Hasta no: 27)

Ekonomik Etkileri Nedeniyle Obeziteye Bakış Açısının Etkilenmesi:

Hastaların az bir kısmı, obezitenin ekonomilerini olumsuz etkilediğini ifade etti. Özel kıyafet, özel diyet, zayıflama metodları için ek harcamalar nedeni ile ek bütçe ayırmaları gerektiğini ve bunun bütçelerini zorladığını anlatan hastalar oldu. Az bir kısım hasta diyet tedavisini yerine getirirken maddi açıdan olumsuz etkilendiği için devam ettiremediğini ifade etti.

27 yaşında muhasebeci bayan hasta özel bir diyet uygularken fayda gördüğünü ancak devam ettiremediğini, özel içerikli diyetin pahalı olduğunu ifade etti.

“...maddi açıdan çok sarstı, çok pahalıydı çünkü, maddi olarak bırakmak zorunda kaldım...” (*bir kilo verme yöntemini neden bırakmak zorunda kaldığından bahsederken, işe yarayan bir uygulayamaya devam edemeyişinin ekonomik olmasından üzüliyordu*) ” (Hasta no: 7)

32 yaşındaki evli ev hanımı olan bir hasta ise, diyetisyene gittiğinde önerilen diyetle uyamadığını çünkü diyetin içeriğinin tamamına ulaşmakta ekonomik olarak zorlandığını belirtti.

“...şöyle alım gücü de etkili, hani kibrit kutusu kadar köfte, o an o köfteyi bulamıyorsun, ya ızgara balık, pirzola et, onun gibi ... ” (Hasta no:15)

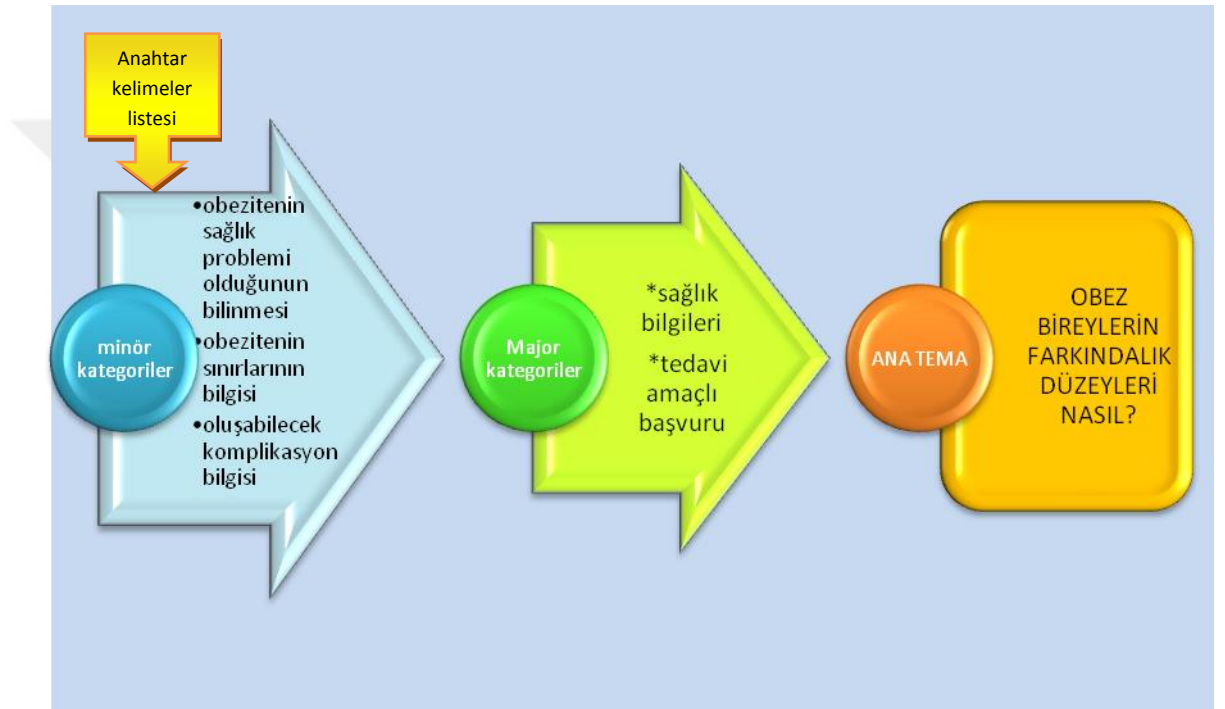
26 yaşında evli, BKİ: 48.9 olan bayan hasta, fazla kiloları nedeni ile özel kıyafete ihtiyaç duyduğunu ancak özel kıyafetlerin ekonomik yönden ailesini zorladığını mahcup bir ifadeyle belirtti.

“...maddi açıdan sıkıntı oluşturuyor, bana göre özel kıyafetler çok pahalı.” (Hasta no:18)

4.2. Obez Bireylerin Farkındalık Düzeyleri

Hastalarla obezitenin bir sağlık problemi olup olmadığı konusundaki düşünceleri soruldu. Hastaların bu konu hakkında en çok kullandığı ifadeler, “*anahtar kelimeler*” başlığı altında listelendi. Bu listede yeralan anahtar kelimelerin hangi başlıklar altında toplanabileceği düşünüldü. “Obezitenin sağlık problemi olduğunun bilinmesi”, “Obezitenin sınırlarının bilinmesi” ile “Obezitenin komplikasyonların bilinmesi” şeklinde “*minör kategoriler*” olarak adlandırılan alt başlıklar oluşturuldu.

Daha sonra bu küçük alt başlıklar kendi içlerinde ve aralarında ortak yönleri ve farklılıkları açısından değerlendirildi ve daha kapsamlı başlıklar altında toplandı. “*Major kategoriler*” olarak adlandırılan geniş başlıklar : “Sağlık bilgileri” ve “Tedavi amaçlı başvuru” olarak belirlendi. Son olarak belirlenen tüm konu başlıklarının esas olarak vurguladığını düşündüğümüz “*ana tema*” belirlendi: “*Obez bireylerin farkındalıkları*” (Şekil-3)



Şekil 3: Tema 2'nin oluşturulma basamakları

Obezitenin çözülmesi gereken bir problem olarak görülmesi:

Hastaların tamamı, obezitenin bir sağlık problemi olduğu konusunda hemfikirdi. Hastalar, obeziteye çözülmesi gereken bir problem olarak farklı açılardan yaklaşıyorlardı. Hastalar obeziteyi sağlık, estetik ve psikolojik etkileri açısından değerlendirmekteydiler.

Oluşabilecek komplikasyonların bilgisi:

Komplikasyonlar açısından hastaların tamamı, obezitenin sağlığı olumsuz etkileyebileceği konusunda hemfikirdi. Ancak hastaların sadece bir kısmı, komplikasyonların neler olabileceği konusunda daha geniş bilgi sahibiydi.

“...nefes alamama, oturup kalkamamaya, psikolojik bozukluklara yol açar; şimdi insanlar fiziksel görünüme önem verdiği için...” (Hasta no:3)

“...kesinlikle kalp hastalığından tutun da diyabet hastalığına, kolesterole kadar... bütün hastalıkların başı kilo, kanser de dahil olmak üzere bence tüm hastalıkların başı kilo.” (Hasta no: 13)

“...yürümeye zorlanıyorsunuz, bel fıtığı gibi hareket kısıtlanması getiriyor, kalp riski fazla, koroner damarlarda aşırı yağlanmadan dolayı daralma...” (Hasta no: 14)

“... obezite, birçok hastalık için zemin hazırlar, nefes darlığı, kireçlenmeye bağlı eklem ağrıları olabilir. Obezite nedeni ile kişinin hareket kapasitesi azalır. Ayrıca kalp ve dolaşım sistemi hastalıklarına yatkınlık oluşur.” (Hasta no: 25)

Hastaların az bir kısmında, ailelerinde obezitenin eşlik ettiği yada neden olduğu sağlık problemleri bulunmaktaydı. Bu nedenle aynı sağlık problemlerinin kendilerinde gelişebileceği endişesini ve korkusunu taşımaktaydılar. Bu duyguları doktora başvurmalarında etkili olmuştu.

Ev hanımı olan 41 yaşındaki hastamız :

“...açar diye düşünüyorum, başta şeker hastalığı olur diye düşünüyorum, özellikle anne tarafımda var.” (Hasta no:12)

36 yaşındaki erkek hasta ailesinde diyabet hastalığının sık olmasından dolayı kendisinde de gelişebileceğinden endişelenmekteydi.

“ hem annem hem babamda son 5-6 yıldır şeker hastalığı var, ailemizde genetik, çok akrabamızda şeker hastalığı var, hatta amcam insulin kullanmaya başladı, gözleri de etkilenmiş, gerçi o kontrollerine düzenli gitmiyordu, diyetine uymuyordu ama ben de yine de insulin fikrinden hoşlanmıyorum...ben de de şeker çıkmasından endişeleniyorum, aslında daha sık kontrol olmam gerekiyor ☹ ...” (hasta no:27)

34 yaşında bayan hasta, ailesinde kilo problemi nedeni ile sağlık sıkıntısı yaşayan bireylerin sıkıntılarına şahit olmuştu, kendisinde de gelişmesinden korku duymaktaydı.

“ ...ben de çok şükür bir sağlık sıkıntısı yok ama ailemde şeker ve kalp hastası olanlar var, kilo nedeni ile annem yürümekte zorlanıyor, onları gördükçe hem üzüliyorum hem korkuyorum, ben de de olmasın diye kilo vermek istiyorum...”(Hasta no: 29)

Hastalarımızdan 31 yaşında ev hanımı, fazla kilolar nedeni oluşabilecek hastalıklardan korktuğu için önceden tedbir amacı ile kilo vermek istediğini ifade etti.

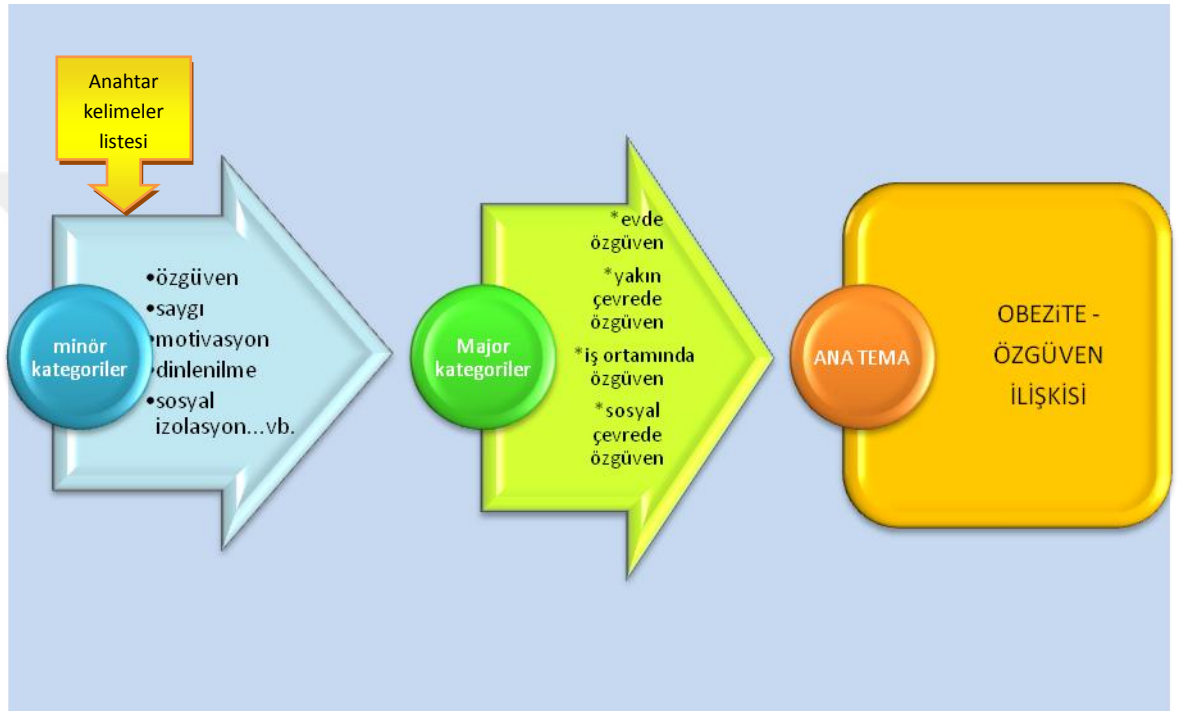
“...mesela şeker çıkar, benim ailemde var, şimdi hastalıklar çoğalamaya başladı, tek tek çıkmaya başladı, korkuyorum ben şimdiden tedbirimi alayım da ...” (Hasta no: 16)

4.3. Obezite- Özgüven İlişkisi

Hastaların kilo verme deneyimlerindeki yaşadıkları, duyguları, obezite ile ilgili düşünceleri, yazıya dökülen konuşma metinlerinden seçilerek listelendi. Hastaların deneyimlerini aktarırken en çok seçilen ya da vurgulanan kelimeler “*anahtar kelimeler*” listesinde toplandı. Bu listeden benzer içerikli olanlar alt başlıklar altında toplandı ve *minör kategoriler* olarak adlandırıldı.

Minör kategoriler şu şekilde belirlendi: “Özgüven, motivasyon, saygı, dinlenilme, sosyal izolasyon”. Alt başlıklar kendi içlerinde ve aralarında değerlendirilerek “*major kategoriler*” oluşturuldu. Değerlendirmenin sonucunda röportajlarda özgüven üzerinde yoğunlaşıldığı fark edildi. Bunun üzerine major kategoriler özgüvenin yaşamın farklı alanındaki yansımaları olarak ele alındı.

Major kategoriler: “Evde özgüven, İşyerinde özgüven, Yakın çevrede özgüven, Sosyal çevrede özgüven” olarak belirlendi. Bu başlıklar da tekrar kendi içlerinde ve birbirleriyle bağlantıları değerlendirildikten sonra ortaya çıkan soru ile “*ana tema*” oluşturuldu. Değerlendirmenin sonucunda ulaşılan “Obezite problemi yıkılınca özgüven tekrar inşa edilebilir mi?” sorusuyla “Obezite – Özgüven İlişkisi” ana teması belirlendi(Şekil-4).



Şekil 4: Tema-3'ün oluşturulma basamakları.

Dalga geçilmesi, Kırıcı sözler duyulması:

Hastaların bir kısmı, çevresinden kiloları ile ilgili dalga geçildiğini veya kırıcı sözler söylendiğini ifade etti. Hastaların az bir kısmı bu durumun getirdiği üzüntüyü sözel olarak dile getirdi. Bir kısmı sözlere dökmese de beden diliyle incindikleri, kırıldıkları bazen de kızdıkları gözlemlendi.

18 yaşındaki bekar bayan hasta, arkadaşlarının fazla kiloları hakkındaki konuşmalarından üzüldüğünü dile getirdi. Hasta yaşadığı bir olayı hatırlayıp anlatmaya başladığı sırada duraksadı, konuşmasının devamında da durgunlaştı ve oldukça üzüntülü bir yüz ifadesi olduğu gözlemlendi.

“...aslında arkadaşlarım bazen dalga geçiyor, üzüliyorum sonra geri atlatıyorum (duraksama oldu)... arkadaşlarım’sen çok şişmansın, kapıdan sığmazsın’ diyorlar...” (Hasta no: 22)

Ev hanımı 57 yaşındaki evli hastamız ise eşinin kiloları hakkında yaptığı benzetmeye üzüldüğünü dile getirdi. Eşinin haklı olduğunu düşündüğü için de sözlerinden duyduğu üzüntüyü dile getirmediği gözlemlendi.

“ ... eşim ‘ben taşımıyorum sırtımda’ diyor, ‘30-40 kilo çuvalı sen taşıyorsun sırtında’ diyor, ‘kendin düşün’ diyor, üzüliyorum ama ...o da haklı, onun için bilmiyorum artık, taşıyorum artık...” (Hasta no:2)

40 yaşında bayan hasta ortaokul yıllarında kilolu olması ile ilgili yaşadığı olumsuz bir anısını hala unutamadığını üzüntülü bir yüz ifadesi ile dile getirdi:

“...şeyde hatırlıyorum, aslında ben 20 yıldır diyorum ama orta sondayken bile şişmandım, birgün yolda karşıdan karşıya geçerken ‘şişko’ diye bağırdıklarını hatırlıyorum, bende hep öyle bir yer etmiştir. (☹)” (Hasta no: 12)

26 yaşında evli, BKİ:48.9 olan bayan hasta, yolda kendisinden oldukça zayıf olduğunu söylediği eşiyle yürürken, insanların bakışlarından ve sözlerinden rahatsızlık duyduğunu üzüntülü ve mahcup bir yüzifadesi ile dile getirdi:

“...yolda giderken bir sana bir eşine bakarak ‘vvvvvvvvvv’ diyenler oluyor (☹, utanmış ve çok üzülmüş görünüyordu) (Hasta no: 18)

39 yaşındaki evli, bayan hastanın fazla kiloları nedeni ile eşinin hakaretlerine maruz kaldığını anlatırken oldukça kırgın ve üzgün olduğu gözlemlendi. Hasta, eşiyle sıkıntı yaşadıkça kendisini yemek yemeye verdiğini anlattı, kilo aldığı da hakarete uğradığını anlattı, yemek yedikçe rahatladığını hatta hakaretleri duymamaya ve aldırnamaya başladığını anlatan hastanın bir kısır döngüye girmiş olduğu gözlemlendi.

“...eşim daha çok yıprattı açıkçası, çok özür dilerim işte hayvan gibisin, git sen bir vücuduna bak, kalıbına bak, yani ondan sonra hakaretleri ile karşı karşıya kaldım” (☹, çok üzgün ve kırgın) (Hasta no: 19)

Alınanlık:

Hastalarımızdan biri kendisine sözel olarak ‘fazla kilolu’ oldukları söylenmese bile, özellikle de kıyafet alırken bir şekilde hissettirildiğini ifade etti.

“ ...bu sorunu en fazla giysi alırken yaşıyorum. Sözel olarak dalga geçme olayına rastlamadım fakat bakışlardan ‘fazla kilolu olduğumu!’ anlıyorum. “Bu beden bizde yok” cümlesini duyunca çok üzüliyorum.” (⊗) (Hasta no:25)

Bir hasta da eşine, kilo vermek için yaptığı çabaları anlatırken kendisiyle ilgilenmediğini düşünüp alındığını ifade eder şekilde anlattı:

“...eşimin o an canı sıkkın oluyor, ben birşey soruyorum, o an cevap vermeyince kızıp ben senin için uğraşıyorum sen benle ilgilenmiyorsun diyorum...(kilo verme çabası ile konuşurken cevap alamadığını anlatırken) (⊗) (Hasta no:18)

Fazla kiloların Vurgulandığı Konuşmalarda Duyguların Etkilenmesi:

(Üzüntü, kırgınlık, kızgınlık, utanma vb...)

Hastaların çoğu, kilolarının fazlalığı hakkında çevresindeki insanların yaptığı konuşmalar sonucunda üzüntü duyduğunu ifade etti. Hastaların bir kısmı ise kızgınlık duyduğunu belirtti.

Evli 36 yaşındaki bayan hasta üzüntülü bir ifade ile:

“...her gören ‘ayy niye bu kadar şişmanladın? çok kötü olmuşun’ diyorlar, eskiden zayıftım ben...” (üzgün, geçmişi hatırlarken ses tonu daha da düştü,⊗) (Hasta no :3)

31 yaşındaki bir diğer evli bayan hasta ise babasından kilosuna ile ilgili olumsuz sözler beklemediği için şaşırması görünmekteydi. Hasta bu konudaki kırgınlığının zaman zaman öfkeye dönüşebildiğini dile getirdi, sonrasında da ani kararları ile pişmanlığa dönüştüğü gözlemlendi. Hasta tüm bu duygularını, konuşma sırasında tekrar o anları yaşıyor gibi anlattı.

“...özellikle babam **bile!** diyor...babam!...” (kilo vermesi yönünde sözler söylenmesinden konuşulmuştu, özellikle bu sözler sırasında kırgınlığını, şaşkınlığını vurguladı) “...üzüliyorum, evden nefret ediyorum o zaman, mutfağa girmek istemiyorum, bu seferde acıkınca boşver diyorum, üzüliyorum sonra da...”, “...eşim dostum, çocuklarım bile diyor ‘anne ,bayağı kilo aldın’ diyorlar, ben öyle biri değildim, manken gibi biriydim...” (üzgün ve söylenen sözlerden oldukça rahatsız görünmekteydi.) (Hasta no: 4)

27 yaşındaki bekar bayan hasta ailesi ile yaşamaktaydı ve fazla kiloları sık sık annesi ile arasında tartışmaya ve dargınlığa varan konuşmalara konu olmaktadır.

Hasta, annesinin kendisinin beğenilmediğini ve bunun da nedeni olarak kilolarını öne sürmesine çok üzüldüğü, kırıldığı ve kızdığı gözlemlendi. Annesinden beklediği bir destek olduğu ancak pozitif yönde bir destek alamadığı için hastanın olumsuz etkilendiği gözlemlendi.

“...annem: ‘yakişmıyor’ diyor, ben de onla inatlaştığım için... ‘etraftan seni beğenmiyorlar, beğenmeyecekler’ diyordu, ama ben : “Hayır, ‘kendi sağlığın için zayıfla’ de! zayıflayayım ama sen beni etrafı kıyaslama!” diyordum... aramızda böyle bir çatışma vardı... sürekli var, hala da var...” ((⊗), kırgın ve kızgın, kızgınlığı daha baskın gözlemlendi.) (Hasta no:7)

40 yaşındaki bekar, annesi ile yaşayan bir diğer bayan hasta da benzer şekilde, annesi ile fazla kiloları nedeni ile canını sıkran konuşmaların geçtiğini ve üzüldüğünü belirtti.

“hani zayıfladığım zamanlarda, annemle yaşıyorum, o zamanlar ‘ye’ diyor ama zayıfladığımda da hoşuna gidiyo... şimdi kilo aldığım zamanlarda da bazen beni üzecek kelimeler söylüyor, şimdi onları söylemeyeyim...(annesinin söylediği sözlerden utanmış olduğu gözlenen hasta söylemek istemedi) (Hasta no:12)

35 yaşındaki bayan hasta da yine yakın çevresindeki bireylerin olumsuz yorumlarından etkilendiğini kendisine söylenen bir yorumu paylaşarak anlattı. Bu sırada üzüntünün hakim olduğu kırgınlık ve kızgınlık hali vardı, kilo vermek ile ilgili düşüncesinde çok kararlı olduğu gözlemlendi ve ses tonundan da kararlılığı anlaşıldı.”

“ben kayınvalidem ile oturuyorum, işte annen kilolu ya, ilerde sen de öyle olacaksın diyordu, ben ona çok üzüliyordum, kızıyordum, ben de dedim ki: ‘ben bu kiloları vereceğim bir daha da almayacağım’ ...” (Hasta no: 8)

51 yaşında bayan hasta çevresindeki insanların, kendisine çok kilo aldığını hatırlatacak sözler söyledikçe üzüldüğünü, bunun dışındaki zamanlarda kendi kendine bunları çok düşünmediğini, bu yüzden de çok da fazla etkilenmediğini, aslında kendisiyle barışık bir insan olduğunu anlattı.

“...beni tanıyan insanlar: ‘aaa, eskiden sen çöp gibi bir kızdın nasıl oldu da böyle oldun?’... fotoğraflarımı falan görünce ‘ayy, böyle değildin niye böyle oldun?’ ... üzüliyorum birazcık...(Hasta no:14)

Saygı, Dinlenilme:

Muhasebeci 27 yaşındaki bayan hasta, sözlerinin daha dinlenilir olması için bakımlı olmanın da gerektiğini bunun için kilo vermesi gerektiğini vurguladı.

“ tabi ki, insanların sizi dinlemesi için önce kendinize bakmanız gerekecek...” (Hasta no:7)

İşyerinde Özgüven, İş Bulabilme İmkânı:

Hastaların bir kısmı, iş ortamında daha başarılı olabilmek için veya daha iyi iş imkanlarına sahip olabilmek için fiziksel görünümün ön planda olduğunu düşündüklerini ifade ettiler.

Yükseköğrenim gören 25 yaşındaki bayan hasta, mesleğiyle ilgili iş bulabilmek için fiziksel görünümünün çok önemli olduğunu, kilo verirse daha kolay iş bulabileceğini belirtti.

“...en başta kendinize olan güveniniz tazelenecek, benim mesleğim gereği iş imkanı çok yok, özel sektöre başvurmakta çekiniyorum, donanımlı olmak da çok önemli ama mesela bir sekreterliğe başvurduğunuzda görünüm çok önemli, güvenim tazelenecek, ‘bunu yapabildim onu da yapabilirim’ derim, birşeyleri yapmak için enerjim varken daha da fazla olacak, kilo vermeye başlayınca, eski kilonuzla insanların içinde bunu konuşmaya başlayabiliyorsunuz...” (Hasta no: 21)

Muhasebeci 27 yaşında bayan hasta ise mesleğinde ilerlemek istediğini ve daha iyi bir konumda olabilmek, sözü geen biri olabilmek için daha iyi fiziksel görünümün de katkısı olacağına inandığını ifade etti.

“... inşallah mesleğimde iyi yerlere gelmek istiyorum, aralık ayında Allah kısmet ederse mali müşavirlik belgemi alacağım, giydiğiniz kılık kıyafet önemli, kiloyla her istediğinizi giyemiyorsunuz...” (Hasta no:7)

Daha önce çalışan bir bayan olan 26 yaşındaki bayan hasta tekrar işe başlamak istediğini dile getirdi. Ancak kilolarının onun işe alınmasında engel olacağı endişesi taşımaktaydı.

“...kızım okula başladıktan sonra çalışmak istiyorum, bir işyerinde fiziksel özellikler çok önemli, önemsiz diyemiyorum, şu ana çok iyi bir iş bulup sırf fiziksel özelliklerden dolayı kaybedebilirim...” (Hasta no:18)

Sosyal İlişkilerde Özgüven:

Yükseköğrenim gören 25 yaşında bayan hasta kilolarını verirse ‘özgüvenin tazeleneyeceğini’ ifade ederken, bu nedenle kilo vermek istediğini belirtti ve yüzünden umutlu ve kararlı olduğu gözlemlendi.

“...en başta kendinize olan güveniniz tazelenecek...” (*umutlu ve kararlı olduğu gözlemlendi*) (Hasta no: 21)

Sosyal İzolasyon:

Evden çıkmak istemeyişinin nedenini 52 yaşındaki bayan hastamız şöyle ifade etti:

“...kendimi dışlanmış gibi hissediyorum...” (*⊗*) (Hasta no:9)

Kıyafet Seçimindeki Sıkıntılar:

Hastaların çoğu, kilo problemi nedeni ile kıyafet seçiminde zorlandıklarını dile getirdi. Hastaların çoğu kıyafet seçerken yaşadıkları sıkıntıların “kendilerini çok üzdüğünü” dile getirdi.

Hastalarımızdan 25 yaşında bekar bayan hasta ise, toplum içerisinde daha iyi hissedebilmek için kıyafet seçiminin önemli olduğunu vurguladı, kiloları nedeni ile seçimde zorlandığını, kısıtlılıklar yaşadığını ve bu durumun onu üzdüğünü anlattı. Kilo vererek istediği gibi kıyafet seçebilme rahatlığına kavuşma isteğini dile getirdi.

“ ... tabi ki de en başta sağlık ama, bir topluma girdiğinde giyimle kuşamınla kendini daha iyi hissetmek için ...bi mağazaya girdiğinde kendini daha iyi hissedeceğin şeyler giymek istiyosun,,ben mesela yıllarca erkek reyonundan giyindim bir de Elmadağ küçük bir ilçe olduğu için bulmak zor oluyordu...önceden hep erkek reyonlarından giyinmek zorunda kaldım...çocukluğumda hiç pantolon falan giymedim, ilk pantolonumu lisede giydim, bunlar falan hep içimde uhde kaldı...kendimi daha iyi hissedeceğim kıyafetler giymek istiyorum...” (Hasta no:21)

Benzer şekilde kıyafet seçiminde zorluklar yaşayan hastalar şu şekilde sıkıntılarını dile getirdiler:

“...mesela giyimde kuşamda, istediğini alıp giyemiyorsun...” (*⊗*) (Hasta no:2)

“...sıkıntıyı bir de elbise alırken çekiyorum, eskisi gibi zayıf olsaydım da şunu giyerdim dediğim oluyor, takıntı yapmıyorum ama...” (Hasta no: 14)

29 yaşındaki erkek hasta estetik açıdan kıyafet seçiminde zorlanmanın kendisini etkilediğini dile getirdi.

“...kıyafet seçiminde çok sıkıntı çekiyorum...” (Hasta no: 26)

36 yaşındaki evli bayan hasta kıyafet seçiminde model olarak sıkıntı çektiğini, genç olduğu için bu durumu daha çok önemseydiğini, istediği ürünleri bulamadığında üzüldüğünü ifade etti.

“...giydiğimi yakıştıramıyorum, istediğim bir bluzu bulamıyorum, model olarak falan...” , “...canımı sıkıyor haliyle, büyük beden bişey alıyorum, onda da istediğin şeyi bulamıyorsun, yaş genç olunca da insan şey yapıyor yani belki yaş ilerlemiş olsa o kadar takmayacağım ama... (☺) (Hasta no: 3)

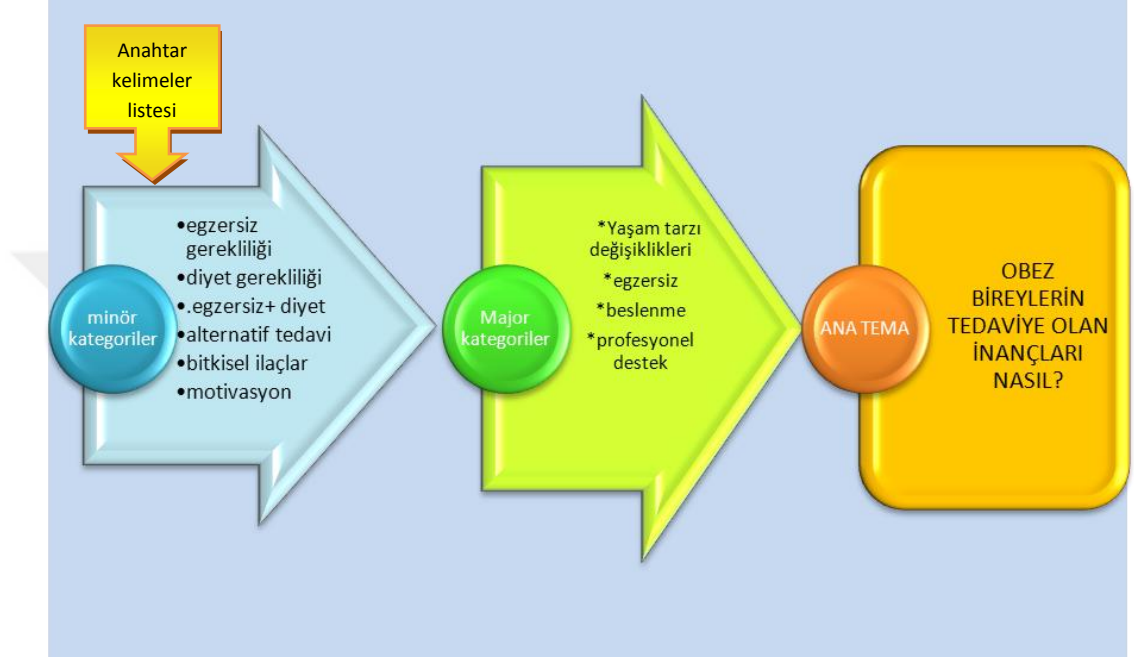
30 yaşındaki bayan hasta kilo almadan önceki giyim zevkini uygun ürünler bulamadığı için devam ettiremediğini, bu nedenle üzüldüğünü ve çalışan bir bayan olduğu için toplum içinde daha şık olmak istediğini, giyiminde farklı modellerin de olabileceği seçimler yapabilmek istediğini dile getirdi.

“ ...en basitinden topuklu ayakkabıyı çok seviyorum ama ayak yapıma uygun ayakkabı bile bulamıyorum...” , “... ‘bu beden bizde yok’ denince çok üzüliyorum...” (Hasta no: 25)

4.4. Obez Bireylerin Tedaviye Olan İnançları

Hastaların obezitenin çözümü için kullandıkları tedavi yöntemleri konuşulurken, tedaviye olan inançları ve tedavi ile ilgili inanışlarını etkileyen faktörler konuşuldu. Hastaların konuşma metinlerinden, tedavi hakkındaki düşüncelerini ortaya koyan “*anahtar kelimeler*” listelendi. Anahtar kelimelerden, birbiri ile bağlantılı olanlar seçilerek “*minör kategoriler*” oluşturuldu. Minör kategoriler: “egzersiz gerekliliği, diyetin gerekliliği, egzersiz ve diyet birlikteliği, alternatif tedaviler, bitkisel tedavi, motivasyon” şeklinde oluşturuldu. Alt başlıklar kendi içlerinde ve birbirleri arasında tekrar değerlendirildi ve birbiri ile bağlantılı olanlar daha geniş başlıklar altında “*major kategoriler*” adı altında toplandı.

Major kategoriler : “yaşam tarzı değişikliği, egzersiz, beslenme, profesyonel destek” olarak belirlendi. Son olarak tüm kategoriler tekrar kendi içlerinde ve aralarında değerlendirilerek “*ana tema*” oluşturuldu: “Obez Bireylerin Tedaviye Olan İnançları Nasıl?” (Şekil- 5)



Şekil 5: Tema- 4’ün oluşturulma basamakları.

Yaşam Tarzı Değişikliği Haline Getirebilmek:

Hastaların büyük çoğunluğu, kilo verme konusunda gösterdikleri çabaları devam ettiremediklerini belirtti. Büyük çoğunluğu başarılı olan kilo verme deneyimlerinin çeşitli nedenlerle sürekli hale getiremedikleri için yarıda kaldığını söyledi. Hastaların bir kısmı, “yaşam tarzlarına uymadığı “ için yarıda kaldığını, az bir kısmı “motivasyon” sağlayamadığı için, az bir kısmı “ekonomik nedenlerle” devam ettiremediği için, az bir kısmı “olumsuz yaşantılarından dolayı psikolojisinin etkilendiği” için devam ettiremediğini söyledi.

44 yaşındaki erkek hasta daha önce olumlu sonuçlanan diyet deneyimlerinin olduğunu ancak, beslenmesindeki değişimleri, kalıcı olarak yaşamına geçiremediği için tekrar kilo aldığını düşünmekteydi.

“ ... aslında 2 kez diyet denedim ve olumlu sonuçlandı, ancak yemek tarzımı kalıcı olarak değiştiremediğim için bence zamanla kilom tekrar arttı...” (Hasta no:6)

28 yaşında özel sektörde çalışan bayan hasta, diyet yaptığı zamanlarda yaşam biçimine uygun olmadığı için uymakta zorlandığını dile getirdi, aslında hastamız, yaşam biçimi değiştiği için beslenme alışkanlıklarının değiştiğini ve yeni beslenme alışkanlıklarını değiştirmekte iş koşulları nedeni ile zorlandığını anlattı.

“ ...benim yaşam biçimime uygun olmadığını düşündüğüm için..., zorluyor...” (diyetlere devam edemeyişini anlatırken) ; “...beslenme değişikliği, aynen öyle, daha öncesinde spor yapıyordum, iş hayatına girmemle spor hayatım kesildi, iş hayatı ile birlikte yine eve geç gelişler ve geç yemek yeme alışkanlıkları sebebiyle kilo aldığımı düşünüyorum, hareketsizlik ve yeme alışkanlıklarının değişmesi...” (Hasta no :13)

Aynı hastamız, aslında diyet için önerilen beslenme önerilerinin ‘sağlıklı yaşam’ olarak adlandırılmasından yanaydı ve bunun gelecek için sağlık yatırımı olması için yaşam tarzı haline gelmesi gerektiğini düşünmekteydi.

“...geleceğe yatırım amaçlı..., diyeteyim demek istemiyorum zaten, ‘sağlıklı yaşam’ diyorum (☺)” (Hasta no:13)

25 yaşında, yükseköğrenim gören bir diğer bayan hasta da, beslenme alışkanlıklarının yaşam biçimi haline gelmesi gerektiğini ifade etti:

“ ... o benim beslenme alışkanlığım haline gelmiyor, kilo verdikten sonra tekrar aynı şeyi yiyeceğimi düşünüyorum, halbuki farkındayım aslında ama hani kontrol edemiyorum kendimi... (☺)” (Hasta no: 21)

29 yaşında doktor erkek hastamız ise, beslenme alışkanlıklarının ve aktivitesinin yaşam biçiminin değişmesi ile olumsuz etkilendiğini ve kilo almasında etkili olduğunu ifade etti.

“...üniversite 3. Sınıftan itibaren, 2003 yılından itibaren kilo almaya başladım. 85-90 arasıydım o zaman, giderek 2010 yılına kadar 118 kiloya çıktım, şimdi de 110 kiloyum...bence bunun nedeni, düzensiz beslenme, masa başı çok ders çalışma ve stresli bir okul dönemi geçirmem...” (Hasta no: 26)

40 yaşındaki bayan hasta ise diyet tedavisi olumlu gitse dahi devam ettiremeyişinin nedeninin yeterli ‘motivasyonu sağlayamamak’ olduğunu belirtti.

“ ...sadece o motivasyonu sağlayamıyorum...” (Hasta no: 12)

Diyet Programı Seçimleri:

(Uyum, Uygulanabilirlik, Sürdürebilme)

Hastaların çoğu daha önce diyetisyene kilo vermek için başvurduklarını belirtti. Bu hastaların oldukça az bir kısmı verilen diyet önerilerine uyabildiğini anlatırken, diyetisyen başvurusunda bulunan hastaların önemli bir kısmı diyet önerilerine uyamadığını anlattı. Hastaların çoğu diyetisyene başvurmanın yanı sıra kendi kendine kilo verme yöntemlerini de geliştirmeye çalıştığını anlattı. Hastaların bir kısmı ise hiç diyetisyene başvurmamış olduğunu belirtti. Diyetisyene başvurmamayan hastalar, kendi kendine ya da arkadaşlarından, televizyon ve internetten elde ettikleri bilgilerle diyet yapmaya çalıştıklarını ya da sadece fiziksel hareketlerini arttırmaya çalıştıklarını anlattı.

47 yaşında, ev hanımı, bayan hasta diyet için diyetisyene başvurmuştu ancak başarılı sonuç elde edememişti. Diyetle uyamamasının nedeni olarak ekmeği çok sevdiğini ve kendisine önerilen miktarı aştığını anlattı:

“... Şimdi siyah et, herkes de olamıyor tabi ki değil mi, onun yerine yumurta yiyebilirsin demişti gerçi ama ben uygulayamadığım için olmadı. Mesela bir de, ‘bir tabak çorbayı ekmezsiz yiyeceksin’ dedi. Daha önce bana 8 dilim ekmeği vermişti. Ben ekmeği seviyorum aslında, ekmeğin arasına koyup yemeyi seviyorum...” (Hasta no: 1)

31 yaşında, ev hanımı, bayan hasta diyetisyene başvurmamış olduğunu ve kendi kendine diyet yapmaya çalıştığını anlattı ancak başarılı olamadığını anlattı. Ayrıca hasta ‘bir dilim ekmeği kesmenin kendisine kilo verdireceğini’ düşünmediği ifade etti. Hastanın diyeti sürdürme konusundaki motivasyonun ve diyetle olan güveninin az olduğu da gözlemlendi.

“...şekersiz çay içmeye başladım, ekmeğimi değiştirdim ama elimde olan bir şey değil çekiyor beni tatlı, tatlı çekiyor, yapamıyorum, giriyorum, dolapta hiç mi birşey bulamadım, bisküviyle bir puding yapıp yiyorum yaa...” (bu durumdan ve bırakamayışından huzursuz ve mutsuz görünüyor) “...devam ettiremedim, çabuk pes ettim yani boş geliyor bana, diyorum ki ‘aman boş, saçma’ diyorum... ‘ben bir dilim ekmeği vücudumdan kesmişim ne olacak’ diyorum , ‘o mu bana kilo aldıracak’ diyorum.” (Hasta no: 4)

40 yaşındaki bayan hasta, çok sayıda diyetisyene başvurduğunu ancak hiçbir diyeti tam anlamıyla yapmadığını anlattı. Bunun nedeninin diyetlerin kendi planladığından çok daha kalorili olduğunu düşünmesi ve kendisine kilo aldıracağından korkması olduğunu ifade etti. Hastamız, verilen diyetlere devam edememesinin bir diğer nedeni olarak da yeterli motivasyonu sağlayamadığını belirtti.

“...yapmadım, aslında çok gittim, diyet listesini aldım ama eve geldikten sonra hiç uygulamadım çünkü o ben de psikolojik rahatsızlık yaratıyor...”, *“mesela kendim yaptığım zaman çok sınırlıyorum, nerdeyse hiç birşey yemiyorum, mesela o diyetlerde 7 dilim ekmek veriyorlar, o bana sanki çok daha fazla kilo olarak dönecekmiş gibi geliyor veya da hazırlamak zor geliyor o yüzden de çok uygulamıyorum...”*; *“...aslında işim de uygun, sadece o motivasyonu sağlayamıyorum, ‘yaparsam kendim yaparım’ diyorum, hatta buraya gelmeden 2 gün önce ‘ben yine giderim alırım listemi alırım gene kendi kendime yaparım’ diyordum (Hasta no:12)*

18 yaşındaki bayan hasta, daha önce diyetisyene başvurduğunu ancak diyetin çok kısıtlı olduğu için kendisine ağır geldiğini, bu nedenle de uygulayamadığını anlattı. Hastamız diyetisyenine uygulayamadığı diyet kısımları ile ilgili geribildirimde bulunmamıştı.

“...3 yıl kadar önce diyetisyene gitmiştim ama uygulayamadım, çok ağır bir diyet listesi verdi.”... biraz yaptım ama devam ettiremedim...” (Hasta no: 22)

28 yaşında, çalışan bekar bayan hastamız, diyet yaparken daha çok çevresindekilerin tavsiyelerini aldığını, birçok tavsiyeyi kendine göre tekrar düzenleyip uygulamaya çalıştığını anlattı ancak hasta bu denemelerinden başarılı sonuçlar alamamıştı.

“...arkadaşlarla ‘şunu yaptım iyi geldi, böyle yaparsan iyi olurmuş’ , spora giderken spor hocalarının tavsiyeleri... hepsini harmanlayıp denediğim birkaç günlük diyetlerim de oldu” (Hasta no:13)

32 yaşında ev hanımı olan bir hastamız, diyetisyene başvuran ve devam edemeyen hastaların nedenlerinden farklı olarak listede önerilerin besinleri sürekli temin edemediğini, ekonomik açıdan zorlandığını belirtti.

“...diyetisyene gittim, diyeti uygulayamadım, listeyi alamadım...”
“...listedekilerden birini alsam diğerini bulamıyorum...” (Hasta no:15)

30 yaşında çalışan bayan hastamız ise, misafirlikteki ‘ye’ ısrarlarına dayanamadığını, bu yüzden de diyetini bozduğunu anlattı.

“...ancak misafirliğe gidince ev sahibinin ısrarı ile diyeti bozup tüm pasta böreği yiyorum...” (Hasta no: 25)

29 yaşındaki erkek hasta ise ablalarının yaptığı yemeklere dayanamadığını, miktarını fazla tükettiği içinde kilo almasına katkıda bulunduklarını neşeli bir ifade ile anlattı

“...ablalarım, çok lezzetli bol kepçe ve etli yemekler yapıyorlar ayrıca pastaları da çok güzel (☺ beslenme alışkanlığını etkileyen durumları anlatırken) (Hasta no:26)

Egzersiz:

(İmkanlar, Engeller)

Hastaların büyük çoğunluğu kilo vermek için egzersizin faydalı ve gerekli olduğunu düşündüklerini belirtti. Hastaların çoğu egzersiz yapmak için yeterli zaman bulamadıklarını bunun nedeninin de yoğun iş ve/veya ev temposu olduğunu belirttiler.

Hastaların az bir kısmı egzersizi sadece diyet programı uyguladıkları zamanlarda yaptıklarını söyledi.

Hastaların az bir kısmı egzersiz yapacak fiziksel olanak azlığını dile getirdi. Hastaların büyük çoğunluğu egzersiz yapacak fiziksel olanakların yeterli ve ulaşılabilir olduğunu ancak çeşitli nedenlerle yapamadıklarını belirttiler.

36 yaşında ev hanımı olan hastamız, evdeki ev işlerinden dışarıda yürüyüşe çıkamadığını belirtti.

“...hep evdeyim, ev işi de fazla kilo yakmıyor zaten, yürüyüşe çıkamıyorum...” (Hasta no:3)

27 yaşındaki muhasebeci olan hastamız, işlerinin yoğunluğundan ve işten geç saatte çıkmasından dolayı egzersize ayıracak gücünün ve zamanının kalmadığını ifade etti:

“...evde herkes çalışıyor, yorgun argın geliyor, kimseye ‘hadi kalk yürüyüşe gidelim’ diyemem...”, “...ama yazın yürüyüş yapıyorduk 1 saat, iş çıkışı ikimizin de evi aynı istikamette... ama şimdi yıl sonu geliyor, işler yoğun, tamamen bilgisayara ve evraklara gömülmüş bir vaziyetteyiz.” (Hasta no:7)

Aynı hastamız egzersiz yapamama konusunda üzgün görünen hastamız bu konuda konuşmaya kendiliğinden devam etti. Hastamız işlerinin yoğun olmasının egzersiz yapmasının önünde engel oluşturduğunu ifade etti:

“... açıkçası işten 7 gibi çıkıyorum, eve gitmem 8-8.30 buluyor, yemek ye, bulaşık yıka, çay saat 9.30-10, o saatten sonra da pilim bitiyor, beyin yorgun, tamamen gözün yatakta oluyor, bu arada benim bir kursum var Cumartesi Pazar, hiç dinlenme şansım olmuyor, yorgun eve gidiyorum, aman oturayım da hareket yapayım diyecek halim olmuyor ...onu biliyorum aslında, illa doktora gerek yok, insan kendinin ne olduğunu biliyor...söylüyoruz: hareketsizlik...” (Hasta no:7)

37 yaşındaki ev hanımı olan hastamız ise, egzersiz yapmak için evine yakın uygun alanların olduğunu ancak zaman ayırmadığı için yapamadığını ve ev işlerinden zaman ayıramadığı için kendisine çözüm bulmak için de spor salonuna yazılmaya karar verdiğini anlattı.

“ ... yaparım aslında ama vakit ayrılmıyor, bahçelerde, parklarda çok güzel şeyler var ama para verdiğinde yapıyorsun, ben bunu anladım, onun için de spor salonuna yazılıyorum çünkü diyosun ‘şu işimi yapayım bu işimi yapayım’, ev hanımı olunca ...” (Hasta no:11)

Ev hanımı olan 37 yaşındaki diğer bir hastamız ise, gidebileceği mesafede egzersiz alanları olduğunu ancak dizlerindeki sağlık problemi nedeni ile gidemediğini belirtti. Bu nedenle çok hareketsiz kaldığını üzgün bir ifade ile anlattı.

“...çok yakın değil ama gidilebilecek mesafede var ama diz kapağımda sıvı azalması var, yürüyemiyorum, ben de çok hareketsizlik var...” (Hasta no: 24)

40 yaşındaki bayan hasta, egzersiz yapmak için imkanlarının çok olduğunu ancak bunları sadece diyet yaptığı sırada kullandığını belirtti.

“... evet yapıyorum, evde koşu bandım var, diyet yaptığım zaman yapıyorum, mesela işe giderken 45 dakikalık bi yolum var, yürüyorum ama diyet yaptığım zaman... ama son bir aydır hiçbirşey yapmıyorum sanırım buraya geleceğim diye, heralde biraz rahatlık oldu ne yürüyorum ne yemeğimden kesiyorum, gayet böyle large bir şekilde (☺, gülümseyerek anlattı) devam ediyorum...” (Hasta no: 12)

Egzersiz yapma açısından imkanları çok olmasına rağmen yeterince faydalanmadığını ifade eden bir diğer hastamız da özel sektörde çalışan 28 yaşında bir bayandı. Hasta, iş yoğunluğunu neden olarak kendine söylediğini ancak bunun bahane olduğunu mahcup bir ifade ile belirtti.

“...aslında bahanelerim var ama... yani hani zamanımız yok diyoruz ama... aslında açığından tutunda kapalıasına kadar hatta evde de olmak suretiyle evde de var...zamanımız yok diyoruz bahane buluyoruz...yürüyüş bandımız var ama onu da kullanmıyoruz (☺, hafif mahcubiyet gözlendi)(Hasta no: 13)

22 yaşında köyde yaşayan bayan hastamız, egzersizi sürekli yapabileceği uygun ortamının olmadığını ifade etti:

“ ...evimiz köyde kışın yürüyüş yapılmıyor, yazın rejim yaptığım zaman yürüyüş yapıyorum...” (Hasta no:20)

25 yaşındaki bayan ve 26 yaşındaki yükseköğrenim gören hastalarımız, akademik hayatları süresince yaşadıkları stresli dönemlerin etkisi ile düzenli yaptıkları egzersize ara verdiklerini anlattılar. Her iki hastamız da yaşadıkları olumsuzlukların hareketlerinin azalmasına neden olarak, dolaylı da olsa kilo almalarına neden olduğunu belirttiler. Egzersizi bıraktıkları için üzgün oldukları gözlendi.

“...yürüyüş yapıyordum, çok spor yapıyordum ve evde plates hareketleri yapıyordum, bisikletim vardı daha sonra onları bıraktım, bıraktıktan sonra geri aldım sonra diyetisyene başvurdum...” , “ ... o dönem üniversite yeni bitmişti benim, KPSS’ye hazırlanmıştım, olumsuzluklar yaşayınca tekrar bıraktım...” (Hasta no: 21)

“... sadece egzersiz yapıyordum...2 yıl kadar ama düzensiz olarak sadece egzersiz yaptım; kick-boks, yüzme, koşma gibi faaliyetler yaptım ama her seferinde sınava hazırlandığım için strese yenik düşüp tekrar kilo aldım ve egzersiz yapmayı da bıraktım...” (☺, bıraktığı için üzgün olduğu gözlendi)(Hasta no: 26)

Profesyonel Destek:

Hastaların büyük çoğunluğu, diyetisyene başvurmadan kendi kendilerine kilo verme çabasında bulunduklarını anlattı. Hastaların çoğu kendi çabalarından sonra diyetisyene başvurdıklarını, az bir kısmı ise kilo vermek için profesyonel desteğin mutlak gerekli olmadığını düşündüğünü ifade etti.

31 yaşındaki ev hanımı hastamız, profesyonel destek almadığını, kendi çabasının da çabuk pes etmesi nedeniyle sonlandığını belirtti.

“...kendim yaptım, devam ettiremedim, çabuk pes ettim...” (Hasta no: 4)

52 yaşındaki ev hanımı olan hastamız da profesyonel destek almamıştı ve kendisi medyadan duyup, okudukları ile diyetine çözüm bulmaya çalışmıştı. Ancak kilo verdiği halde tekrar geri almıştı.

“...televizyondan duyduğum, gazeteden okuduğum denediğim diyetler oldu, onlarla 3-5 kilo vermişliğim oldu, kilo verince beni çok halsiz bırakıyor, ben de tekrar yemeye başlıyorum...” (Hasta no: 9)

55 yaşındaki ev hanımı hastamız, diyetisyene başvurmanın ve önerilere uymanın kendisi için faydalı olduğunu ve daha önce bilmediği beslenme önerilerini öğrenmesini sağladığını anlattı. Bu hastamız, tekrar kilo alma nedeninin geçirdiği bel fıtığı ameliyatlarından sonra hareketsiz kalması olduğunu anlattı.

“... kendi kendime veremedim, diyetisyene gittim, diyetisyenin önerilerine uydum, iki üç ayda 13 kilo verdim, diyetisyende gayet memnundu...” , “...işte onlara uydum, ben bilmiyordum mesela bunları...” (Hasta no: 5)

Diyetisyene başvuran 31 yaşındaki bir diğer hastamız, çoğunlukla diyetlerden fayda gördüğünü ancak bazen beklediğinden daha az kilo verdiğini anlattı. Bunun nedenini yaşının ilerlemesi olarak gördüğünü belirtti.

“...hep yardım alarak... hep diyetisyen desteği aldım ama kendimin uyguladığı hızlı vereyim diye yaptıklarım da oldu ...” , “...evet, tamamen uydum, verdiğim zamanlarda oldu ama mesela bazen hiç eksiksiz uyduğum halde yaş da ilerliyor sanırım, bir gram oynama olmadığı hafta da oldu, mesela 4 kilo vermem gerektiği halde 1 kilo kadar verebildim...” (Hasta no:23)

40 yaşında çalışan bayan hastamız, diyetisyenler tarafından verilen diyetlerin yeterli olmadığına, olması gerektiğinden fazla kalorili olduğuna inanmaktaydı ve kendisine daha çok kilo aldırarakmış gibi düşünmekteydi. Bu diyetleri aldığı halde uygulamaktan çekindiğini, bunların yerine kendisi çok daha azaltılmış nerdeyse açlık diyetleri uyguladığını anlattı.

“...aslında çok gittim, diyet listesini aldım ama eve geldikten sonra hiç uygulamadım çünkü o ben de psikolojik rahatsızlık yaratıyor...” (Hasta no: 15)

27 yaşında çalışan bir diğer bayan hasta ise, diğer hastalardan farklı olarak, kişinin kendisinin kilo almasındaki nedeni bilebileceği için, kilo vermek için doktor yardımının mutlak gerekli olmadığını düşünmekteydi.

“...illa doktora gerek yok, insan kendinin ne olduğunu biliyor, söylüyoruz: ‘hareketsizlik’ ...” (Hasta no: 7)

Motivasyon:

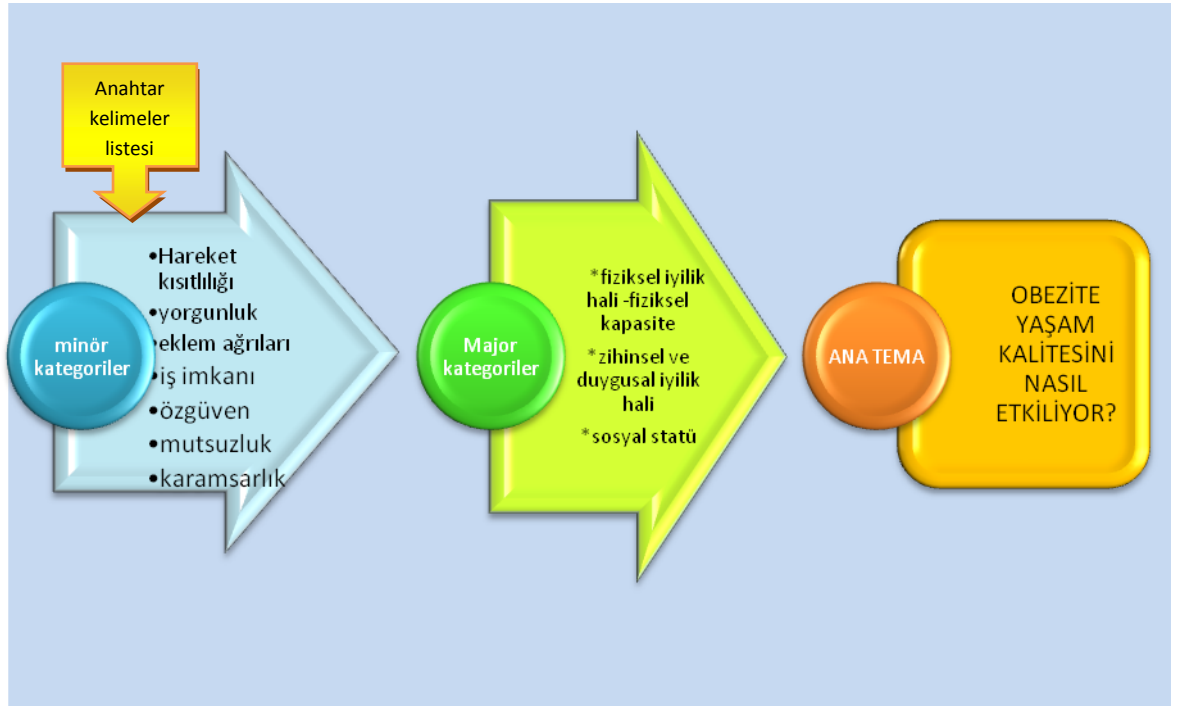
40 yaşındaki bayan hasta diyet tedavisine devam edemeyişinin nedenini anlatırken motivasyon sağlayamamasına değindi:

“ ...sadece o motivasyonu sağlayamıyorum...” (Hasta no: 12)

Hastaları büyük çoğunluğu diyetlerini, egzersizlerini devam ettiremeyişlerinin nedenlerini anlatırken ‘motivasyon’ kelimesini kullanmasalar da; çabuk pes ettim, sürekli devam ettiremedim, destek göremediğim için bıraktım...” benzeri ifadelerle motivasyonlarının azaldığını yada kaybolduğunu anlattılar.

4.5. Obezitenin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi

Hastalarla obezitenin yaşam kalitesi üzerine etkileri konusundaki düşünceleri soruldu. Hastaların bu konu hakkında en çok kullandığı ifadeler, “*anahtar kelimeler*” başlığı altında listelendi. Bu listede yeralan anahtar kelimelerin hangi başlıklar altında toplanabileceği düşünüldü (Şekil-6). “Hareket kısıtlılığı, yorgunluk, eklem ağrıları, iş imkanı, özgüven, mutsuzluk, karamsarlık” şeklinde alt başlıklar oluşturuldu.



Şekil 6: Tema-5'in oluşturulma basamakları.

Küçük alt başlıklar (*minör kategoriler*) daha sonra bu kendi içlerinde ve aralarında ortak yönleri ve farklılıkları açısından değerlendirildi ve daha kapsamlı başlıklar altında toplandı. “*Major kategoriler*” olarak adlandırılan geniş başlıklar : “fiziksel iyilik hali -fiziksel kapasite, zihinsel ve duygusal iyilik hali, sosyal statü ” olarak belirlendi. Son olarak belirlenen tüm konu başlıklarının esas olarak vurguladığını düşündüğümüz “*ana tema*” belirlendi: “*Obezitenin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi*” (Şekil-6).

Fiziksel Kapasite

(Hareket kısıtlılığı ve yaşanan duygular / Eklem ağrıları / Yorgunluk vb)

29 yaşındaki hekim hastamız fazla kiloları nedeni ile hareketlerinin kısıtlanmasından yakınmaktaydı:

“...artık kilolarımın beni yorduğunu hissettiğimde ve işlerimi çok zorlanarak yaptığımda,,, sonrasında da dinlensem bile hala yorgun ve uykusuz kaldığım zaman bir sağlık problemi olarak gördüm...” (Hasta no: 26)

Zihinsel ve Duygusal İyilik Hali :

(Özgüven, Alınganlık, Obezitenin Başarının Önünde Engel Olarak Görülmesi ve Üzüntü Kaynağı Haline Gelmesi, Karamsarlık, Saygı, Dinlenilme, İş İmkânı vb)

37 yaşındaki bayan hasta, kilo verdiği zaman gerçekleşmesinin daha kolay olacağı hedeflerini anlattı

“onu çok hayal ediyorum, şöyle en azından kendi açımdan; şuan boşanıyorum, çocuklarım için iş bulabilmek için...bir yere gittiğimde daha rahat kıyafet bulabilmek için, bir yere gittiğimde sana göre yok desinler istemiyorum...” (Hasta no:24)

Bir diğer bayan hasta da kilo verirse hayatına kazandıracağı artı olarak çocuklarına daha faydalı olmayı dile getirdi:

“çocuklarıma daha çok verimli olurum çünkü iş yaparken bile zorlanıyorum...”(Hasta no:19)

5. TARTIŞMA

Obezite tüm dünyada prevalansı giderek artan bir sağlık problemidir. Obezitenin neden olduğu ve olabileceği hastalıklar ile obeziteye neden olan hastalıklar konusunda da araştırmaların sayısı her yıl artmaktadır. Aynı zamanda son yıllarda obezitenin gelişim sürecinde etkili olan dinamikler de araştırma konusu olarak ele alınmaktadır. Yurtdışında özellikle bireylerin neden ve nasıl obezite problemi ile karşı karşıya kaldıkları, problemi çözmek için hangi yolların izlenebileceği konusunda çok sayıda kalitatif çalışma yapılmaktadır. Ülkemizde ise obezite ile ilgili kantitatif çalışmalara sıklıkla yer verilmesine rağmen kalitatif alanda yapılan çalışmalara rastlanmamaktadır.

Obezite, ülkelerin hem sosyal yönden hem ekonomik yönden çözmeye çalıştığı bir problem haline gelmiştir. Bizim ülkemiz açısından da obezitenin görülme sıklığı gerek çocukluk çağında olsun gerekse de erişkin dönemde giderek artmaktadır. Obezite, prevalansı giderek artması nedeniyle acil ve etkili çözümlere ihtiyaç duyulan bir toplum sağlığı konusu haline gelmiştir. Aynı zamanda oluşmasında multifaktöryel nedenlerin yer aldığı, anlaşılması kadar çözülmesi de karmaşık bir süreci içermektedir. Bu nedenle obeziteyi, hem gelişmesi hem de çözülmesi açısından tek yönüyle değerlendirmek yetersiz kalacaktır. Obeziteyi ele alırken hem kantitatif verilerden hem kalitatif verilerden yararlanmanın çok daha faydalı olacağı inancındayız. Bu düşünceden yola çıkarak obeziteye farklı bir açıdan yaklaşabilme düşüncesiyle bu çalışma planlandı.

Kantitatif çalışmalarda obezite ile ilgili (etyoloji, eşlik eden durumlar, komplikasyonlar, vb) elde edilen verilerin tedaviye kazandırdığı değer kadar, kalitatif çalışmalarla elde edebileceğimiz veriler de tedavi sürecine olumlu değerler katmaktadır. Kalitatif çalışmalarla obezitenin gelişme aşamasında hastaların neden ve nasıl bu aşamalara geldiklerinin, nasıl mücadeleler verdiklerinin, ne kadarında nasıl başarılı olabildiklerinin, ne kadarında neden başarılı olamadıklarının, tedavi yaklaşımından neler beklediklerinin, tüm yaşanan bu süreçte yaşamlarının nasıl etkilendiğinin bireysel bakış açılarının da değerlendirilmesi tedaviye yeni bakış açıları olarak kazanım sağlamaktadır. Kalitatif çalışmaların özellikle hastaları ilk gözlemleyen ve bireyi tek yönüyle değil de her açıdan ele alıp değerlendirmeyi ilke

edinen aile hekimliği disiplini açısından oldukça uygun olduğu düşüncesindeyiz. Kalitatif çalışmaların sonuçları ile hem bireylerin farkındalığının hem de sağlık profesyonellerinin hasta ve tedavi sürecine bakış açısında farkındalığın artırılması hedefi ile yola çıktık. Ancak kalitatif çalışmaların şöyle bir kısıtlılığı bulunmaktadır: Yapılan kalitatif çalışmanın sonuçları tüm topluma genellenememektedir. Sonuçlar, sadece çalışmanın yapıldığı grup için geçerlidir ve zaten kalitatif çalışmanın da amacı genelleme yapmak değildir. Kalitatif çalışma ele aldığı konu üzerinde derinlemesine düşünülmesini sağlamak ve farkındalığın artmasını sağlamak amacındadır.

Aile hekimliği için kalitatif çalışmanın kıymetli olmasının bir diğer nedeni aslında bu kısıtlılığın ardında bir de avantaj getirebilecek olmasıdır. Aile hekiminin ilgilendiği hasta popülasyonu, sürekli birçok yönden ve yakından takip edilme şansına sahip bir grup olacaktır. Aile hekimi bu popülasyonun içinde belirli problemleri olan ve çözümünde zorlandığı hastalarını ele alarak, kantitatif verilerin de ışığında, kalitatif çalışma metodlarından faydalanarak, bu hastalarına özel bir yaklaşım gösterebilir. Tabi ki bu sonuçları tüm popülasyona ya da çalışmasının dışında kalan hastalarına uyarlaması mümkün olmayacaktır. Değindiği gibi öncelikle amaç : “ farkındalığı arttırmak “ olacaktır. Aynı şekilde çözülmesi gereken problemleri olan farklı bir hasta popülasyonu olduğunda önceki verileri, hekime ışık tutacaktır, hastalarına birebir özel yaklaşım tecrübesi sayesinde, sonraki yaklaşımlarının daha profesyonel olmasını sağlayacaktır, empati kurması daha kolaylaşacaktır, olguları ve durumları birden fazla yönüyle değerlendirebilecektir. Bu yönleri ile avantaj sağlamaktadır. Ancak yeni hasta grubu için yeni bir kalitatif yaklaşım süreci gerekecektir. Bu durum ise, tüm popülasyona uygulanamaması, harcanan emek ve zaman açısından kısıtlılık getirmektedir.

Yaptığımız çalışmayı, birebir farklı bir kalitatif çalışma ile kıyaslamak kalitatif çalışmanın nativi gereği doğru olmayacaktır. Çünkü her bir kalitatif çalışma sonucu, o gruptaki hastalara özeldir; hastaların bulundukları topluma, kültüre, sosyoekonomik duruma, döneme göre sonuçlar etkilenmektedir. Dolayısı ile amaç önceki kalitatif çalışmalar ile benzerlik yada farklılık bulmak değildir. Kalitatif çalışmamızın sonuçlarına ve tartışmasına bu bilgiler ışığında bakacak olursak daha verimli ve anlaşılır olacaktır. Bu bağlamda yurtdışında obeziteyi farklı yönleri ile ele

alan kalitatif çalışmaların sonuçları ile çalışmamızın benzerlikleri ve farklılıkları değerlendirilmeye çalışıldı.

Sophie Lewis ve arkadaşlarının Avustralya’da 2009 yılında obezite üzerine yaptıkları bir kalitatif çalışmada, çalışmalarında yeralan obez bireylerin çoğu, obezitenin ileriki yıllarda sağlık problemlerine yol açacağı düşüncesinde olduklarını belirtmişlerdir. Bu hastalar, aynı zamanda bu yüzden ‘korku’ ve ‘endişe’ duyduklarını ifade etmişlerdir(81). Çalışmamızda ise benzer şekilde, çalışmaya dahil olan hastaların büyük çoğunluğu, fazla kilolarının sağlıklarını olumsuz yönde etkileyebileceğini düşünmektedir. Bu düşüncelerini “’endişeleniyorum” , “korkuyorum”, “kaygılanıyorum” gibi ifadelerle belirtmişlerdir. Çalışmamızda duygularını bu şekilde ifade eden hastaların büyük çoğunluğu, endişelerinin çevresindeki obez bireylerin yaşadıkları sıkıntılara şahit oldukları için kaynaklandığını dile getirmektedirler. Aynı sıkıntıların yıllar içerisinde eğer kilo veremezlerse kendilerinde de gelişebileceğinden endişe etmektedirler. Bu yüzden bu hastaların erken dönemde önlem almak isteği içerisinde ve daha hevesli oldukları gözlemlendi. Çok uzun yıllardır obezite problemini yaşıyor olsalar da ailelerindeki bir bireyin obeziteden kaynaklanan bir sağlık probleminden etkilendiğini görmeleri, hastaların kilo vermeye karar vermesinde daha etkili olduğu gözlemlendi.

Ayrıca mevcut sağlık problemleri olan (nefes daralması, çabuk yorulma, yürümede zorlanma gibi) hastaların büyük çoğunluğu bunun obezite ile doğrudan ilişkili olduğunu düşünmektedir. Bu hastalar eğer fazla kilolarından kurtulurlarsa diğer sağlık sıkıntılarından kurtulabileceklerini düşündükleri için, kilo vermeyi daha çok istemektedirler. Çözüm olarak da büyük çoğunluğu fiziksel hareketin gerekliliğine inanmaktadır. Buna rağmen kilo verme yönündeki fiziksel aktivitelere yine sağlık sıkıntılarını işaret ederek engel göstermektedirler. Aslında bir kısır döngü içerisine giren hastaların çok büyük bir kısmı bu durumdan nasıl çıkacağı konusunda kararlı görünmemektedir. Hastaların çok büyük bir kısmı fiziksel hareketlerine engel gördükleri sağlık sıkıntılarını çözebilmek adına doktora başvuruda bulunmamışlardır. Bu nedenle temelde yatan problem çözülmedikçe kısır döngü devam etmektedir.

Hastalara salt “egzersiz yapacaksın bir şekilde, yoksa kilolarını veremezsin” şeklinde empati kurmadan ve temeldeki sorunu çözmeye odaklı olmayan bir yaklaşımla obezite yönetiminde başarılı olunması beklenemez. Hastalardan yapılan görüşmeler sonucunda bunun pek de işe yaramadığı görülmüştür. Daha önce kilo

vermek için doktora ya da diyetisyene başvuran hastalar, buna benzer empatiden uzak ve teorik bilgilerle doldurulmuş pratik uygulamalara değinilmeyen yaklaşımların havada kaldığını vurgulamaktadırlar. Hastaya ne kadar doğru ve gerekli bilgi uzun uzun verirse verilsin, onun bunu uygulayıp uygulayamayacağını öğrenmeden görüşmenin bitirilmesi, aslında kolaylıkla çözülebilecek bir durumun kronikleşmesi ve karmaşıklaşmasına neden olabilir. Hekim, hastaların öncelikle fiziksel hareket hakkında tutumlarını öğrenmeye çalışılabilir, ardından fiziksel harekete sıcak bakıyor ama yapamadığını ifade ediyorsa bunun nedenlerini, hastayı yargılamadan, kızmadan sorabilir ve hasta tarafından ortaya konan nedenleri hastayla birlikte ele alıp değerlendirebilir. Bunun sonucunda temelde soruna ilgiyle ulaşılarak, öncelikle bunun çözüm yolları düşünülerek gerektiği durumlarda yönlendirmeler yapılabilir. Fiziksel bir engelden bahsediyorsa, bunun bir çözümü olup olmadığı değerlendirilip(özellikle bizim çalışmamızdaki hastalar dizlerinin ağrıdığından yakınıyordu), gerekirse ilgili branşa yönlendirilebilir, eğer zaman bulamadığını dile getiriyorsa, günlük yaşamında nelere ne kadar vakit ayırdığı birlikte konuşularak çözüm önerileri sunulabilir. Çalışma süresince hastalarla yapılan görüşmeler sonucunda, aslında hastaların öncelikle dinlenilmek ve anlaşılmak istedikleri ('empati özleminde' oldukları), ilgiyi hissettiklerinde ise daha motive bir şekilde önerilere odaklanıp çabalarının arttığı gözlemlendi. (Bir hastamız, başvurduğu sadece doktorunu çok sevdiği için ona söz verdiğini, verdiği sözü yerine getirmek için çaba gösterdiğini ve başardığını vurgulamıştı, daha sonra tatlı alışkanlığından vazgeçemediği için tekrar almıştı, daha sonra tekrar gittiğinde ise aynı doktorunu görememişti).

Fiziksel hareketliliğin gerektiğine tüm hastalar katılmaktadır ancak sadece bir kısmı kısa bir dönem egzersiz yapmış daha sonra çeşitli nedenlerle bırakmıştır. Egzersiz yapan hastaların tümü egzersiz yaptıkları dönemde kilo vermelerine çok katkısı olduğunu ifade etmektedir. Egzersizi bırakmış oldukları için hastaların büyük çoğunluğunun üzgün oldukları ve pişmanlık duydukları gözlemlendi. Aslında hastaların bu pişmanlıkları üzerinde durarak, bu duyguyu tersine çevirmek adına tekrar egzersize motive olmalarında kullanılabilir. Öncelikle egzersiz yaptıkları dönemdeki başarıları hatırlatılarak bu konuda cesaretlendirilebilir. Bu hastaların büyük çoğunluğunun ihtiyaç duyduğu sadece cesaretlendirilmek bile olabilir.

Epstein ve Ogden'in 2005'de İngiltere'de obezite üzerine yaptıkları kalitatif

çalışmada doktorlar; obez hastaların durumun ciddiyetinde olmadıklarını dile getirmektedir. Hastalarla konuşulduğunda diyetlerinin nasıl olması gerektiği konusunda ve kendi tükettikleri diyetleri hakkında bir farkındalıklarının olmadığı ortaya çıkmıştır. Çalışmalarındaki bir hastanın “ ben sadece marul yiyorum ama” demesini örnek göstermişlerdir(82). Bizim çalışmamızda da hastalarımızın bir kısmında diyetlerinin içeriklerinin uygun olup olmadığı konusunda fikirleri yoktu. Hatta çok az bir kısmı, evdeki diğer bireylere göre çok az yediğini ama neden kendisinin daha az kilo verdiğini anlayamadığını dile getirdi. Bunun yanı sıra bir hastamız diyetle olası gereken değişimleri tam kavrayamamıştı: “Bir dilim ekmek mi bana kilo aldırarak ya da verdirecek? Bir dilim ekmeği kessem ne olacak ki diye düşünüyorum...” diyordu. Başka bir hastamız ise diğerinin tersine : “ diyetisyenin verdiği diyetin kendi kendine düzenlediği diyetle göre çok daha kalorili olduğunu düşünüyor hatta ona daha çok kilo aldıracağından korkuyordu, diyetisyeni kendisine dengeli karbonhidrat dağılımı olması açısından ekmek de önermişti ancak kendisi ekmek yemek istemiyor, kilo veremem hatta alırım endişesi ile diyeti hiç uygulamaya başlamıyordu” .

Epstein ve Ogden’in yaptığı aynı çalışmada doktorlar, hastaların kilo verme sorumluluğunun hastalar tarafından doktorlara yıkıldığını ve bunun yanlış olduğunu vurgulamaktadırlar (82). Bizim çalışmamızda ise hastalar tarafından, tam olarak sorumluluğun doktorlara yıkılması net bir şekilde dile getirilmese de fayda göremedikleri diyet ve egzersiz programlarından büyük oranda sorumlu kabul ediliyorlardı. Hastalar “ diyetisyene gittim ama verdiği diyet işe yaramadı, doktora gittim ama egzersiz önerdi ben nasıl yapayım bu halimle?, doktora da diyetisyene de gittim listeleri aldım ama kilo veremedim” gibi şikayetlerde bulunuyorlardı. Ancak durum irdelendiğinde bu şikayetleri olan hastalardan “diyetisyene gittim ama işe yaramadı” diyenlerin ya diyetle tam olarak uymadıkları veya diyet listelerine bile bakmadıkları ya da diyetisyene listede bulunanları alamadıklarını söylemedikleri, önerilen gıdalardan sevmedikleri olduğunda yerine değişim olup olmadığını sormadıkları gözlemlendi. Aynı zamanda başlayıp da devam ettiremedikleri diyetleri için diyetisyenlere geri bildirimde bulunmadıkları anlaşıldı. “Doktora gittim ama egzersiz önerdi, yapamıyorum ki “ diyenlerin ise bunu doktorları söylediğinde kabul ettiğini ya da yapamayacağını ve neden yapamayacağını hiç dile getirmedikleri anlaşıldı. Bir diğer nokta ise hastalar her defasında farklı diyetisyen ve doktorla görüşmek

durumunda kaldığı için diyetisyen ya da doktor yada diğer sağlık profesyonellerini, önerilerin yerine getirilip getirilmediğini sorma şansı olamamaktadır. Bu açıdan yaklaşacak olursak, aile hekimliğinde hastaları uzun süreli aynı hekim ve sağlık profesyonellerinin takibi hedeflendiğinden, birinci basamakta hastayla en çok ve sık aralıklarla karşılaşma şansı nedeni ile geribildirim alma daha kolay olacaktır. Aile hekimleri hastalara önerilerin gerçekleşme takibi uygulayabilirse, motivasyon ve engellerin erken dönemde kaldırılması açısından faydalı olabilir.

Thomas SL. ve arkadaşlarının 2008’de Avustralya’da yaptıkları kalitatif çalışmada, çalışmaya katılan hastaların çoğu, özellikle medya tarafından obez bireylerin ‘suçlu’ gibi yansıtıldığını düşündüklerini belirtmişlerdir(83). Çalışmamızda hastalar bu konuya direkt olarak medyaya değinmemişlerdir ancak artık toplumun insanları beğenme ve takdir görme kriterinin “zayıf olmak” olduğunu düşünmektedirler.

Nicola F. Weaver ve arkadaşlarının 2008’de ABD’de yaptıkları kalitatif çalışmada, çalışmaya erkekler alınmış ve obezite hakkındaki düşünceleri sorulduğunda nerdeyse tamamı fazla kilolarından dolayı görünümünden rahatsızlık duymadıklarını dile getirmişlerdir. Yapılan bu çalışmada çalışmaya katılan erkek hasta sayısı azdı(84). Yapılan bu çalışmadaki erkek bireylerin de benzer şekilde estetik açıdan rahatsızlıkları pek fazla değildi. Erkek hastalar, fiziksel görünümünden çok hareketlerinin kısıtlanması ve kıyafet seçimindeki zorluklardan şikayetçiydi.

Rebecca M. Puhl ve arkadaşlarının 2007’de yaptıkları kalitatif çalışmada, hastaların çok büyük bir yüzdesi, fazla kiloları ile ilgili yapılan eleştirilerden ve yapılan şakalardan hoşnut olmadıklarını dile getirmişlerdir(85). Çalışmamızda benzer şekilde hastaların büyük çoğunluğu sözel olarak yapılan olumsuz eleştirilerden, şakalardan, dalga geçilmesinden ve çok az bir kısmı da hakaret edilmesinden oldukça hoşnutsuzdu. Hastaların çoğunda bu durum üzüntü yaratmasına rağmen sadece bir kısmı karşısındaki bireylere bu tavırdan ve yaklaşımdan rahatsızlık duyduğunu dile getirebilmekteydi. Hastaların az bir kısmı ise sözel olmayan ama kendilerine fazla kilolarının ima edildiğini düşündükleri durumlardan rahatsız oluyor ve üzüntü duyuyorlardı.

Çalışmamızda hastaların eğitim düzeyi artıkça, obezitenin farkındalığının arttığı görüldü. Bununla paralel olarak gelişebilecek komplikasyonları önleme çabasının da arttığı gözlemlendi. (kontrollere daha düzenli gelme, doktorundan bilgi ve

öneri alma isteğinde artış, önerilere uyumda artış gibi). Eğitim düzeyi daha az olan hastaların ise endişeleri daha yoğundu, kendilerine bilgi verildikten sonra endişelerinin daha azaldığı gözlemlendi, önlemek için aktif çaba içinde olma isteklerinin oluştuğu gözlemlendi.

Çalışmamızda hastaların az bir kısmı, kilo probleminin yol açtığı yada eşlik ettiği sıkıntıların psikolojik olabileceğini net bir şekilde sözel olarak dile getirdi. Ancak hastaların büyük çoğunluğunda obezite ile ilgili yaşantılarından bahsederken sözel net bir ifade kullanmasalar da, gözlenen beden dillerinden psikolojilerinin olumsuz etkilenmiş olabileceği düşünüldü.

Hastaların bir kısmı obezitenin kendilerine getirdiği sıkıntıları dile getirirken bu durumdan dolayı ‘utanç’ ve ‘üzüntü’ hali içerisinde gözlemlendiler.

Çalışmanın sonuçları psikolojik açıdan hastaların etkilenmesi yönüyle irdelenirken kuvvetli ispatları olmamakla beraber, hastaların sözel ve bedensel dillerinden elde edilen gözlemler sonucunda yeni bir soru oluşmasına neden oldu: **“Obesite mi özgüveni yıkıyor, özgüven yıkımı mı obesiteye yol açıyor? ”** Elbette, üzerinde ayrıca çalışılması gereken bir konu olup, elimizdeki veriler bu konuda yetersizdir. Bu konuda yapılacak çalışmalar özellikle kalitatif çalışmaların bu konuya daha çok ışık tutacağını beklide daha farklı bir sonuçla aydınlatacağını ümit ediyoruz.

6. SONUÇLAR

Obezite problemi ile mücadele eden bireylerin neden obezite ile karşı karşıya kaldıklarının daha iyi anlaşılmasının amaçlandığı çalışmada, hastaların bu süreci nasıl yaşadıklarını öğrenmeye yönelik bilgiler elde edilmeye çalışıldı. Bu amacı sağlayabileceği ve en iyi yansıtacağı düşünülen kalitatif araştırma yöntemi seçildi ve gömülü teori tekniği kullanıldı. ANEAH Endokrin Polikliniği bünyesindeki Diyet Polikliniğine yönlendirilen “Obeziteyle ilişkilendirilecek kronik hastalığı olmayan (diyabetes mellitus, tiroid bozuklukları vb), obezite gelişimi ilaç kullanımı ile ilişkilendirilmemiş olan, obezite cerrahisi geçirmeyen, daha önce olumlu yada olumsuz sonuçlanan kilo verme deneyimi olan, 18 yaşın üzerindeki , BKİ ≥ 30 ’un üzerinde olan hastalar” ile konuşuldu. Hastaların yaşantılarını daha derinlemesine anlamak amaçlı kabul eden hastalar ile yarı yapılandırılmış röportajlar yapıldı. Görüşmelerdeki ses kayıtları yazılı metinler haline dönüştürüldü ve kalitatif çalışma analiz tekniği ile değerlendirildi.

Temaları elde ederken öncelikle konuya farklı açılardan yaklaşmamızı sağlayacak anahtar kelimler (opencodings), ardından minör kategoriler belirlenip metinlerde işaretlendi, daha sonra minör kategorilerden benzer konulara değinilenler ortak konu başlıkları altında toplanarak major kategoriler elde edildi. Son olarak da major kategoriler tekrar gözden geçirilerek çalışmadan elde edilen sonuçları toparlayacak ana temalar başlığı altında toplandı. Oluşturulan ana temalar :

Ana Tema(1): Obez bireylerin obeziteye bakış açıları

Ana Tema(2): Obez bireylerin farkındalık düzeyleri

Ana Tema(3): Obezite - özgüven ilişkisi

- Özgüven nasıl etkileniyor?

- Özgüven problemi yıkılınca özgüven tekrar inşa edilebilir mi?

Ana Tema(4): Obez bireylerin tedaviye olan inançları

Ana Tema(5): Obezitenin yaşam kalitesinine etkileri

- Hastaların mevcut yaşam koşullarını etkiliyor mu?

- Hastaların obezitenin çözümü ile çözülmesini umduğu yaşam koşulları var mı?

Hastalar, olumlu kilo verme deneyimlerindeki başarıyı motivasyona, kararlılığa ve kendilerine bir hedef belirlemeye bağlamaktadırlar. Hastalar, kilo vermeyi başardıklarında, özgüvenlerini tekrar kazanmayı ve yaşamlarının pozitif yönde değişmesini ummaktadırlar. Çalışmanın sonucunda her hastanın kilo verme konusunda farklı beklentilerinin ve ihtiyaçlarının olduğu anlaşıldı. Biyopsikososyal yaklaşım gereği aile hekimleri, fazla kilo problemi olan hastalarının neden, nasıl bu aşamaya geldiğini anlamaya ve her bireye özel bir yaklaşımla neler yapılabileceğini belirlemeye ihtiyaç duymaktadırlar.

Çalışmamızın öncelikli amaçlarından biri de hem bireylerde hem doktorlarda farkındalıkları arttırabilmektir. Bu konu ile ilgili olarak kalitatif çalışmaların sayısının artması ile daha fazla nelerin yapılabileceğine, nasıl bir yol izlenebileceğine hasta-hekim işbirliği içinde karar verilebilmesine imkan sağlayacaktır. Böylece obezite tedavisinde bir adım daha atılabileceği düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

1. The European definition of General Practice/Family Medicine WE, Barcelona:WONCA Europe Office Publication; 2002.
2. WHO. Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation on obesity. Geneva, 3 - 5 June 1997. (Geneva: World Health Organisation, 1998 WHO/NUT/NCD/98:1.
3. Hellerstein M, Parks E. Obesity & Overweight. In Greenspan FS, Gardner DG (eds): Basic and clinical endocrinology, 7th edition. New York: The McGraw-Hill Companies, Inc. 2004; 794-813.
4. Klein S, Romijn J. Obesity. In Kronenberg HM, Melmed S, Polonsky KS, Larsen PR (eds): Williams textbook of endocrinology, 11th edition. Philadelphia: Saunders Elsevier 2008; 1563-1588.
5. Antipatis VJ, Gill TP Obesity as a global problem. In Björntorp P (ed) International textbook of obesity . JohnWiley & Sons Ltd, West Sussex, UK 2001: 3-22.
6. Field AE, Barnoya J., Colditz GA. Epidemiology and health and economic consequences of obesity. In Wadden TA, Stunkard AJ (eds): Handbook of obesity treatment. . Guilford Press, New York 2002;3-18.
7. Bozbora A. Şişmanlık Hastalığı.Genel Cerrahi,(ed.dr.kalaycı g)Nobel tıp kitabevi, İstanbul 2002;521-31). Nobel tıp kitabevi, İstanbul 2002;521-31).
8. Hamulu F. Obezite Komplikasyonları. In: Yılmaz C,editör. Obezite ve Tedavisi. 1.Baskı.İstanbul:Mat Matbacılık ;1999; s.41-61.
9. Brörntorp P. International Texbook of Obesity Türkçe 1. Baskı. And Yayıncılık, İstanbul, 2002.
10. Türkiye obezite ile mücadele ve kontrol programı (2010-2014) Bölüm 1-4. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2010 http://www.beslenme.saglik.gov.tr/content/files/home/turkiye_obezite_sismanlik_ile_mucadele_ve_kontrolprogrami_2010_2014.pdf (Erişim Tarihi: 29.06.2011).
11. Satman İ ve ark.Türkiye Diyabet H, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması-II (TURDEP-II Çalışması), 2010.
12. Satman İ ve ark. Diabetes Care 2002 2002; 25(9). 1551-1556.
13. Hatemi H. Obezite ve Metabolik Sendrom B, İstanbul, 2003.
14. Onat A ve ark. TEKHARF. 2001.
15. Ertem M ve ark. High parity number and low socioeconomic status may be responsible risk factor for high prevalence of obesity in women living in southeastern region of Turkey. Eating and Weight Disorders 2007.
16. Kaya A ve ark. Hipertansiyon, Obezite ve Lipid Metabolizması Hekim İçin Tanı ve Tedavi Rehberi. TEMD klavuzu 2009.
17. Styne DM. Pediatr Clin North Am 2001; 823-854.
18. Zimmerman RL. Clin Fam Pract 2002; 4(2). 229.
19. Björntorp P. Lancet 1997; 423-426.
20. Visscher TLS ve ark. . Int J of Obesity 2002; 26. 1218-1224.
21. Astrup A. Macronutrient balances and obesity: the role of diet and physical activity. Public health nutrition 1999; 2. 341-347.

22. Eker E, Şahin M. Birinci Basamakta Obeziteye Yaklaşım. *sted* 2002 • cilt 11 • sayı 7.s 246-249.
23. Pi-Sunyer FX. The obesity epidemic: pathophysiology and consequences of obesity. *Obesity research* 2002; 10 Suppl 2. 97S-104S.
24. Jensen MD. Obesity. In Cecil RL, Goldman L, Ausiello D (eds): *Goldman: Cecil Medicine*, 23th edition. Philadelphia: Saunders Elsevier 2007; 1061-1076.
25. Bouchard C, Perusse L, Rice T. The genetics of human obesity. . *Handbook of obesity*, Newyork, 1998:157-190.
26. Chagnon YC, Perusse L, Weisnagel SJ, et al. The human obesity gene map. *Obesity Research* 1999;8:89-117.
27. Sencer E. Endokrinoloji, Metabolizma ve Beslenme Hastalıkları. 1.Baskı, Nobel Tıp kitabevleri, İstanbul, 2001.
28. Bray GA. Classification and evaluation of the obesities. *Med Clin North Am* 1989;73:161-184.
29. Ichihara S, Yamada Y. Genetic factors for human obesity. *Cell Mol Life Sci* 2008; 65: 1086-98.
30. Friedman JM, Halaas JL. Leptin and the regulation of body weight in mammals. *Nature* 1998; 395. 763-770.
31. Montague CT, Farooqi IS, Whitehead JP et al. Congenital leptin deficiency is associated with severe early-onset obesity in humans. *Nature* 1997; 387. 903-908.
32. Coll AP. Effects of pro-opiomelanocortin (POMC) on food intake and body weight: mechanisms and therapeutic potential? *Clinical science* 2007; 113. 171-182.
33. Samaras K, Kelly PJ, Chiano MN et al. Genetic and environmental influences on total-body and central abdominal fat: the effect of physical activity in female twins. *Annals of internal medicine* 1999; 130. 873-882.
34. Vasan RS, Pencina MJ, Cobain M et al. Estimated risks for developing obesity in the Framingham Heart Study. *Annals of internal medicine* 2005; 143. 473-480.
35. Hu FB, Li TY, Colditz GA et al. Television watching and other sedentary behaviors in relation to risk of obesity and type 2 diabetes mellitus in women. *JAMA* 2003; 289. 1785-1791.
36. Taras HL, Sallis JF, Patterson TL, et al. Television's influence on children's diet and physical activity. *J Devel Behav Pediatr* 1989;10:176- 180.
37. Buchowski MS, Sun M. Energy expenditure, television viewing and obesity. *Int J Obes* 1996;20:236-244.
38. Wilson DJ, Foster DW, Kronenberg MH, Larsen PR. *Williams Textbook of Endocrinology* 9th Edition. WB Saunders Company, Philadelphia,1998.
39. Astrup A. The role of dietary fat in the prevention and treatment of obesity. Efficacy and safety of low-fat diets. *International journal of obesity and related metabolic disorders : journal of the International Association for the Study of Obesity* 2001; 25 Suppl 1. S46-50.
40. Pereira MA, Kartashov AI, Ebbeling CB et al. Fast-food habits, weight gain, and insulin resistance (the CARDIA study): 15-year prospective analysis. *Lancet* 2005; 365. 36-42.

41. Daousi C, Dunn AJ, Foy PM et al. Endocrine and neuroanatomic features associated with weight gain and obesity in adult patients with hypothalamic damage. *The American journal of medicine* 2005; 118. 45-50.
42. Pyeritz RE. Yeme bozuklukları. In Andreoli TE, Carpenter CJ (eds): *Andreoli and Carpenter's Cecil essentials of medicine*, Türkçe 7. edisyon. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri 2008; 605-608.
43. Reinehr T, Isa A, de Sousa G et al. Thyroid hormones and their relation to weight status. *Hormone research* 2008; 70. 51-57.
44. In-Iw S, Biro FM. Adolescent women and obesity. *Journal of pediatric and adolescent gynecology* 2011; 24. 58-61.
45. *Anatolian Journal of Psychiatry* 2005; 6:84-91.
46. Herpertz S, Saller B. Psychosomatic aspects of obesity. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 2001; 51. 336-349.
47. Flier JS, Flier EM. Biology of obesity. In Fauci AS, Kasper DS, Longo DL et al. (eds): *Harrison's principles of internal medicine*, 17th edition. New York: The McGraw- Hill Companies, Inc. 2008; 462-467.
48. Jebb SA. Measurement of body composition. In Kopelman PG, Stock MJ (eds): *Clinical obesity*. London: Blackwell Science 1998; 18-49.
49. Antipatis VJ, Gill TP. Obesity as a global problem. In Björntorp P (ed) *International textbook of obesity*. West Sussex, UK: JohnWiley & Sons Ltd 2001; 3-22.
50. Van Itallie TB. Health implications of overweight and obesity in the United States. *Ann Intern Med* 1985;103:983-988.
51. Kuczmarski RJ, Flegal KM, Campbell SM, Johnson CL. Increasing prevalence of overweight among US adults. *JAMA* 1994;272:205-211.
52. Lenter C. Geigy Scientific Tables, volume 3. Ciba-Geigy, 1984, Basle.
53. Albrink MJ. Overnutrition and the fat cell. Ed: Bondy PK, Rosenberg LE, Duncan's *Disease of Metabolism* volume 1, Genetics and Metabolism. WB Saunders Company, Philadelphia, 1974:417-425.
54. Mahan LK, Arlin M. Krause's food, nutrition and diet therapy. 9th Edition, WB Saunders Company, Philadelphia, 1996.
55. Van Itallie TB. Prevalence of Obesity. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America* 1996;25:887- 905.
56. Lukaski HC. Methods for the assessment of human body composition: Traditional and new. *American Journal Clinical Nutrition*. 1987;46:537-556.
57. Van Loan MD, Mayclin PL. Body composition assessment: Dual energy X ray Absorptiometry (DEXA) compared to reference methods. *Eur J Clin Nutr* 1992;46:125-130.
58. Wang ZM, Pierson RN, Heymsfield SB. The five level model. A new approach to organizing body composition research. *Am J Clin Nutr* 1991;54:970-975.
59. Harsha DW, Bray GA. Body composition and childhood obesity. *Endocrinol Metab Clin North Am* 1996;25:871-885.
60. Gibson RS. *Principles of Nutritional Assessment*. Oxford University Press 1990.
61. Despre's JP. Dyslipidemia and obesity. *Bailliere's Clin Endocrinol Metab* 1994;8:629-660.
62. Black D, James WPI, Besser GM. *Obesity* J R Coll Physicians London. 1983;17:5-65.

63. Segal KR, Van Loan M, Fitzgerald PI, et al. Lean body mass estimation by electrical impedance analysis. A four site cross validation study. *Am J Clin Nutr* 1988;47:7-14.
64. Garrow JS, Webster J. Qutelet's index (W/H²) as a measure of fatness. *Int J Obes* 1985;9:147-153.
65. Donohoue PA. Obesity. In: Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB, eds. *Nelson Textbook of Pediatrics* 17 th ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 2004: 173-177.
66. Tagliaferi M, Berselli EM, Calo G, et al. Subclinical hypothyroidism in obese patients: Relation to resting energy expenditure, serum leptin, body composition and lipid profile. *Obesity Research* 2001;9:196-201.
67. Lapidus L, Bengtson C, Larsson B, et al. 12 year follow-up of participants in the population study of women in Gothenberg, Sweden. *BMJ* 1984;289:1261-1263.
68. Schauer PR, Schirmer BD. The Surgical management of obesity. *Schwartz's principles of surgery*. 8. baskı. 2008;997-1013.
69. Kopelman PG. Hormones and obesity. *Bailliere's Clin Endocrinol Metab* 1994;8:549- 575.
70. Jakicic JM, Donnelly JE, Jawad AE, et al. Association between blood lipids and different measures of body fat distributions: Effect of VKİ and age. *Int J Obes* 1993;17:131-137.
71. Hacıyanlı M. Gülay H. Bariatrik cerrahi. Temel ve sistemik cerrahi(ed Gülay h)güven kitabevi İ-.
72. Sjöström LV. mortality of severely obese subjects. *Am J clin nutr* 1992 ;55(suppl 2):516s-23s.
73. Östmann J BM, jonnsson E. treating and preventing obesity. wiley –VCH verlag GmbH co KGaA, weinheim .2004;2-33.
74. Must A, Spadano J, Coakley EH et al. The disease burden associated with overweight and obesity. *JAMA : the journal of the American Medical Association* 1999; 282. 1523-1529.
75. Weinsier RL, Wilson LJ, Lee J. Medically safe rate of weight loss for the treatment of obesity: A guideline based on risk of gallstone formation. *Am J Med* 1995;98:115- 117.
76. Kultursay H, Yavuzgil O. Obezite ve Kardiyovaskuler Risk. *Turk Kardiyoloji Seminerleri* 2003;3:129-135.
77. Hancock B. An Introduction to Qualitative Research, Trent Focus for Research and Development in Primary Health Care. 1998(updated 2002); 2-18.
78. Merenstein J RG, D'Amico F,, Clinical Research in FamilyMedicine: Quantity and Quality of Published Articiles 2003; Family Medicine. 284-288.
79. Lacey A, Luff D. Qualitative Data Analysis. Trent Focus for Research and Development in Primary Health Care 2001; 1-34.
80. Mathers N, Fox N, Hunn A. Using Interviews in a Research Project. 1998(updated 2002); 2-24.
81. Lewis S, Thomas SL, Blood RW et al. Do health beliefs and behaviors differ according to severity of obesity? A qualitative study of Australian adults. *Int J Environ Res Public Health* 2010; 7. 443-459.
82. Epstein L, Ogden J. A qualitative study of GPs' views of treating obesity. *British Journal of General Practice* 2005 55. 750-754.

83. Thomas SL, Hyde J, Karunaratne A, Herbert D, Komesaroff PA. Being 'fat' in today's world: a qualitative study of the lived experiences of people with obesity in Australia. *Health Expect* 2008; 11(4). 321-330.
84. Weaver NF, Hayes L, Unwin NC, Murtagh MJ. "Obesity" and "Clinical Obesity" Men's understandings of obesity and its relation to the risk of diabetes: a qualitative study. *BMC Public Health* 2008; 8. 311.
85. Puhl RM, Moss-Racusin CA, Schwartz MB, Brownell KD. Weight stigmatization and bias reduction: perspectives of overweight and obese adults. *Health Educ Res* 2008; 23. 347-358.



ÖZET

Aile hekimleri, önlenebilir hastalıkların yönetiminde önemli role sahiptir. Obezite, dünya çapında önlenebilir hastalıkların önde gelen nedenlerinden biridir. Tüm dünyada en az 300 milyon, Türkiye’de ise 8,5 milyon obez erişkin bulunmaktadır. Fazla kilolu olmanın sağlık üzerinde ciddi etkileri bulunmaktadır. Obezite tedavisi bütüncül bir yaklaşıma ihtiyaç duymaktadır. Aile hekimlerinin biyopsikososyal yaklaşımı obezite için oldukça değerlidir. Obezite tedavisine yaklaşım uygun diyet ve beslenmeyi, etkili fiziksel aktiviteyi, davranış değişikliğini ve psikolojik desteği içermektedir. Çalışma, hastaların neden başarılı ya da başarısız olduğunun yanıtlarını öğrenmek için tasarlandı. Obez bireylerin neden, nasıl obez olduklarını ve obez bireylerin tedavi yönetiminde kullanılan farklı yöntemlerle ilgili deneyimlerini araştıran sınırlı sayıda çalışma mevcuttur. Yaptığımız literatür taramasında ülkemizde bu alanda yapılan kalitatif çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışmada kalitatif çalışma tekniği kullanıldı. Obez hastaların neden ve nasıl obez bireyler haline geldiklerinin yanıtlarını daha iyi anlayabilmek için bu araştırma tekniği tercih edildi. Kalitatif çalışma metotlarından gömülü teori kullanılarak yüz yüze yarı yapılandırılmış röportajlar yapıldı. BKİ >30 olan hastalardan belirlenen kriterlere uyanlara röportaj teklif edildi, kabul eden hastaların onamı ile yapılan röportajların ses kaydı alındı. Bu ses kayıtları araştırmacı tarafından yazılı metin haline getirildi. Çalışmanın analizi için kalitatif analiz yöntemleri uygulandı. Çalışmaya 26 bayan, 4 erkek hasta dahil edildi. Yapılan röportajların analizi sonucunda ana temalar oluşturuldu. Obez bireylerin obeziteye bakış açıları, obez bireylerin obezite konusundaki farkındalıkları, obezite- özgüven ilişkisi, obez bireylerin tedaviye olan inançları, obezitenin yaşam kalitesi üzerine etkileri olmak üzere 5 ana tema belirlendi. Hastalar, kilo vermeyi başardıklarında, özgüvenlerini tekrar kazanmayı ve yaşamlarının pozitif yönde değişmesini ummaktaydılar. Her hastanın kilo verme konusunda farklı beklentilerinin ve ihtiyaçlarının olduğu gözlemlendi. Biyopsikososyal yaklaşım gereği aile hekimleri, fazla kilo problemi olan hastalarının neden, nasıl bu aşamaya geldiğini anlamaya ve her bireye özel bir yaklaşımla neler yapılabileceğini belirlemeye ihtiyaç duymaktadırlar.

Anahtar kelimeler: Obezite, Kalitatif Çalışma, Gömülü Teori

ABSTRACT

Family physicians have an important role at the management of preventable diseases. Obesity is a leading preventable cause of death worldwide. At least 300 million adults are obese around the world, whereas Turkey has an 8,5 million obese. Being overweight or obese has a serious impact on health. Treatment of obesity needs a comprehensive approach. Biopsychosocial approach of family physicians is invaluable in obesity management. The approach would include proper diet and nutrition, effective physical activity and changing behaviours, besides psychological support. This study is planned to see whether we really understand what lies behind success or failure with obesity management approaches. There is a limited number of studies investigating why and how people become obese and what is the best method of approach towards an obese patient for management of his/her weight status. Our literature search did not reveal any Turkish qualitative study on obesity. We planned a qualitative study with obese patients in our setting, in order to find answers to “why”, “how” and “when” our patients became obese. We used grounded theory approach, and conducted in-depth, semi-structured, face to face interviews with 30 participants (BMI>30). Interviews were audio-recorded and transcribed, and qualitatively analyzed afterwards. 26 women and 4 men accepted to join our study. Analysis of indepth interviews emerged 5 major themes which were the different perception of obesity among individuals; awareness of obesity; loss of self-confidence; belief in treatment and effects on quality of life. Our patients hope they will gain their self-confidence again and their life will change in a positive way. We observed each patient has a different need and different expectation while controlling weight. As a part of biopsychosocial approach the family physician needs to understand the factors that bring the patient to current condition and see which approach would be the best for individual patient for weight management.

Key words: Obesity, Qualitative Study, grounded theory

EKLER

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
ANKARA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR DEĞERLENDİRME KOMİSYONU
TEZ BAŞVURU DEĞERLENDİRME FORMU

Başvuru Numarası: 231/2011

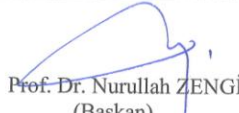
Araştırma Protokolü Adı: Obezite okuluna devam eden obez hastaların kilo kontrolü deneyimleri yakın çevre ve sağlık personelinin beklentileri: kalitatif çalışma

Tez danışmanı: Doç. Dr. Adem Özkara

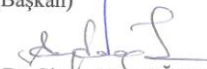
Tez sahibi: Dr. Pınar Döner

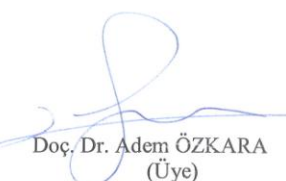
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	BELGE ADI	VAR	YOK
	Klinik şef onaylı ön yazı	☒	☐
	Bilimsel Araştırma Başvuru Formu	☒	☐
	Araştırma protokolü	☒	☐
	İlgili diğer klinikler için birimler onayı	☒	☐
	Hasta ve kontrol grubu için bilgilendirilmiş gönüllü olur formu	☒	☐
	İKU Kılavuzunun okunduğuna dair imzalanmış belge	☒	☐
	Tez çalışması veya tez dışı klinik araştırma bütçe formu	☒	☐
	Hasta Takip Formu	☒	☐
	Yan Etki İzlem Formu	NA	☐
	Helsinki Deklarasyonu'nun imzalanmış kopyası	☒	☐
	Sorumlu araştırmacı ile yardımcı araştırmacıların özgeçmişleri	☒	☐

KARAR BİLGİLERİ	Tarih: 07/09/2011	Karar No: 2011-231
	Hastanemiz Aile Hekimliği Kliniği asistanı Dr. Pınar Döner'in sorumluluğunda yapılması planlanan, yukarıda başvuru bilgileri verilen 231/2011 no'lu araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler incelenmiştir. Araştırmanın bilimsel ve etik açıdan uygulanabilir olduğuna oy birliğiyle karar verilmiştir.	

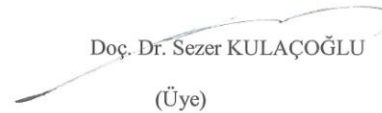

Prof. Dr. Nurullah ZENGİN
(Başkan)


Prof. Dr. Adil ERYILMAZ
(Başkan yrd.)


Doç. Dr. Sinan AYDOĞDU
(Üye)


Doç. Dr. Adem ÖZKARA
(Üye)


Prof. Dr. Ahmet Deniz BELEN
(Üye)


Doç. Dr. Sezer KULAÇOĞLU
(Üye)

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : PINAR DÖNER

Doğum Yeri : HATAY- İSKENDERUN

Doğum Tarihi : 30. 06. 1982

Öğrenim Durumu

- **NAMIK KEMAL İLKÖĞRETİM OKULU (1988-1993)**
- **İSKENDERUN DEMİRÇELİK ANADOLU LİSESİ (1993-2000)**
- **ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ (2000-2006)**
- **ERCIYES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ANATOMİ ANABİLİMDALI (2007- 2008)**
- **ANKARA NUMUNE EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ (2009-...)**

Yabancı Dili : İNGİLİZCE