



Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
Sosyal Hizmet Anabilim Dalı

OBEZ BİREYLERİN NÜKS SÜREÇLERİNİ KEŞFETMEK: BİR KARMA YÖNTEM ARAŞTIRMASI

Meryem DANIŞMAZ SEVİN

Doktora Tezi

Ankara, 2025

OBEZ BİREYLERİN NÜKS SÜREÇLERİNİ KEŞFETMEK: BİR KARMA YÖNTEM
ARAŞTIRMASI

Meryem DANIŞMAZ SEVİN

Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Sosyal Hizmet Anabilim Dalı

Doktora Tezi

Ankara, 2025

KABUL VE ONAY

Meryem DANIŞMAZ SEVİN tarafından hazırlanan “Obez Bireylerin Nüks Süreçlerini Keşfetmek: Bir Karma Yöntem Araştırması” başlıklı bu çalışma, 17/01/2025 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Nurdan DUMAN (Başkan)

Prof. Dr. Yasemin ÖZKAN (Danışman)

Prof. Dr. Filiz YILDIRIM (Üye)

Prof. Dr. Alev KESER (Üye)

Prof. Dr. Eda PURUTÇUOĞLU (Üye)

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Prof. Dr. Uğur ÖMÜRGÖNÜLŞEN

Enstitü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayınlanan “**Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge**” kapsamında tezim aşağıda belirtilen koşullar haricince YÖK Ulusal Tez Merkezi / H.Ü. Kütüphaneleri Açık Erişim Sisteminde erişime açılır.

- Enstitü / Fakülte yönetim kurulu kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 2 yıl ertelenmiştir. ⁽¹⁾
- Enstitü / Fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren ... ay ertelenmiştir. ⁽²⁾
- Tezimle ilgili gizlilik kararı verilmiştir. ⁽³⁾

17/01/2025

Meryem DANIŞMAZ SEVİN

¹“*Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge*”

- (1) Madde 6. 1. Lisansüstü teze ilgili patent başvurusu yapılması veya patent alma sürecinin devam etmesi durumunda, tez **danışmanın** önerisi ve **enstitü anabilim dalının** uygun görüşü üzerine **enstitü** veya **fakülte yönetim kurulu** iki yıl süre ile tezin erişime açılmasının ertelenmesine karar verebilir.
- (2) Madde 6. 2. Yeni teknik, materyal ve metotların kullanıldığı, henüz makaleye dönüşmemiş veya patent gibi yöntemlerle korunmamış ve internetten paylaşılması durumunda 3. şahıslara veya kurumlara haksız kazanç imkanı oluşturabilecek bilgi ve bulguları içeren tezler hakkında tez **danışmanın** önerisi ve **enstitü anabilim dalının** uygun görüşü üzerine **enstitü** veya **fakülte yönetim kurulunun** gerekçeli kararı ile altı ayı aşmamak üzere tezin erişime açılması engellenebilir.
- (3) Madde 7. 1. Ulusal çıkarları veya güvenliği ilgilendiren, emniyet, istihbarat, savunma ve güvenlik vb. konulara ilişkin lisansüstü tezlerle ilgili gizlilik kararı, **tezin yapıldığı kurum** tarafından verilir *. Kurum ve kuruluşlarla yapılan işbirliği protokolü çerçevesinde hazırlanan lisansüstü tezlere ilişkin gizlilik kararı ise, **ilgili kurum ve kuruluşun önerisi** ile **enstitü** veya **fakültenin** uygun görüşü üzerine **üniversite yönetim kurulu** tarafından verilir. Gizlilik kararı verilen tezler Yükseköğretim Kuruluna bildirilir.
Madde 7.2. Gizlilik kararı verilen tezler gizlilik süresince enstitü veya fakülte tarafından gizlilik kuralları çerçevesinde muhafaza edilir, gizlilik kararının kaldırılması halinde Tez Otomasyon Sistemine yüklenir

* Tez **danışmanın** önerisi ve **enstitü anabilim dalının** uygun görüşü üzerine **enstitü** veya **fakülte yönetim kurulu** tarafından karar verilir.

ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında zgn olduğunu, **Prof. Dr. Yasemin ÖZKAN** danışmanlığında tarafımdan retilildiđini ve Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.

Arş. Gör. Meryem DANIşMAZ SEVİN

TEŞEKKÜR

Obezite, kimi zaman bir kaçış, kimi zaman bir alışkanlık, kimi zaman ise bitmek bilmeyen bir mücadele olarak bireylerin yaşamında yer alıyor. Bu değişken ve çok boyutlu yapıyı anlamak, benim için hem zorlayıcı hem de son derece öğretici bir süreç oldu. Bu süreçte yoluma ışık tutan, bana rehberlik eden ve bu sürecin tanıdığı olan birçok değerli insan var; onlara ne kadar teşekkür etsem az.

Öncelikle, çalışmamın öncesinde de hep var olan, çalışmam boyunca desteklerini, emeğini ve bilgisini hiçbir zaman esirgemeyen danışmanım Prof. Dr. Yasemin Özkan'a çok teşekkür ederim. Sizden öğrendiklerim, akademik yolculuğum boyunca bana rehber olmaya devam edecek.

Tez izleme komitemde yer alarak çalışmama değerli katkılarını sağlayan Prof. Dr. Filiz Yıldırım ve Prof. Dr. Alev Keser'e çok teşekkür ederim. Tez savunma jürimde yer almayı kabul eden, değerli önerileriyle tezimin bugünkü halini almasında önemli katkılar sunan Prof. Dr. Nurdan Duman ve Prof. Dr. Eda Purutçuoğlu'na ayrıca teşekkür ederim.

Yüksek lisans dönemimde bana kattığı tüm değerler ve samimiyeti için Prof. Dr. Ercüment Erbay hocama da çok teşekkür ederim. Ruhunuz şad olsun hocam...

Bu süreçte bana destek olan Arş Gör. Özlem Gözen, Arş. Gör. Pelin Şatıroğlu, Güldalı, Dr. Öğr. Üyesi Hatice Nuhoğlu, son anlarımın her zaman kurtarıcısı olan Dr. Semra Özkan'a ve lise yıllarımdan itibaren bana inanan, güvenen ve bunu her zaman hissettiren Tuğba Ergün'e çok teşekkür ederim.

Bugünlere gelmemde en büyük katkıya sahip olan ve hayat mücadelemde her zaman yanımda duran halama ve beni göklerden izleyen abime çok teşekkür ederim. Hayatımdaki en büyük şansım, en büyük destekçim, her zaman bana inanan ve güvenen eşim Mehmet'e ve sadece bir gülüşüyle bile tüm yorgunluğumu unutturan oğlum Ali'ye çok teşekkür ederim. Eğer bugün bu cümleleri yazabiliyorsam, sizin sayenizde... İyi ki varsınız...

En büyük teşekkürüm elbette bu çalışmanın gerçekleşmesini sağlayan ve çalışmama gönüllü olarak katılan tüm katılımcılarıma. Yeri geldi birlikte kahkahalar attık, yeri geldi gözyaşlarımız aktı. Bana kapılarınızı açtığınız, deneyimlerinizi samimiyetle ve içtenlikle paylaştığınız için hepinize çok teşekkür ederim. Bu süreçte, kliniğinde katılımcılarımın çoğuna ulaşmamı sağlayan Prof. Dr. Oktay Banlı ve ekibine de çok teşekkür ederim. Desteğiniz benim için çok önemliydi.



ÖZET

DANIŞMAZ SEVİN, Meryem. *Obez Bireylerin Nüks Süreçlerini Keşfetmek: Bir Karma Yöntem Araştırması*, Doktora Tezi, Ankara, 2025.

Obezite, dünya genelinde giderek artan, bireylerin fiziksel, psikolojik ve sosyal yaşamlarını derinden etkileyen, kronik ve tekrarlayan bir halk sağlığı sorunudur. Bu araştırmanın temel amacı, obezitenin nüks süreçlerine ilişkin bir çerçeve sunmaktır. Bu bağlamda, karma desen kullanılarak gerçekleştirilen araştırmanın nicel boyutunda obez bireylerin nüks faktörleri incelenmiş, nitel boyutunda ise bu bireylerin nüks sürecine dair yaşam deneyimleri ortaya konulmuştur.

Araştırmanın nicel aşamasında, 209 katılımcıdan anket formu aracılığıyla veri toplanmış ve betimsel analiz yöntemiyle SPSS programında değerlendirilmiştir. Nitel aşamada, 13 katılımcının yaşam öyküsü yarı yapılandırılmış görüşme formu aracılığıyla elde edilerek MAXQDA 20 programı ile tematik analizi yapılmıştır.

Araştırma sonuçları, obezite nüksünün biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin birbiriyle etkileşimi sonucunda meydana geldiğini göstermektedir. Biyolojik faktörler arasında, ailede obezite öyküsü ve çocukluk çağı obezitesinin bireylerde nüks riskini artırdığı belirlenmiştir. Psikolojik faktörler arasında stres, tükenmişlik ve duygusal yeme öne çıkarken, aşırı yemek yeme, özellikle gece yeme alışkanlığı, nüks sürecini tetikleyen temel unsurlar arasında yer almaktadır. Bununla birlikte, bireylerin yaşamındaki geçiş dönemleri ve olumsuz deneyimler, duygusal yeme davranışını güçlendirmekte ve sağlıksız beslenme alışkanlıklarının kalıcı hale gelmesine neden olmaktadır. Sosyal faktörler arasında ise, aile kültürü ve sosyal çevrenin nüks riskini artıran unsurlar olduğu ortaya çıkmıştır. Ayrıca, pandemi süreci ve fast food tüketiminin yaygınlaşması, sağlıklı beslenmeye erişimi kısıtlayan ve nüks sürecini etkileyen sosyal faktörler arasında yer almaktadır.

Bu bağlamda, sosyal hizmet uzmanlarının obezitede nüks ile mücadelede aktif rol alması, multidisipliner ekiplerde yer alması, obez bireylerin kalıcı kilo kontrolünü sağlamalarına destek olması ve farkındalık ile davranış değişikliğini teşvik eden müdahaleler geliştirmesi önerilmiştir.

Anahtar Sözcükler

Obezite, Nüks, Biyo- psiko sosyal faktörler, Karma yöntem

ABSTRACT

DANIŞMAZ SEVİN, Meryem. *Exploring the Relapse Processes of Obese Individuals: A Mixed-Methods Study*, Ph. D. Dissertation, Ankara, 2025.

Obesity is a chronic and recurrent public health issue that is increasingly prevalent worldwide, deeply affecting individuals' physical, psychological, and social well-being. The primary aim of this study is to provide a framework for understanding the relapse processes of obesity. In this context, a mixed-methods research design was employed, where the quantitative phase examined the factors contributing to obesity relapse, while the qualitative phase explored the lived experiences of individuals undergoing relapse.

In the quantitative phase, data were collected from 209 participants through a survey and analyzed using descriptive statistical methods in SPSS. In the qualitative phase, the life experiences of 13 participants were gathered through semi-structured interviews and analyzed using thematic analysis in MAXQDA 20.

The findings indicate that obesity relapse results from the interaction of biological, psychological, and social factors. Among biological factors, a family history of obesity and childhood obesity were identified as key contributors to an increased risk of relapse. Psychological factors such as stress, burnout, and emotional eating emerged as significant triggers, while excessive eating, particularly nighttime eating habits, were identified as primary determinants of relapse. Additionally, transitional life periods and negative life experiences were found to reinforce emotional eating behaviors and contribute to the persistence of unhealthy dietary habits.

Regarding social factors, family culture and social environment were found to play a critical role in increasing the risk of relapse. Furthermore, the COVID-19 pandemic and the widespread consumption of fast food were identified as key social factors limiting access to healthy nutrition and influencing the relapse process.

In this regard, it is recommended that social workers play an active role in addressing obesity relapse by integrating into multidisciplinary teams, supporting individuals in maintaining long-term weight control, and developing interventions that promote awareness and behavioral change.

Keywords

Obesity, Relapse, Bio-psycho-social factors, Mixed-methods

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	i
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	ii
ETİK BEYAN	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	vi
ABSTRACT	vii
İÇİNDEKİLER	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	xiv
TABLolar DİZİNİ	xv
ŞEKİLLER DİZİNİ	xx
GİRİŞ	1
1. BÖLÜM ARAŞTIRMAYA İLİŞKİN GENEL BİLGİLER	3
1.1. ARAŞTIRMANIN PROBLEMİ	3
1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI	6
1.3. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ	7
1.4. ARAŞTIRMANIN TANIMLARI	8
1.5. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI	9
2. BÖLÜM KURAMSAL ÇERÇEVE	10
2.1. OBEZİTENİN TANIMI VE SINIFLANDIRILMASI	10
2.2. DÜNYADA VE TÜRKİYE’DE OBEZİTENİN EPİDEMİYOLOJİSİ	12
2.3. OBEZİTENİN NEDENLERİ	14
2.3.1. Biyolojik Nedenler	14
2.3.2. Psikolojik Nedenler	15
2.3.3. Sosyal Nedenler	16
2.4. OBEZİTENİN TEDAVİSİ	17

2.4.1. Diyet ve Egzersiz	17
2.4.2. Farmakolojik (İlaç) Tedavisi	19
2.4.3. Bilişsel Davranışçı Terapi	20
2.4.4. Alternatif Tedaviler	21
2.4.5. Bariyatrik Cerrahi Yöntemler	22
2.5. OBEZİTENİN SONUÇLARI	24
2.5.1. Fiziksel Sorunlar	24
2.5.2. Psikolojik ve Sosyal Sorunlar	25
2.6. OBEZİTE VE NÜKS: NÜKS SÜREÇLERİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER	26
2.7. OBEZİTE VE NÜKS: BİYO-PSİKOSOSYAL YAKLAŞIM İLE SOSYAL HİZMETİN ROLÜ	28
3. BÖLÜM ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ	31
3.1. DÜŞÜNÜMSELLİK VE KONUYU BELİRLEMEDE ARAŞTIRMACININ MOTİVASYONU	31
3.2. ARAŞTIRMANIN MODELİ	34
3.3. ÇALIŞMA GRUBU	36
3.3.1. Nicel Çalışma Grubu	36
3.3.2. Nitel Çalışma Grubu	41
3.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	44
3.4.1. Nicel Veri Toplama Araçları	44
3.4.2. Nicel Veri Toplama Araçları	48
3.5. VERİ TOPLAMA SÜRECİ	49
3.6. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ	52
3.7. ARAŞTIRMANIN GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİ	53
4. BÖLÜM BULGULAR	55
4.1. ARAŞTIRMANIN NİCEL BOYUTUNA İLİŞKİN BULGULAR	55
4.1.1. Obezite Hastalığı Sürecine İlişkin Bilgiler	55

4.1.2. GÖYÖ, Brief-COPE, ÇTQ YİYE-II'nin Betimsel İstatistikleri.....	66
4.1.3. GÖYÖ, Brief-COPE, ÇTQ YİYE-II Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi	68
4.1.4. Obezite GÖYÖ, Brief- COPE, ÇTQ ve YİYE-II'nin bazı demografik değişkenler ile karşılaştırılması	70
4.2. ARAŞTIRMANIN NİTEL BOYUTUNA İLİŞKİN BULGULARI	125
4.2.1. Obezite ile İlişkili Yaşanan Sorunlar	130
4.2.1.1. Fiziksel Sorunlar.....	131
4.2.1.1.1. Kronik hastalıkların gelişmesine neden olma: “Sadece karaciğerde yağlanma varmış. O da kilodan dolayı..”	131
4.2.1.1.2. Gündelik hayatta hareket kısıtlılığı ve yavaşlama: “Ayakkabı bağcığımı bağlarken zorlanıyorum.”	132
4.2.1.1.3. Nefes Darlığı: “Bir yol yürüdüğün zaman nefes nefese kalıyorsun.”	134
4.2.1.1.4. Aşırı Terleme: “Duş olman gerekiyor.”	135
4.2.1.1.5. Uygun Kıyafet Bulamama: “Sürekli yeni bedenime göre alışveriş yapmak zorundayım.”	135
4.2.1.2. Psikolojik Sorunlar	138
4.2.1.2.1. Depresif belirtiler: “Evde bunalıma giriyorsun, hayata küsüyorsun...”	138
4.2.1.2.2. Düşük Özgüven: “Kendinize olan o özgüveninizi o alıyor...”	139
4.2.1.3. Sosyal Sorunlar	139
4.2.1.3.1. Önyargı ve Ayrımcılığa Maruz Kalma.....	140
4.2.1.3.1.1. Ebeveynleri tarafından “Yeter artık şu yemeyi bırak...”	140
4.2.1.3.1.2. Eş veya romantik ilişkide olunan kişi: “Kendini iyice saldın...”	141
4.2.1.3.1.3. Eğitim hayatı: “Genelde tombiş, ayı, kilolu, şişko derlerdi...”	142
4.2.1.3.1.4. İş hayatı: “Kilolu olduğum için hantal zannediyorlar...”	143
4.2.1.3.1.5. Toplum tarafından: “Çünkü millet kilodan linç ediliyor yani...”	145

4.2.1.3.1.6. Kilolu Bireylerin Diğer Kilolu Bireylere Karşı Geliştirdikleri Önyargılar: “Biz bile bakıyoruz, ya bu fiziğe niye bunu giymiş ki...”	146
4.2.1.3.1.7. Kendini etiketleme: “Ben öyle çok iradeli, sağlam olan birisi değilim.”	147
4.2.2. Başa Çıkma Stratejileri	148
4.2.2.1. Duygu odaklı başa çıkma stratejileri: “Bir dirhem et bin ayıp örter...”	149
4.2.2.2. Problem odaklı başa çıkma: “Eve gittiğim zaman da doymadan kalkıyorum.”	151
4.2.3. Kilo Verme Mücadelesi: Sorunla Yüzleşme ve Motivasyon Kaynakları	155
4.2.3.1. Sorunla Yüzleşme	155
4.2.3.1.1. Çocukluk döneminden itibaren kilolu olma durumu: “Hep bir kilom vardı benim...”	155
4.2.3.1.2. Kilonun gün geçtikçe artması: “Ben Nereden Baksan Bir Damacana, İki Damacana Fazla Taşıyorum Ayaklarımın Üstüne...”	156
4.2.3.1.3. Fotoğraflarla yapılan yüzleşmeler: “Fotoğraftakine bakıyorum bu bensem şimdiki bu kim diyorum...”	158
4.2.3.1.4. Dışarıdan gelen “kilo ver” söylemleri: “Biri uyarmazsa, biri tartıya çıkmazsa anlamıyor insan kilolu olduğunu...”	159
4.2.3.2. Motivasyon kaynakları	160
4.2.3.2.1. İçsel motivasyon kaynakları	160
4.2.3.2. Dışsal motivasyon kaynakları	161
4.2.4. Kilo Verme Girişimleri.....	163
4.2.4.1. Cerrahi olmayan girişimler	164
4.2.4.1.1. Diyet: “Kendim başarılı olamadığımda diyetisyene gittim.”	164
4.2.4.1.2. Akupunktur: “Gerçekten işe yarıyor.”	166
4.2.4.1.3. Spor: “Kendi çapımda sahalarda yürüdüm, koştum.”	166
4.2.4.2. Cerrahi girişimler	167
4.2.4.2.1. Tüp mide ameliyatı: Belli bir beden kütle indeksinin üzerinde bu çare olabilecek tek yol...”	167

4.2.5. Kilo Verdiğinde Yaşanan Değişimler	169
4.2.5.1. Fiziksel Değişimler: “Paytak paytak yürürken, giderken şimdi bacak bacak üstüne atabiliyorum.”.....	169
4.2.5.2. Psikolojik Değişimler: “...zayıflamaya başladığım günden beri kendime özgüvenim geldi, hayata bakışım değişti...”	171
4.2.6. Nüks Nedenleri.....	172
4.2.6.1. Biyolojik nedenler	173
4.2.6.1.1. Genetik: “...Ailenin kaderi neyse çocuğu da onu yaşıyor.”	173
4.2.6.1.2. Yaş: “Hep ben zaten balıketliydim.”	175
4.2.6.2. Psikolojik nedenler	176
4.2.6.2.1. Genel yeme alışkanlıkları.....	176
4.2.6.2.1.1. Duygusal yeme: “...Mutlu veya hüzünlü olayım hiç fark etmez yiyoruz.”	177
4.2.6.2.1.2. Gece yemek yeme: “Ama geceleri karnım çok acıkıyordu. Kurt gibi.”	180
4.2.6.2.1.3. Aşırı yemek yeme: “...Üç dakikada yemeği bitiriyordum ya.”	182
4.2.6.2.1.4. Hedonik (hazcıl) yemek yeme: “...Aslında biz yersek mutlu olabilen cinsteniz.”	184
4.2.6.2.2. Sağlıksız beslenme: “...Fast food olsun, taştan olsun.”.....	185
4.2.6.2.3. Başarısız girişimler sonrası yaşanan tükenmişlik/ bıkkınlık: “...yaptığın efora yanıt alamamak çok zorlayıcı idi. O da bir yerden sonra bıkkınlık.”	188
4.2.6.2.4. Negatif yaşam olayları	189
4.2.6.2.5. Geçiş dönemleri.....	191
4.2.6.3. Sosyal nedenler.....	193
4.2.6.3.1. Obezojenik çevre koşulları: Çalışma saatleri ve çalışma ortamı.	193
4.2.6.3.2. Yemeğe ilişkin doğru bilinen yanlışlar: Aile de yemek kültürü ve “tabağımı bitirmeliyim” düşüncesi	194

4.2.6.3.3. Dışarıdan gelen “kilo ver” baskısı.....	197
4.2.6.3.4. Hareketsiz yaşam ve pandemi: “Akşam yedikten sonrada hiç hareket etmiyorum.”	197
4.2.7. Değişmesi Gerekenler.....	199
4.2.7.1. Davranışsal değişiklikler ve farkındalığın artması: “Ne yaparsak yapalım biz yeme alışkanlığımızı değiştiremiyoruz.”	199
4.2.7.2. Sürdürme: “Pazartesi diyetle başlayıp çarşamba günü diyeti bitiyorum.”	200
4.2.8. Cinsiyet ve BKİ İki Vaka Modeli: Karşılaştırmalı Bir İnceleme.....	201
4.2.9. Kod Birlikte Oluşumu ile Veri Analizi.....	205
5. BÖLÜM TARTIŞMA	209
5.1. OBEZ BİREYLERİN YAŞADIKLARI SORUNLARA İLİŞKİN BULGULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	209
5.2. OBEZ BİREYLERİN BAŞA ÇIKMA STRATEJİLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	218
5.3. OBEZ BİREYLERİN ÖZYETERLİLİK DÜZEYLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	223
5.4. OBEZ BİREYLERİN KİLO VERME MÜCADELESİNE İLİŞKİN BULGULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	225
5.5. OBEZ BİREYLERİN NÜKS SÜREÇLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	233
SONUÇ	244
KAYNAKÇA.....	255
EK1 ORJİNALLİK FORMU	275
EK 2 ETİK KURUL İZNİ	276
EK 3 VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	277

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

BKİ	Beden Kütle İndeksi
BDT	Bilişsel Davranışçı Terapi
Brief- COPE	Başta Çıkma Stratejileri Ölçeği- Kısa Formu
cm	Santimetre
ÇTQ	Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
DSM V	Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı- 5
GÖYÖ	Genel Özyeterlilik Ölçeği
m	Metre
kg	Kilogram
OECD	Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
YİYE- II	Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-II

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1.1 Sosyal hizmet ve obezite alanında yapılan mevcut tezlera ait bilgiler	8
Tablo 2.1 BKİ sınıflandırması (DSÖ, 2024)	10
Tablo 2.2 Yetişkinlerde obeziteye bağlı hastalık oluşma riski ve bel çevresi ölçümleri	12
Tablo.3.1 Karma yöntem desen türü	36
Tablo 3.2 Nicel araştırma katılımcılarının sosyo-demografik özellikleri	38
Tablo 3.3 Nitel araştırma katılımcılarına ait tanıtıcı bilgiler	41
Tablo 3.4 Karma yöntem deseninde veri toplama kararları ve alınan kararlar	44
Tablo 3.5 Nitel boyutta katılımcıların görüşme türü ve süresi hakkında bilgi	50
Tablo 3.6 Nitel araştırma geçerlik ve güvenirliği	54
Tablo 4.1 Katılımcıların sağlık durumlarına ilişkin bilgiler	55
Tablo 4.2 Katılımcıların diyet, egzersiz ve sağlıksız yeme alışkanlıklarına ilişkin bilgiler	56
Tablo 4.3 Katılımcıların aile ve çevresindeki obezite öyküsüne ilişkin bilgiler	59
Tablo 4.4 Katılımcıların ayrımcılık yaşama durumuna ilişkin bilgiler	60
Tablo 4.5 Katılımcıların obezite nedenlerine ilişkin görüşleri	61
Tablo 4.6 Katılımcıların motivasyon ve sosyal destek kaynaklarına ilişkin bilgiler	62
Tablo 4.7 Katılımcıların genel yeme alışkanlıklarına ilişkin bilgiler	63
Tablo 4.8 Katılımcıların nüks nedenlerine ilişkin bilgiler	64
Tablo 4.9 GÖYÖ, Brief- COPE ölçeği alt boyutları, ÇTQ toplam ve alt boyutları ve YİYE-II ölçeklerine ilişkin genel tanımlayıcı bilgiler	66
Tablo 4.9 incelendiğinde; katılımcıların GÖYÖ ortalamasının $59,75 \pm 12,59$ olduğu görülmektedir. GÖYÖ alt boyutlarından başlama $31,69 \pm 7,81$; yılmama $17,55 \pm 4,29$ ve sürdürme çabası- ısrar ise $10,50 \pm 2,95$ puan ortalaması aldıkları ortaya çıkmıştır.	67
Tablo 4.10 ÇTQ ve YİYE-II arasındaki ilişkinin incelenmesi	68
Tablo 4.11 GÖYÖ ve YİYE-II arasındaki ilişkinin incelenmesi	69

Tablo 4.12 Genel Özyeterlilik Ölçeği ve alt boyutlarının cinsiyet değişkenine göre farklılığının incelenmesi	70
Tablo 4.13 Brief- COPE ölçeği ve alt boyutlarının cinsiyet değişkenine göre farklılığının incelenmesi	71
Tablo 4.14 ÇTQ toplam ve alt boyutlarının cinsiyet değişkenine göre farklılığının incelenmesi	73
Tablo 4.15 YİYE-II ölçeğinin alt boyutlarının cinsiyet değişkenine göre farklılığının incelenmesi	74
Tablo 4.16 GÖYÖ ve alt boyutlarının eğitim durumu değişkenine göre farklılığının incelenmesi	75
Tablo 4.17 Brief COPE alt boyutlarının eğitim durumu değişkenine göre farklılığının incelenmesi	76
Tablo 4.18 ÇTQ ve alt boyutlarının eğitim durumu değişkenine göre farklılığının incelenmesi	78
Tablo 4.19 YİYE- II alt boyutlarının eğitim durumu değişkenine göre farklılığının incelenmesi	79
Tablo 4.20 GÖYÖ alt boyutlarının kronik hastalık durumuna göre farklılıklarının incelenmesi	79
Tablo 4.21 Brief- COPE alt boyutlarının kronik hastalık durumuna göre farklılıklarının incelenmesi	80
Tablo 4.22: ÇTQ alt boyutlarının kronik hastalık durumuna göre farklılıklarının incelenmesi	82
Tablo 4.23 YİYE-II alt boyutlarının kronik hastalık durumuna göre farklılıklarının incelenmesi	83
Tablo 4.24 GÖYÖ alt boyutlarının psikiyatrik bozukluk durumuna göre farklılıklarının incelenmesi	83
Tablo 4.25 Brief COPE alt boyutlarının psikiyatrik bozukluk durumuna göre farklılıklarının incelenmesi	84
Tablo 4.26 ÇTQ toplam ve alt boyutlarının psikiyatrik bozukluk durumuna göre farklılıklarının incelenmesi	86

Tablo 4.27 YİYE- II alt boyutlarının psikiyatrik bozukluk durumuna göre farklılıklarının incelenmesi	87
Tablo 4.28 GÖYÖ ve alt boyutlarının ailesinde obezite öyküsü bulunma durumuna göre farklılıklarının incelenmesi	88
Tablo 4.29 Brief- COPE Ölçeği alt boyutlarının ailesinde obezite öyküsü bulunma durumuna göre farklılıklarının incelenmesi	89
Tablo 4.30 ÇTQ toplam ve alt boyutlarının ailesinde obezite öyküsü bulunma durumuna göre farklılıklarının incelenmesi	91
Tablo 4.31 YİYE- II alt boyutlarının ailesinde obezite öyküsü bulunma durumuna göre farklılıklarının incelenmesi	92
Tablo 4.32 GÖYÖ toplam ve alt boyutlarının ayrımcılığa maruz kalma durumuna göre farklılıklarının incelenmesi	93
Tablo 4.33 Brief- COPE ölçeği alt boyutlarının ayrımcılığa maruz kalma durumuna göre farklılıklarının incelenmesi	93
Tablo 4.34 ÇTQ toplam ve alt boyutlarının ayrımcılığa maruz kalma durumuna göre farklılıklarının incelenmesi	95
Tablo 4.35 YİYE-II alt boyutlarının ayrımcılığa maruz kalma durumuna göre farklılıklarının incelenmesi	96
Tablo 4.36 GÖYÖ toplam ve alt boyutlarının medeni durum değişkenine göre farklılıklarının incelenmesi	97
Tablo 4.37 Brief- COPE ölçeği alt boyutlarının medeni durum değişkenine göre farklılıklarının incelenmesi	98
Tablo 4.38 ÇTQ toplam ve alt boyutlarının medeni durum değişkenine göre farklılıklarının incelenmesi	100
Tablo 4.39 YİYE-II ölçeğinin alt boyutlarının medeni durum değişkenine göre farklılıklarının incelenmesi	101
Tablo 4.40 GÖYÖ ve alt boyutlarının çalışma durumu değişkenine göre farklılıklarının incelenmesi	101
Tablo 4.41 Brief- COPE ölçeği alt boyutlarının çalışma durumu değişkenine göre farklılıklarının incelenmesi	102

Tablo 4.42 ÇTQ toplam ve alt boyutlarının çalışma durumu değişkenine göre farklılığının incelenmesi	104
Tablo 4.43 YİYE-II ölçeğinin alt boyutlarının çalışma durumu değişkenine göre farklılığının incelenmesi	105
Tablo 4.44 GÖYÖ toplam ve alt boyutlarının tedavi girişim sayısı değişkenine göre farklılıklarının incelenmesi	106
Tablo 4.45 Brief- COPE ölçeği ve alt boyutlarının tedavi girişim sayısı değişkenine göre farklılıklarının incelenmesi	107
Tablo 4.46 ÇTQ toplam ve alt boyutlarının tedavi girişim sayısı değişkenine göre farklılıklarının incelenmesi	108
Tablo 4.47 YİYE-II alt boyutlarının tedavi girişim sayısı değişkenine göre farklılıklarının incelenmesi	109
Tablo 4.48 GÖYÖ toplam ve alt boyutlarının kilo problemi yaşamaya başlanılan yaş değişkenine göre farklılıklarının incelenmesi	110
Tablo 4.49 Brief- COPE ölçeği alt boyutlarının kilo problemi yaşamaya başlanılan yaş değişkenine göre farklılıklarının incelenmesi	111
Tablo 4.50 ÇTQ toplam ve alt boyutlarının kilo problemi yaşamaya başlanılan yaş değişkenine göre farklılıklarının incelenmesi	113
Tablo 4.51 YİYE-II alt boyutlarının kilo problemi yaşamaya başlanılan yaş değişkenine göre farklılıklarının incelenmesi	115
Tablo 4.52 GÖYÖ toplam ve alt boyutlarının BKİ değişkenine göre farklılıklarının incelenmesi	115
Tablo 4.53 Brief- COPE ölçeği alt boyutlarının BKİ değişkenine göre farklılıklarının incelenmesi	116
Tablo 4.54 ÇTQ toplam ve alt boyutlarının BKİ değişkenine göre farklılıklarının incelenmesi	118
Tablo 4.55 YİYE-II ölçeği alt boyutlarının BKİ değişkenine göre farklılıklarının incelenmesi	119
Tablo 4.56 GÖYÖ, toplam ve alt boyutlarının tekrar geri kilo alma değişkenine göre farklılıklarının incelenmesi	120

Tablo 4.57 Brief- COPE ölçeği alt boyutlarının tekrar kilo alma değişkenine göre farklılıklarının incelenmesi	121
Tablo 4.58 ÇTQ toplam ve alt boyutlarının tekrar kilo alma değişkenine göre farklılıklarının incelenmesi	123
Tablo 4.59 YİYE-II ölçeğinin alt boyutlarının tekrar kilo alma değişkenine göre farklılıklarının incelenmesi	124
Tablo 4.60 Nitel araştırma amaçları, soruları ve tema- alt tema bilgileri	125
Tablo 5.1 Obez bireylerin yaşadıkları sorunlar: Nicel ve nitel bulguların benzerlikleri ve farklılıkları	209
Tablo 5.2 Obez bireylerin tedavi girişimleri: Nicel ve nitel bulguların benzerlikleri ve farklılıkları	227
Tablo 5.3 Obez bireylerin nüks nedenleri: Nicel ve nitel bulguların benzerlikleri ve farklılıkları	233

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 3.1 Örneklem büyüklüğü için uygulanan güç analizi	38
Şekil 4.1 Cinsiyet değişkinine göre boxplot	75
Şekil 4.2 Kelime Bulutu	128
Şekil 4.3 Kod Matrisi	129
Şekil 4.4 Obezite ile ilişkili sorunlar kod- alt kod modeli	130
Şekil 4.5 Başa çıkma stratejileri kod- alt kod modeli.....	149
Şekil 4.6 Kilo verme mücadelesi: Sorunla yüzleşme ve motivasyon kaynakları kod- alt kod modeli	155
Şekil 4.7 Kilo verme girişimleri kod- alt kod modeli.....	163
Şekil 4.8 Kilo verdiğinde yaşanan değişimler kod- alt kod modeli.....	169
Şekil 4.9 Nüks nedenleri kod- alt kod modeli.....	173
Şekil 4.10 Değişmesi gerekenler kod- alt kod modeli	199
Şekil 4.11 Cinsiyetler arası iki vaka modeli	201
Şekil 4.12 BKİ I. ve II. Derece obeziteye yönelik iki vaka modeli	202
Şekil 4.13 BKİ II. ve III. Derece obeziteye yönelik iki vaka modeli	203
Şekil 4.14 BKİ I. ve III. Derece obeziteye yönelik iki vaka modeli	204
Şekil 4.15 Obezite ile ilişkili sorunlar ve başa çıkma stratejileri kodları birlikte oluşumu	205
Şekil 4.16 Nüks nedenleri ve kilo verme girişimleri kodları birlikte oluşumu.....	207
Şekil 4.17 Kilo verme mücadelesi: Sorunla yüzleşme ve motivasyon kaynakları- kod birlikte oluşumu.....	208
Şekil 5.1 Obez bireylerin başa çıkma stratejileri: Nicel ve nitel bulguların benzerlikleri ve farklılıkları	218
Şekil 5.2 Obez bireylerin özyeterlilik düzeyleri: Nicel ve nitel bulguların benzerlikleri ve farklılıkları	223

Şekil 5.3 Obez bireylerin kilo ile yüzleşme ve motivasyon kaynakları: Nicel ve nitel bulguların karşılaştırılması 225

Şekil 5.4 Obez bireylerin kilo kaybı ve koruma süreçleri: Nicel ve nitel bulguların karşılaştırılması 231



GİRİŞ

Dünyada ve Türkiye’de hızla artan bir yaygınlığa sahip olan obezite, önemli bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), obeziteyi en riskli 10 hastalıktan biri olarak sınıflandırmaktadır. Obezite, vücutta aşırı yağ birikmesi ile tanımlanır ve genellikle Beden Kütle İndeksi (BKİ) ile belirlenir. BKİ, vücut ağırlığının boy uzunluğunun karesine bölünmesiyle hesaplanır (Sağlık Bakanlığı, 2019). Obezite, bireylerin yalnızca fiziksel sağlığını değil, ruhsal ve sosyal refahını da doğrudan etkileyen çok boyutlu bir sorundur. Bu nedenle, obezitenin önlenmesi ve tedavisi yalnızca tıbbi bir müdahaleyle sınırlı kalmamalı, bireyin sosyal çevresi, ekonomik koşulları ve psikososyal ihtiyaçları da dikkate alınarak bütüncül bir yaklaşımla ele alınmalıdır.

Obezite tedavisinde kilo kaybı sağlanabilse de, nüks (tekrar kilo alma) yaygın olarak karşılaşılan bir durumdur (Anderson ve ark., 2001; Weiss ve ark., 2007). Nüks, bireylerin tedavi sürecinde karşılaştıkları biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin etkisiyle meydana gelir ve her birey için farklı dinamikler gösterebilir. Obezite tedavisinde uzun vadeli başarıya ulaşabilmek için, bireyin içinde bulunduğu sosyal koşulların, destek sistemlerinin ve psikososyal risk etmenlerinin göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Sosyal hizmet disiplini, tam da bu noktada devreye girerek, bireylerin sağlıklı yaşam alışkanlıklarını sürdürebilmesi, sosyal desteğe erişimi artırması ve çevresel risk faktörlerini azaltması için kapsamlı müdahaleler geliştirmektedir. Bu bağlamda, araştırmamız, obezite nüksünü biyo-psikososyal bir yaklaşımla ele alarak, bireylerin yaşadığı çok yönlü deneyimleri ve bu deneyimlerin tedavi sürecindeki etkilerini daha iyi anlamayı amaçlamaktadır.

Obeziteyle mücadelede sosyal hizmet disiplini, bireyin yalnızca fiziksel sağlığını değil, içinde bulunduğu sosyal bağlamı da dikkate alarak, multidisipliner ekipler içinde aktif rol almaktadır. Bu çerçevede, sosyal hizmet uzmanları, bireyin psikososyal destek mekanizmalarına erişimini sağlamak, aile ve toplumsal destek sistemlerini güçlendirmek ve uzun vadeli sağlıklı yaşam alışkanlıklarının sürdürülebilir olmasına katkı sağlamak amacıyla müdahaleler

gerçekleştirmektedir. Bu doğrultuda, araştırmanın temel amacı, obezitenin nüks süreçlerine ilişkin kapsamlı bir çerçeve sunmaktır. Nitel bulguların nicel verilerle desteklenmesiyle, obez bireylerin nüks süreçlerini etkileyen faktörlerin hem istatistiksel hem de bireysel deneyim bağlamında analiz edilmesi hedeflenmektedir.

Araştırmanın nicel boyutunda, obez bireylerin nüks süreçlerini etkileyen faktörler incelenirken; nitel boyutunda ise bu bireylerin nüks sürecine dair yaşam deneyimlerine odaklanılmıştır. Böylece, obezite tedavisinin ilk yılında meydana gelen nükslerin nedenleri ve bireylerin bu süreçte yaşadıkları deneyimler daha derinlemesine değerlendirilmektedir. Bu yaklaşım, sosyal hizmet alanındaki obezite çalışmalarına özgün bir katkı sağlamayı amaçlarken, aynı zamanda sosyal hizmet uzmanları ve araştırmacılar için güçlü bir bilgi temeli oluşturmayı ve obezite tedavisinde yeni uygulamaların geliştirilmesine olanak tanımayı hedeflemektedir.

Araştırmanın yapısını daha net bir şekilde sunmak gerekirse, altı bölümden oluşan bu çalışmanın ilk bölümünde araştırmaya ilişkin genel bilgiler verilmektedir. İkinci bölümde araştırmanın kuramsal ve kavramsal çerçevesi açıklanmakta, üçüncü bölümde ise araştırmanın yöntemi ele alınmaktadır. Dördüncü bölüm araştırmanın bulgularına, beşinci bölüm tartışmalara, altıncı bölüm ise sonuç ve önerilere odaklanmaktadır. Bu yapının her aşaması, obezite nükslerinin daha iyi anlaşılması ve tedavi süreçlerinde yeni stratejilerin geliştirilmesi için önemli bir temel oluşturacaktır.

1. BÖLÜM

ARAŞTIRMAYA İLİŞKİN GENEL BİLGİLER

Bu bölümde araştırmanın problemine, amacına, önemine, tanımlarına ve sınırlılıklarına ilişkin bilgilere yer verilecektir.

1.1. ARAŞTIRMANIN PROBLEMİ

Dünyada ve Türkiye’de hızla artan bir yaygınlığa sahip ve önemli bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilen obezite, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından en riskli 10 hastalıktan biri olarak kabul edilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2019). Sağlığı tehdit edecek düzeyde vücutta aşırı yağ birikmesi olarak tanımlanan obezitenin belirlenmesinde, tartışmalı olmakla birlikte, genellikle Beden Kütle İndeksi (BKİ) kullanılmaktadır. BKİ, 1832 yılında matematikçi Adolphe Quetelet tarafından formüle edilmiş olup, vücut ağırlığının boy uzunluğunun karesine bölünmesi ile hesaplanmaktadır. BKİ değerine göre, 25-29,9 kg/m² arası bireyler fazla kilolu, 30-34,9 kg/m² arası bireyler obez, 35-39,9 kg/m² arası bireyler aşırı obez ve 40 kg/m² üzeri bireyler morbid obez olarak değerlendirilmektedir (Obezite Tanı ve Tedavi Klavuzu, 2019).

Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization [WHO], 2024a, 2024b) verilerine göre; dünya genelinde 18 yaş ve üzeri yaklaşık 2.5 milyar yetişkinin fazla kilolu olduğu ve bunların 890 milyonunun obez olduğu belirtilmektedir. Yetişkin nüfusun %43’ü fazla kilolu olup, bu oran erkeklerde %43, kadınlarda ise %44 olarak tespit edilmiştir. Bölgesel dağılıma bakıldığında, Güneydoğu Asya ve Afrika’da yetişkin nüfusun % 31’inin, Amerika’da ise %67’sinin fazla kilolu olduğu görülmektedir. Küresel ölçekte, 18 yaş ve üzeri bireylerin %16’sının obez olduğu belirtilmektedir (WHO, 2024a, 2024b) Bu küresel artış, Türkiye’deki durumu da doğrudan etkilemektedir. Nitekim Türkiye Sağlık Araştırması 2022 verilerine göre, 2022 yılında 15 yaş ve üzeri bireylerde obezite oranı %20,2 olarak tespit edilmiştir. Cinsiyete göre incelendiğinde, kadınların %23,6’sının obez ve %30,9’unun obez öncesi olduğu; erkeklerin ise %16,8’inin obez ve %40,4’ünün obez öncesi olduğu belirlenmiştir (Türkiye İstatistik Kurumu [TÜİK], 2023). Etkili

ve kapsamlı stratejiler uygulanmadığı takdirde, 2035 yılına kadar dünya genelinde her dört kişiden birinin obez olacağı ve dünya nüfusunun yarısının, fazla kilolu veya obez olacağı tahmin edilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2024).

Yaygınlığı giderek artan obezitenin başlıca nedenleri arasında yetersiz fiziksel aktivite, beslenme alışkanlıkları, yaş, cinsiyet, doğum sayısı, doğum aralıkları (Sağlam, 1989) ve genetik faktörler yer almaktadır. Ayrıca obezogenik çevre, sağlıksız yeme davranışları (Karaçil ve Şanlıer, 2014), yüksek kalorili yiyecek tüketimi (Hojjat ve Hojjat, 2021), stres, depresyon, alkol ve sigara kullanımı ile sedanter yaşam biçimi de önemli risk faktörleri arasında sayılmaktadır (Giammattei ve ark., 2003; Eliadis, 2006) Obezitenin oluşumunda tek bir faktör etkili olabileceği gibi, birden fazla faktörün de rol oynayabileceği bilinmektedir (Altunkaynak ve Özbek, 2007).

Bu durum, hastalığın önlenmesini ve tedavisini güç ve karmaşık hale getirmektedir. Obezite tedavi yöntemleri; bireyselleştirilmiş diyet programları, egzersiz, davranış terapisi, farmakoterapi ve cerrahi yöntemleri içeren çok yönlü bir yaklaşımı gerektirmektedir (Kayar ve Utku, 2013). Fiziksel aktivite ve sağlıklı beslenme programları, kilo kaybı ve kilonun korunmasında en etkili yöntemler olarak bilinmektedir (Kokino ve ark., 2006). Ancak, bireyler obezite tedavisinde önemli girişimlerde bulunmalarına rağmen genellikle verilen kiloyu koruyamamakta ve nüks (bu araştırmada nüks kavramı, tekrar kilo alıp verme olarak tanımlanmıştır) yaşamaktadır.

Uluslararası ve ulusal literatür incelendiğinde; obez bireylerin tedavi sonrası ilk yıl içinde nüks süreçleri yaşadığı ve sonraki 2 ile 5 yıl başlangıçtaki beden kütle indekslerine geri döndükleri veya başlangıçtaki değerlerinin üzerine çıktıkları gözlenmektedir (Anderson ve ark., 2001; Weiss ve ark., 2007). Tedavi sonrası meydana gelen nüks(ler), obez bireyler için önemli bir tehdit oluşturmaktadır. Nüksün nedenleri her obez bireyde farklılık gösterebileceği gibi, benzer süreçleri de izleyebilir. Nüks sürecinde etkili olan faktörlerin bütüncül bir yaklaşımla incelenmesi, ilerleyen dönemde tekrar kilo alımının önlenmesini kolaylaştıracaktır.

Bu noktada, müdahalelerini bireysel, grup ve toplumsal düzeyde uygulayan sosyal hizmet disiplini yalnızca biyolojik ve psikolojik süreçleri değil, bireyin sosyo-ekonomik durumunu, sosyal destek ağlarını ve yaşadığı çevresel faktörleri de dikkate alarak bütüncül bir yaklaşım benimsemektedir. Bu kapsamda, sosyal hizmetin bir alanı olan tıbbi sosyal hizmet, obezite gibi kronik hastalıklarla mücadelede önemli bir rol üstlenmektedir. Bu alanda çalışan sosyal hizmet uzmanları, bireylerin uzun vadeli kilo kaybını sürdürebilmeleri için danışmanlık yaparak nüks riskini azaltmaya yönelik müdahaleler geliştirir. Bununla birlikte, obez bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini artırmak, sağlıklı beslenme ve egzersiz alışkanlıkları kazanmalarını sağlamak ve kilo yönetimi sürecinde sosyal destek mekanizmalarını güçlendirmek için rehberlik eder. Ayrıca, yalnızca bireylerin kilo kontrolünü desteklemekle kalmaz, aynı zamanda obeziteye yönelik toplumda var olan önyargı ve ayrımcılıkla mücadele ederek sosyal hizmet uygulamalarında adalet ve kapsayıcı bakımın teşvik edilmesine katkıda bulunur. Multidisipliner bir yaklaşımla yürütülen bu çalışmalar, bireylerin kilo yönetimini yalnızca kısa vadede değil, uzun vadede de sürdürülebilir hale getirmeyi hedeflemektedir. Bu doğrultuda, bireylerin sağlıklı yaşam alışkanlıklarını benimsemeleri teşvik edilmekte ve nüks riskinin en aza indirilmesi amaçlanmaktadır. Bu hedeflere ulaşmak için uzmanlar, bireylerin ihtiyaçlarına göre özelleştirilmiş destek programları geliştirmekte ve farkındalık ile bilinçlendirme çalışmalarına odaklanmaktadır. Ayrıca, davranış değişikliği odaklı müdahaleler ile bireylerin uzun vadeli kilo kontrolünü sağlamaları desteklenmektedir (Shinan-Altman, 2017; Wood ve ark., 2020; Sorensen ve Krings, 2023).

Bu doğrultuda, obezite tedavisinin ardından özellikle ilk yıl içinde meydana gelen nüks sürecini ve bireylerin tekrar kilo almasının altında yatan biyo-psikososyal faktörleri sosyal hizmet perspektifinden incelemek gerekmektedir. Bu çerçevede, araştırmanın temel problemi, “Bu kiloyu nasıl verebilirim?” sorusundan ziyade “Bu kiloyu neden alıyorum?” sorusuna yanıt aramaktadır. Bununla birlikte, araştırmanın bir diğer problemi ise özellikle dezavantajlı gruplar arasında yer alan obez bireylerin nüks süreçlerinin yeterince ele alınmaması ve bu durumun sosyal hizmet alanında önemli bir boşluk oluşturmasıdır.

1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu araştırmanın temel amacı, obezitenin nüks süreçlerini derinlemesine incelemek ve kapsamlı bir bakış açısı sunmaktır. Araştırmada karma yöntem kullanılarak, nitel bulguların nicel verilerle desteklenmesi ve iki yöntemin birbirini tamamlayıcı şekilde analiz edilmesi hedeflenmektedir.

Bu bağlamda, obez bireylerin nüks süreçlerini etkileyen faktörlerin belirlenmesi nicel boyutu oluştururken, bu bireylerin nüks sürecine ilişkin yaşam deneyimlerinin derinlemesine incelenmesi nitel boyutu oluşturmaktadır.

Araştırmanın nicel aşamasının amacı, obez bireylerin nüks süreçlerini etkileyen faktörleri incelemektir. Bu doğrultuda, araştırmanın nicel aşamasında aşağıdaki sorulara yanıt aranmaktadır:

- Katılımcıların sosyo- demografik özellikleri nelerdir?
- Katılımcıların obeziteyle mücadele sürecinde özyeterlilik algıları (başlama, yılmama ve sürdürme) ne düzeydedir?
- Katılımcıların bu süreçte kullandıkları başa çıkma stratejileri nelerdir?
- Katılımcıların çocukluk çağı travmaları ne düzeydedir?
- Katılımcıların kaygı ve kaçınma düzeyleri hangi seviyededir?
- Katılımcıların çocukluk çağı travmaları ile kaygı ve kaçınma durumları arasında bir ilişki var mıdır?
- Katılımcıların değişkenlere göre (cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, BKİ, ayrımcılığa maruz kalma gibi) özyeterlilik, başa çıkma stratejileri, çocukluk çağı travmaları ve kaygı ve kaçınma durumları farklılaşmakta mıdır?

Araştırmanın nitel aşamasının amacı ise; obez bireylerin nüksle ilgili yaşam deneyimlerini görünür kılmaktır. Bu bağlamda, araştırmanın nitel aşamasında aşağıdaki sorulara yanıt aranmaktadır:

- Katılımcıların obezite ile ilgili yaşadıkları sorunlar nelerdir ve katılımcıların başa çıkmak için kullandıkları stratejileri nasıldır?
- Katılımcıların obezite tedavisi için yaşamlarında uyguladıkları girişimleri nelerdir?
- Katılımcıların kilo sorunuyla yüzleşme süreçleri nasıl gerçekleşmiş ve bu süreçteki motivasyon kaynaklarını nasıl kullanmaktadır?
- Katılımcıların tekrar nüks yaşamalarını önleyebilecek yaşam tarzı değişiklikleri nelerdir?

1.3. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Günümüzün pandemisi olarak tanımlanan obezite, önemli bir halk sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır ve bu sorunun gelecekte de devam edeceği öngörülmektedir. Obezite, bireyin yaşamını doğrudan etkilemekte ve diyabet, hipertansiyon ve astım gibi birçok kronik hastalığı beraberinde getirmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2019). Ancak bazı durumlarda, bu hastalıkların temelinde yatan “kilo” sorununun ve obezitenin gözden kaçırıldığı görülmektedir.

Bu araştırma, obezitenin bireylerin hayatındaki etkilerini görünür kılmayı, bu konuya bütüncül bir bakış açısı kazandırmayı ve farkındalık yaratmayı amaçlamaktadır. Özellikle nüks süreçlerini biyopsiko-sosyal faktörlerle incelemek, obeziteyle mücadelede kalıcı çözümler geliştirilmesine katkı sunacaktır.

Ulusal literatür incelendiğinde, obezite ve nüks süreçlerinin sosyal hizmet perspektifinden ele alan araştırmaların oldukça sınırlı olduğu görülmektedir. YÖK Tez Merkezi'nde yapılan taramada, “obezite” ve “sosyal hizmet” anahtar kavramları kullanılarak yalnızca 3 yüksek lisans ve 1 doktora tezine ulaşılmıştır. Bu durum, obezitenin sosyal hizmet alanındaki akademik literatürde yeterince ele alınmadığını ve bu alanda daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulduğunu göstermektedir. Ayrıca mevcut tezlerin üçü nitel biri ise nicel yöntem kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Bu araştırmada karma yöntemin benimsenmesi de,

çalışmanın özgünlüğünü ve literatüre getirdiği katkısı artırmaktadır. Araştırmada kullanılan karma yöntem, hem genel eğilimleri ve yaygınlık oranlarını anlamaya yönelik nicel bulguları hem de bireylerin öznel deneyimlerini ortaya koyacak nitel verileri bir araya getirerek, obezite nüks süreçlerinin bütüncül bir şekilde ele alınmasını sağlayacaktır. Aşağıdaki tablo, sosyal hizmet alanında yapılan mevcut tezlere ait bilgileri göstermektedir.

Tablo 1.1 Sosyal hizmet ve obezite alanında yapılan mevcut tezlere ait bilgiler

Tezin Adı	Tez türü	Tezin Yılı	Kullanılan Yöntem
Aile yaşam döngüsü perspektifinden obezite tanısı almış kadınların sosyal hizmet gereksinimleri üzerine nitel bir araştırma	Doktora	2024	Nitel
Sosyal hizmet perspektifinden kadınlarda obezite, damgalama ve sosyal baskı	Yüksek Lisans	2024	Nitel
Obezite tanısı almış bireylerin yaşam deneyimleri	Yüksek Lisans	2022	Nitel
Sosyal hizmet perspektifinden ebeveynlerin yeme içme davranışlarının çocukların obezite olması üzerine etkisi, Yalova ili örneği	Yüksek lisans	2016	Nicel

Bu bağlamda, araştırmanın bulguları sosyal hizmet uzmanları ve araştırmacılar için müdahale planlarının geliştirilmesine bir bilgi temeli oluşturacak ve aynı zamanda obezite tedavisinde yeni uygulamaların geliştirilmesine olanak tanıyacaktır.

1.4. ARAŞTIRMANIN TANIMLARI

Bu araştırmanın tanımları aşağıda yer almaktadır.

Aşırı yeme davranışı: Obez bireylerin yemeği büyük porsiyonlar ve hızlı bir şekilde tüketmesidir.

Bariyatrik cerrahi: Obezite tedavisinde tüp mide ameliyatı gibi cerrahi olan girişimlerdir.

Obezojenik çevre: Obezitenin gelişmesine katkı sağlayan çevre koşullarıdır.

Obez bireyler: Beden kütle indeksi 30 kg/m^2 ve üzerinde olan, Ankara'da yaşayan ve 18 yaşından büyük bireylerdir.

Nüks: Obez bireylerin tekrar kilo alması durumudur.

1.5. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Bu araştırma, 18 yaş ve üzeri, Ankara'da ikamet eden, beden kütle indeksinin 30 kg/m^2 ve üzerinde olan, geçmişte kilo verme girişimlerinde bulunmuş ve bu süreçte kilo kaybı yaşamış, ancak sonrasında nüks yaşayan bireylerle gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın nicel aşaması, 26 Ocak- 2 Haziran 2024 tarihleri arasında Prof. Dr. Oktay Banlı Obezite Cerrahisi Kliniği'nde yürütülmüştür.

Bu klinik, özel bir sağlık kuruluşu olup, 17.00- 20.00 saatleri arasında özellikle tüp mide ameliyatı düşünen ve bu ameliyatı finanse edebilecek bireylere hizmet vermektedir (ilk görüşme ücretsiz yapılmaktadır). Bu nedenle, çalışma grubunun büyük ölçüde orta ve üst sosyo-ekonomik düzeydeki katılımcıların çoğunlukta olması bir sınırlılık olarak değerlendirilmektedir. Bunun yanı sıra, kliniğe başvuran kadın obez bireylerin sayısının fazla olması nedeniyle nicel aşamada kadın ve erkek arasındaki sayısal fark da bir diğer sınırlılıktır.

Ayrıca; nicel araştırmada kullanılan anket formunun yaklaşık 40-45 dakika sürmesi ve verilerin akşam saatlerinde toplanmasının, bazı bireylerin araştırmaya katılım motivasyonunu olumsuz etkilemiştir.

Son olarak ise, nitel aşamada bazı katılımcıların deneyimlerinin aktarırken kendilerini açmada sorun çekmeleri ve özellikle ses kaydını kapattıktan sonra yaşamlarındaki bazı özel bilgileri paylaşmışlardır.

2. BÖLÜM

KURAMSAL ÇERÇEVE

Araştırmanın bu bölümünde, obeziteye ilişkin biyo-psikososyal yaklaşım temel alınarak, obezitenin tanımı ve sınıflandırılması, epidemiyolojisi, nedenleri, tedavisi, sonuçları ve nüks süreçlerini etkileyen faktörler ele alınmaktadır.

2.1. OBEZİTENİN TANIMI VE SINIFLANDIRILMASI

DSÖ, obeziteyi vücutta aşırı yağ birikimi olarak tanımlar ve obezitenin belirlenmesinde genellikle BKİ kullanılır. BKİ, 1832 yılında matematikçi Adolphe Quetelet tarafından formüle edilmiş olup, vücut ağırlığının boy uzunluğunun karesine bölünmesi ile hesaplanmaktadır (Creanga ve ark., 2022).

Tablo 2.1 BKİ sınıflandırması (DSÖ, 2024)

BKİ	Sınıflandırma
18,5 kg/m ² ve altı	Zayıf
18,5 - 24,9 kg/m ²	Normal kilolu
25 - 29,9 kg/m ²	Kilolu (Overweight)
30 - 34,9 kg/m ²	Obezite (I. derece)
35 - 39,9 kg/m ²	Obezite (II. derece)
40 kg/m ² ve üstü	Morbid Obezite (III. derece)

DSÖ, BKİ aralıklarını altı kategoriye ayırırken, obezite 30 kg/m² veya daha yüksek bir BKİ olarak tanımlanır (Creanga ve ark., 2022; Mathew ve ark., 2016). Ayrıca, obezite Derece I (BKİ >30), Derece II (BKİ ≥35) ve Derece III (BKİ ≥40) olarakta

sınıflandırılır (Mathew vd., 2016). BKİ sınıflandırması, bireylerin kilo durumunu belirlemek ve sağlık risklerini değerlendirmek için önemli bir rehberdir.

Bununla birlikte, BKİ'si $18,5 \text{ kg/m}^2$ ve altı olan bireyler “zayıf” kategorisine girer. $18,5 - 24,9 \text{ kg/m}^2$ aralığı, “normal kilolu” olarak kabul edilir. Bu aralıktaki bireyler, sağlıklı bir kilo seviyesine sahip olarak değerlendirilir. BKİ'si $25 - 29,9 \text{ kg/m}^2$ arasında olan bireyler “kilolu” kategorisinde yer alır. $30 - 34,9 \text{ kg/m}^2$ aralığı, “I. derece obezite” olarak sınıflandırılır. Bu durum, obezitenin başlangıç aşamasını ifade eder. $35 - 39,9 \text{ kg/m}^2$ aralığı, “II. derece obezite” olarak adlandırılır. BKİ'si 40 kg/m^2 ve üzeri olan bireyler ise “morbid obezite (III. derece)” kategorisinde yer alır ve bu grup, en yüksek sağlık riskine sahip bireylerden oluşur.

BKİ sınıflandırması önemli olmakla birlikte, bireysel değerlendirmelerde, kas kütlesi, vücut yağ oranı ve genel sağlık durumu gibi diğer faktörlerin de dikkate alınması gerektiği unutulmamalıdır. Örneğin, vücut yağ oranları daha fazla olduğu halde kadınlar için kullanılan BKİ kesme noktaları erkeklerle aynı kabul edilmektedir. Kadın ve erkekler için aynı BKİ değerleri üzerinden kilolu ve obez tanıları konulmaktadır. Oysa BKİ değeri 29 kg/m^2 olan bir kadın ile bir erkeğin vücutlarındaki yağ oranı farklı olabilir (Obezite Tanı ve Tedavi Klavuzu, 2019). Ya da yoğun kas kütlesine sahip sporcuların BKİ değeri “kilolu” kategorisinde yer alabilir, ancak bu durum onların sağlık durumunu olumsuz etkilemeyebilir. Sonuç olarak, BKİ sınıflandırması, obezite ile ilişkili sağlık risklerini anlamak ve önlem almak için rehber niteliğindedir. Ancak bireylerin sağlık durumunun daha kapsamlı değerlendirilmesi için diğer yöntemler ve profesyonel tıbbi değerlendirmelerle desteklenmesi gerekmektedir.

Alternatif sınıflandırma yöntemleri arasında bel çevresi, deri kıvrım kalınlıkları, boyun çevresi, kalça-bel oranı ve vücut yağ yüzdesi de yer almaktadır (Mathew ve ark., 2016; Seidell ve Flegal, 1997). Son yıllarda yapılan araştırmalar, vücutta bulunan toplam yağ miktarından ziyade yağın hangi bölgelerde yoğunlaştığını ve dağılımını ön plana çıkarmaktadır. Yağ birikiminin bölgesel dağılımı, hastalık riski ile doğrudan ilişkilendirilmektedir. Android tip (erkek tipi) obezitede yağ, bel, üst karın ve göğüs bölgesinde yoğunlaşırken; jinoid tip (kadın tipi) obezitede yağlanma, kalça, uyluk ve bacaklarda daha fazladır. Dünya Sağlık Örgütü'ne

göre, bel/kalça oranı kadınlarda 0.85, erkeklerde 1.0'in üzerinde ise android tip obezite olarak değerlendirilmektedir. Ayrıca, bel çevresi ölçümünün erkeklerde 94 cm, kadınlarda 80 cm ve üzerinde olması sağlık açısından risk faktörü olarak kabul edilmektedir (Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2024).

Yetişkinlerde obeziteye bağlı hastalık oluşma riski ve bel çevresi ölçümleri

Tablo 2.2 Yetişkinlerde obeziteye bağlı hastalık oluşma riski ve bel çevresi ölçümleri

Cinsiyet	Risk (Uyarı sınırı) (=BKİ>25)	Yüksek risk (Eylem sınırı) (=BKİ>30)
Erkek	>94	>102
Kadın	>80	>88

Daha gelişmiş teknikler arasında çift enerjili X-ışını absorpsiyometrisi (DEXA), su altı tartımı ve biyoelektrik empedans analizi bulunmakta olup, bu yöntemler daha doğru ölçümler sunmalarına rağmen genellikle maliyetli olmaları ve büyük ölçekli çalışmalar için pratik olmamaları nedeniyle sınırlı kullanıma sahiptir (Moyad, 2001; Poston ve Foreyt, 2002). Bu nedenle, obezite tanısının daha doğru yapılabilmesi için tek bir yönteme dayalı değerlendirme yerine, en az iki farklı ölçüm yönteminin birlikte kullanılması önerilmektedir (Taşlı ve Sağır, 2021). Bu yaklaşım, bireylerin vücut kompozisyonunu daha kapsamlı bir şekilde analiz etmeye ve yanıltıcı sonuçların önüne geçmeye yardımcı olabilir.

Sınıflandırmalar, obezitenin bireyler üzerindeki etkilerini anlamayı kolaylaştırırsa da, bu sorunun küresel ve bölgesel düzeydeki yaygınlığını ortaya koymak için epidemiyolojik verilerin incelenmesi gereklidir.

2.2. DÜNYADA VE TÜRKİYE'DE OBEZİTENİN EPİDEMİYOLOJİSİ

Son yıllarda obezite, dünyada ciddi bir halk sağlığı sorunu haline gelmiş ve her yaş grubunda artış göstermiştir. Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO, 2024a)

verilerine göre 2022 yılında dünya genelinde 18 yaş ve üzeri 2,5 milyar yetişkin fazla kilolu olarak belirlenmiştir. Bu bireylerin 890 milyonu obez olup, bu oran dünya genelindeki yetişkin nüfusun %16'sına denk gelmektedir. 1990 yılında fazla kilolu bireylerin oranı %25 iken, 2022'de bu oran %43'e yükselmiştir. Obezite oranı da son 30 yılda iki katından fazla artış göstermiştir.

Obezite yalnızca yetişkin nüfusla sınırlı kalmamakta, çocuk ve ergen gruplarında da hızla yayılmaktadır. 2022 yılında dünya genelinde 5 yaş altı yaklaşık 37 milyon çocuk fazla kilolu olarak kaydedilmiştir. 5-19 yaş aralığında ise fazla kilolu çocuk ve ergen sayısı 390 milyona ulaşmış, bu yaş grubunda obezite oranı 1990'da %2 iken, 2022'de %8'e yükselmiştir. Bu durum, obezitenin yalnızca yetişkinleri değil, çocuk ve gençleri de etkileyen yaygın ve giderek büyüyen bir halk sağlığı sorunu olduğunu ortaya koymaktadır (WHO, 2024a).

Bölgesel farklılıklar incelendiğinde, fazla kilolu bireylerin oranı Güneydoğu Asya ve Afrika'da %31 iken, Amerika kıtasında %67'ye kadar çıkmaktadır. Önceleri yüksek gelirli ülkelerde yaygın bir sorun olarak görülen fazla kiloluluk, günümüzde düşük ve orta gelirli ülkelerde de önemli bir halk sağlığı problemi haline gelmiştir. Düşük ve orta gelirli ülkelerde obezitenin hızla yaygınlaştığı ve özellikle Afrika'da 5 yaş altı fazla kilolu çocuk sayısının 2000 yılından bu yana %23 arttığı rapor edilmektedir (WHO, 2024a).

Obezite oranları Türkiye'de de artış göstermekte olup, bu sorun giderek daha yaygın hale gelmektedir. Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) 2022 yılı Türkiye Sağlık Araştırması sonuçlarına göre, 15 yaş ve üzeri bireylerde obezite oranı %20,2 olarak tespit edilmiştir. Cinsiyet bazında incelendiğinde, kadınlarda obezite oranı %23,6 iken, erkeklerde bu oran %17,0 olarak belirlenmiştir. Ayrıca, 15 yaş ve üzeri bireylerde fazla kilolu olma oranı %31,9 olup, erkeklerde %39,0, kadınlarda ise %25,1 olarak kaydedilmiştir. Bu veriler, Türkiye'de obezite ve fazla kilolu olma durumunun cinsiyetler arasında farklılık gösterdiğini ortaya koymaktadır.

Sonuç olarak, obezitenin küresel ve bölgesel düzeydeki yaygınlığı, bu halk sağlığı sorununun nedenlerini daha derinlemesine ele almayı gerektirmektedir.

2.3. OBEZİTENİN NEDENLERİ

Obezite, biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin etkileşimi sonucunda ortaya çıkan ve küresel ölçekte giderek artan bir halk sağlığı sorunudur. Bu kapsamda, biyo-psikososyal yaklaşım ile bireyin bütüncül bir şekilde ele alınması, obeziteye yönelik etkili tedavi ve önleme stratejilerinin geliştirilmesine olanak sağlar.

2.3.1. Biyolojik Nedenler

Obezite, genetik, nöroendokrin ve metabolik faktörlerin etkisiyle ortaya çıkan bir hastalıktır. Genetik faktörlerin, obeziteye yatkınlıkta önemli bir rol oynadığı ve hastalık riskine %70'e kadar katkıda bulunabileceği belirtilmektedir (Şahin ve ark., 2023). Araştırmalar, genetik bileşenlerin genel nüfustaki obezite vakalarının %40-50'sini etkilediğini, morbid obezite yaşayan bireylerde ise bu oranın %60-80'e kadar yükseldiğini göstermektedir (Bouchard, 2021). Özellikle obeziteyle ilişkili bazı genetik değişimlerin (genetik varyantlar) vücudun enerji alımı ve harcama dengesi üzerinde etkili olduğu tespit edilmiştir (Choquet ve Meyre, 2011). Genetik faktörlerin etkisini gösteren önemli bir kanıt, tek yumurta ikizleri (monozigotik ikizler) üzerinde yapılan çalışmalardır. Bu çalışmalar, genetik yapıları tamamen aynı olan tek yumurta ikizlerinde obezite düzeylerinin, genetik yapıları yalnızca yarı yarıya aynı olan çift yumurta ikizlerine (dizigotik ikizler) kıyasla daha fazla benzerlik gösterdiğini ortaya koymuştur. Bu bulgular, genetik faktörlerin obezite üzerindeki belirgin etkisini açıkça ortaya koymaktadır (Semerci, 2004). Günümüzde obezite ile ilişkili 100'den fazla gen ve gen varyantı tanımlanmış olup, FTO, MC4R ve LEPR genleri bunlar arasında öne çıkmaktadır (Górczyńska-Kosiorz ve ark., 2024).

Bunun yanı sıra, obezitenin patofizyolojisini araştıran çalışmalarda leptin ve ghrelin gibi hormonların işlev bozukluklarının da etkili olduğu gösterilmiştir. Bu hormonlar, enerji dengesi ve iştah kontrolünde kritik roller üstlenmektedir (Astrup ve ark., 2004). Ayrıca insülin direnci, hipotiroidizm ve Cushing sendromu (vücutta uzun süre boyunca yüksek düzeyde stres hormonu olan kortizol bulunması sonucu ortaya çıkan bir hastalıktır.) gibi endokrin bozukluklar, obezitenin biyolojik nedenleri arasında yer almaktadır (Lin ve Li, 2021).

Son yıllarda, enerji homeostazını (vücudun enerji alımı ile enerji harcaması arasındaki denge) düzenleyen biyolojik süreçlere dair yapılan araştırmalarda, obezite ile bağırsak mikrobiyotası arasındaki ilişkiyi ortaya koymuştur. Bağırsak mikrobiyotası, enerji dengesi ve obezite gelişimi üzerinde önemli bir etkiye sahiptir ve bu alandaki araştırmalar giderek artmaktadır (Power ve ark., 2007).

Obezitenin biyolojik nedenlerini anlamak, bu karmaşık hastalığın önlenmesi ve tedavisi için etkili yaklaşımlar geliştirilmesine olanak tanır. Ancak dünya genelindeki obezite artışını yalnızca genetik değişikliklerle açıklamak mümkün değildir. Genetik ve metabolik faktörlerin çevresel ve sosyal etkenlerle birlikte ele alınması, kapsamlı ve etkili müdahale planlarının oluşturulması açısından kritik öneme sahiptir.

2.3.2. Psikolojik Nedenler

Obezite ile ilişkili psikolojik nedenler arasında depresyon, anksiyete, stres, düşük benlik saygısı ve yeme bozuklukları yer almaktadır. Araştırmalar, bu psikolojik durumların hem obezitenin sonucu hem de sebebi olabileceğini ortaya koymaktadır. Obez bireylerin genellikle daha yüksek stres seviyelerine ve düşük öz yeterlilik algısına sahip oldukları belirtilmiştir (Friedman ve Brownell, 1995). Özellikle fiziksel, duygusal ve cinsel istismar, aile içi şiddet, kayıp gibi çocukluk çağı travmalarının ilerleyen yaşlarda yeme alışkanlıkları üzerinde etkili olduğu ve obezite riskini artırdığı vurgulanmaktadır. Bununla birlikte, duygusal yeme davranışları, bireylerin negatif/ olumsuz duygularını yemek yoluyla düzenleme çabasıyla ilişkilendirilmiştir ve bu tür davranışlar uzun vadede kilo alımına ve obeziteye yol açmaktadır (Qiang, 2024).

Ayrıca Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı- 5' te (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- DSM-5) yer alan yeme bozuklukları da, obezite ile yakından ilişkilidir. DSM-5, yeme bozukluklarını sınıflandırırken önemli değişiklikler yapmış ve bebeklik ile yetişkinlik dönemi yeme bozukluklarını "Beslenme ve Yeme Bozuklukları" başlığı altında birleştirmiştir. Bu revizyon, tıknırcasına yeme bozukluğunun resmi bir tanı olarak eklenmesini sağlamış ve yeme bozukluklarının tedavi sürecinde benzerliklerin dikkate alınmasına olanak

tanımıştır (Hoek, 2013; Kenny ve ark., 2014). Özellikle tıknırcasına yeme bozukluğu, obezite ile doğrudan bağlantılı bir durumdur. Bu bozukluk, bireylerin kontrolsüz bir şekilde büyük miktarlarda yiyecek tüketmesi ve bu davranış üzerinde kontrol kaybı yaşaması olarak tanımlanır ve genellikle yemek yedikten sonra bireyler genellikle suçluluk ve utanç duymaktadır (Call ve ark., 2013). Bu bozukluğun, uzun vadede kilo alımına ve diğer sağlık sorunlarına yol açabileceği vurgulanmaktadır. DSM-5 ayrıca tıknırcasına yemek bozukluğunda hafif (haftada 1-3 kez), orta (haftada 4- 7 kez), şiddetli (haftada 8- 13 kez) ve çok şiddetli (haftada 14 ve daha fazlası) olmak üzere çeşitli yeme bozuklukları için bir şiddet sınıflandırma sistemide getirilmiştir. Bu sınıflandırma, yeme bozukluğunun tedavi sürecine rehberlik sağlamakta ve şiddet derecesine göre bireylerin tedavi ihtiyaçlarının değişebileceğini göstermektedir. Bu sistemin amacı, bozukluğun ciddiyetini belirleyerek, daha etkili bir müdahale ve tedavi planı geliştirmek ve yeme bozukluklarının teşhisinde yaşam boyu bir yaklaşım benimsemektir (Kenny ve ark., 2014). Bunlara ek olarak, DSM-5'te "Tanımlanmış Diğer Bir Beslenme ve Yeme Bozukluğu" kategorisi altında gece yemek yeme bozukluğu da yer almaktadır. Bu durum, uykudan uyanarak yemek yeme veya akşam yemeğinden sonra aşırı yiyecek tüketme ile kendini gösteren, yineleyen gece yemek yeme dönemlerini ifade eder. Gece yemek yeme bozukluğu da obezite ile ilişkilendirilen bir durumdur ve tedavi süreci açısından önemli bir yer tutmaktadır (Kenny ve ark., 2014).

Psikolojik nedenler obezite üzerinde belirleyici bir etkiye sahiptir. Bu nedenler sosyal nedenler bir araya gelerek (ki genellikle sıkça yaşanan durumdur) bireylerin yaşam tarzlarını, toplumsal algılarını ve beslenme alışkanlıklarını daha da etkileyebilir.

2.3.3. Sosyal Nedenler

Obezitenin ortaya çıkışında sosyal ve çevresel faktörler de önemli bir rol oynamaktadır. Özellikle, aileler ve kuşaklar arasındaki sosyal etkileşimlerin obezite ile ilişkisi dikkat çekmektedir. Sosyal faktörler, obezitenin gelişiminde belirleyici bir rol üstlenirken, sosyoekonomik düzey bu faktörlerin başında gelmektedir. Düşük sosyoekonomik seviyelere sahip mahallelerde, yüksek

sosyoekonomik bölgelerle kıyaslandığında obezite yaygınlığı daha fazladır (Lê ve ark., 2011). Yoksulluk, finansal güvensizlik ve düşük eğitim seviyeleri gibi sosyal zorluklar, nesiller arası obezite aktarımına katkıda bulunmaktadır (Hemmingsson ve ark., 2023).

Bunlara ek olarak, sağlıklı gıdalara erişim zorlukları, şehirleşme ve hızlı tempolu yaşam tarzı ile azalmış fiziksel aktivite gibi çevresel faktörler de obezite oranlarını etkilemektedir (Lee ve ark., 2019; Hemmingsson ve ark., 2023). İşsizlik, sosyal destek eksikliği ve toplumsal damgalama gibi faktörler de kilo alımına yol açan önemli etkenler arasında yer almaktadır (Lê ve ark., 2011). Ayrıca, bireylerin yaşadıkları fiziksel çevrenin de (örneğin, spor yapma olanaklarının eksikliği) obezite üzerindeki etkileri, çeşitli araştırmalarla detaylı bir şekilde ele alınmıştır (Rosengren ve Lissner, 2008; Brahmbhatt, 2017). Bu durum, sosyal çevrenin obezite riskini anlamada ne kadar önemli bir faktör olduğunu görülmektedir. Sosyoekonomik seviye ile ilişkili sosyal davranışlar, yaşam koşullarındaki farklılıklar ve yaşam tarzları da, kilo alımında belirleyici bir rol oynamaktadır (Cockerham, 2022). Bu bağlamda, obeziteyle mücadele; bireyleri, aileleri, toplulukları ve yerel ile bölgesel yönetimlerin de aktif katkısını içeren kapsamlı stratejiler gerektirmektedir (Lê ve ark., 2011).

2.4. OBEZİTENİN TEDAVİSİ

Obezite tedavisinde, bireyin sağlık durumu ve ihtiyaçlarına göre farklı yaklaşımlar benimsenmekte olup diyet ve egzersiz, farmakolojik (ilaç) tedavisi, Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT), alternatif tedaviler (akupunktur gibi) ve bariyatrik cerrahi gibi yöntemler, bu sorunun çözümünde yaygın olarak kullanılan başlıca tedavi seçeneklerini oluşturmaktadır.

2.4.1. Diyet ve Egzersiz

Obezite tedavisi, öncelikli olarak diyet ve yaşam tarzı değişikliklerine odaklanır. Bu bağlamda, obezite tedavisinin temel bileşenlerinden biri, kalori alımının dengelenmesi ve fiziksel aktivitenin artırılmasıdır. Araştırmalar, diyet ve fiziksel aktivitenin birlikte ele alındığında daha etkili sonuçlar verdiğini göstermektedir.

Diyet tedavisinde hedef, enerji dengesini sağlamaktır. Bu dengeyi sağlamak ve vücuttaki yağ oranını azaltmak için fiziksel aktivite büyük önem taşır. Hem diyet hem de egzersiz, obezite tedavisinin sürdürülebilirliği için gereklidir (Brzuszkiewicz ve ark., 2022).

Diyet tedavisi, bireylerin kalori alımını kontrol etmek ve sağlıklı beslenme alışkanlıkları oluşturmak adına önemli bir role sahiptir. Obezite tedavisinde, kalori kısıtlı diyetler temel bir yaklaşımdır ve çeşitli diyet stratejileri de bulunmaktadır. Düşük yağlı, düşük karbonhidratlı ve yüksek proteinli diyetler yaygın olarak kullanılan stratejilerdendir. Ancak her bir diyetin potansiyel yan etkileri olabilir, bu nedenle bireylerin ihtiyaçlarına göre özelleştirilmiş yaklaşımlar gereklidir. Örneğin, düşük karbonhidratlı diyetler bazı kişilerde kilo kaybını hızlandırabilirken, bazı bireylerde uzun süreli uygulanabilirlik sorunları yaşanabilir (Bentsa, 2023; Brzuszkiewicz ve ark., 2022).

Diyet ve beslenme uzmanları, kilo kaybı için az yemek ve düzenli egzersiz yapmanın önemini vurgulamaktadır. Ancak, bu temel yaklaşım her ne kadar basit gibi görünse de, uygulamada zorluklar yaşanabilmektedir. İnsanlar, genellikle açlık hissi ve yeme özlemi çekmeden, ayrıca yoğun bir çaba sarf etmeden kilo vermek istemektedirler. Bu nedenle, bireyler çoğu zaman hızlı sonuçlar vaat eden, bilinçsizce uygulanan popüler diyetlere yönelmektedir. Aralıklı oruç, dukan diyeti ve ketojenik diyet gibi popüler diyetler de günümüzde yaygın bir şekilde uygulanmaktadır. Ancak, bu diyetlerin çoğu sağlıksız olabilir ve uzun vadeli sağlık sorunlarına yol açabilir. Bunun yerine, her bireyin beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite düzeyi, mevcut sağlık durumu, daha önceki diyet deneyimleri ve kültürel faktörler göz önünde bulundurularak, bireyselleştirilmiş ve dengeli bir kalori kısıtlamalı diyet uygulanmalıdır (Obezite Tanı ve Tedavi Klavuzu, 2019).

Diyet, fiziksel aktivite ve yaşam tarzı değişiklikleri, obezite tedavisinde sürdürülebilir başarıya ulaşmak için bir arada uygulanmalıdır. Bu üçünün bir arada kullanılması, kilo kaybını desteklerken aynı zamanda da uzun süreli kilonun korunmasında da olumlu etkiler yaratır.

2.4.2. Farmakolojik (İlaç) Tedavisi

Obezitenin farmakolojik tedavisi, dünya genelinde artan obezite salgınına yanıt olarak geliştirilmiştir (Milano ve ark., 2020). Mevcut onaylı ilaçlar, temel olarak gıda alımını azaltmayı, enerji harcamasını artırmayı ve besin metabolizmasını değiştirmeyi hedefler (Scheen ve Lefèbvre, 1999). Ancak, ideal bir obezite ilacından beklenen özellikler şu şekilde sıralanabilir:

- Dozla ilişkili kilo kaybı sağlaması,
- Ulaşılan hedef kilonun devamlılığını sağlaması,
- Uzun süreli kullanımının güvenilir olması, özellikle kardiyak yan etkiler oluşturmaması,
- Tolerans geliştirmemesi,
- Kötüye kullanım ya da bağımlılığa yol açmaması.

Mevcut ilaçlar, belirli bir düzeyde bu hedefleri karşılamakta olsa da, günümüzde bu özelliklerin tamamını bir arada sunan herhangi bir ilaç bulunmamaktadır. Obezite tedavisinde ilaç kullanımı genellikle BKİ 30 kg/m² ve üzerinde olup, diyet, egzersiz ve davranış değişikliği gibi geleneksel tedavi yöntemleriyle kilo kontrolü sağlanamayan hastalarda tercih edilir. Ayrıca, BKİ 27-29,9 kg/m² düzeyinde olup, komorbiditeleri (tip 2 diyabet, serebrovasküler hastalık, hipertansiyon, uyku apnesi vb.) bulunan hastalar için de farmakolojik tedavi önerilmektedir (Obezite Tanı ve Tedavi Klavuzu, 2019).

Bununla birlikte, bu ilaçların yan etkileri halen büyük bir endişe kaynağıdır ve bazı ilaçlar, ciddi komplikasyonlar nedeniyle kullanımdan kaldırılmıştır (Scheen ve Lefèbvre, 1999). Bu durum, farmakolojik tedavinin etkinliğini ve güvenliğini artırmak için daha fazla araştırma ve geliştirme yapılmasını gerektirmektedir.

2.4.3. Bilişsel Davranışçı Terapi

Obezite, yalnızca fiziksel değil, aynı zamanda psikososyal alanda da olumsuz etkilere yol açabilen ve multidisipliner bir yaklaşım gerektiren bir hastalıktır. Bu bağlamda, obezite tedavisinin en önemli ayaklarından biri, obeziteye neden olan davranış ve tutumların değiştirilmesidir. Bu hedefe ulaşmak için Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) uzun yıllardır temel bir yaklaşım olarak kullanılmaktadır.

BDT, obezite tedavisinde, bireylerin kilo alımına yol açan olumsuz düşünce ve davranışlarını değiştirmeyi amaçlayan bir terapi yöntemidir. BDT, klasik ve edimsel koşullama ilkelerine dayanır ve genellikle diyet ve egzersiz stratejileriyle birlikte uygulanmaktadır (Van Dorsten ve Lindley, 2008). BDT'nin temel amacı, obez bireylerdeki sağlıksız yeme alışkanlıkları ve duygusal yeme gibi olumsuz davranışları değiştirmek ve bu davranışların arkasındaki psikolojik etkenleri, örneğin stres, depresyon veya anksiyete gibi sorunları ele alarak, kilo alımına yol açan etmenleri ortadan kaldırmaktır (Wisotsky ve Swencionis, 2003). Terapi sürecinde, bireylerin kendilerini izlemeleri, olumsuz düşünceleri tanımlamaları ve sağlıklı başa çıkma mekanizmaları geliştirmeleri sağlanır. Ayrıca, terapi sürecinde uyaran kontrolü, problem çözme teknikleri, nüksetmeyi önleme ve sosyal destek gibi stratejiler de önemli yer tutar (Wisotsky ve Swencionis, 2003). Burada özellikle tıknırcasına yeme bozukluğu ve gece yemek yeme gibi duygusal yeme ile bağlantılı olan bozuklukların tedavisinde, BDT etkili yöntemler arasında yer almaktadır (Obezite Tanı ve Tedavi Klavuzu, 2019).

Terapiye başlamadan önce, hastaların detaylı bir değerlendirmeye tabi tutulması önemlidir. Bu değerlendirme, bireyin geçmişteki kilo verme girişimlerini, mevcut psikiyatrik ve tıbbi sorunlarını, motivasyon düzeyini ve yeme alışkanlıklarını içermelidir. BDT için en uygun adaylar, erişkin yaşta olup, BKİ 30 ile 50 kg/m² arasında değişen ve kilo vermeye istekli bireylerdir (Obezite Tanı ve Tedavi Klavuzu, 2019).

BDT, kısa vadeli kilo kaybı sağlamada ve sağlık risklerini azaltmada etkili olduğu kanıtlanmış bir yöntemdir. Ancak, metabolik enerji açığı, (kilo kaybı sırasında vücudun kalori harcama hızının düşmesiyle ortaya çıkmaktadır) gibi biyolojik

faktörler nedeniyle uzun vadeli kilo koruması hala zor bir hedef olmaktadır (Van Dorsten ve Lindley, 2008). Bununla birlikte, son araştırmalar, BDT'yi diyet ve egzersizle birleştiren çok boyutlu müdahalelerin, geleneksel obezite tedavilerinin etkinliğini artırabileceğini göstermektedir (Alimoradi ve ark., 2016). Ayrıca, BDT'nin ergenlik öncesi çocuklar üzerinde yetişkinlere kıyasla daha etkili olduğu bulunmuştur (Wisotsky ve Swencionis, 2003).

Sonuç olarak, BDT, yalnızca kilo kaybını teşvik etmekle kalmaz, aynı zamanda bireylerin sağlıklı yaşam tarzı değişikliklerini benimsemelerine yardımcı olur. BDT'nin etkisi, özellikle uzun vadeli tedavi hedeflerine ulaşmada ve tedavi sürecinin sürdürülebilirliğini sağlamada büyük bir öneme sahiptir.

2.4.4. Alternatif Tedaviler

Obezite tedavisinde geleneksel tedavi yöntemlerinin yanı sıra, alternatif ve tamamlayıcı tedavi yaklaşımlar da giderek daha fazla ilgi görmektedir. Bu alternatif yöntemler, genellikle cerrahi müdahaleye başvurmak istemeyen ya da geleneksel tedavilere cevap vermeyen bireyler tarafından tercih edilmektedir. Örneğin, diyet ve egzersiz, bazı bireylerde sürdürülebilir kilo kaybına yol açmaz ve motivasyon kaybı yaşanabilir (Lo ve Tavakkoli, 2019). Ya da bariyatrik cerrahi, her hasta için uygun olmayabilir ve cerrahi müdahalelerin riskleri ve maliyetleri, bazı bireyler için engel teşkil edebilir (Gilbert ve Wolfe, 2012). Alternatif yaklaşımlar arasında bitkisel takviyeler, besin takviyeleri ve akupunktur gibi yöntemler yer almaktadır (Lucy ve Chun-su, 2002; Cherniack, 2008). Ayrıca, internetin yaygın kullanımı sayesinde çevrimiçi müdahaleler, geniş bir nüfusa ulaşabilmek için umut verici bir tedavi yöntemi olarak öne çıkmaktadır (Baulch ve ark., 2008). Bu yöntem, internetin yaygın kullanımı sayesinde geniş bir nüfusa ulaşmak için umut verici bir alan olarak ortaya çıkmıştır. Bu yöntemler, bireylerin diyetlerini izlemelerini ve yaşam tarzı değişiklikleri yapmalarını kolaylaştırarak, daha geniş kitlelere hizmet verebilir. Ancak, bu tür tedavi yöntemlerinin etkinliği ve güvenliği hakkında hâlâ sınırlı kanıt bulunmaktadır.

Alternatif tedavi yöntemlerinden bazıları, özellikle yaşlı nüfus üzerinde yapılan araştırmalarla dikkat çekmiştir. Örneğin, konjuge linoleik asitler, kitosan, Garcinia

cambogia ve Citrus aurantium gibi maddeler, obezite tedavisinde potansiyel çözümler olarak incelenmiştir (Cherniack, 2008). Ancak, bu tamamlayıcı ve alternatif tıp yöntemlerinin etkinliği ve güvenliği hakkında kesin bir kanıt bulunmamaktadır. Çoğu çalışma, küçük örneklem büyüklükleri, kısa takip süreleri ve belirsiz sonuçlar gibi sınırlamalara sahiptir (Esteghamati ve ark., 2015).

Alternatif tedavi yöntemlerinden en yaygın kullanılanlardan biri akupunkturdur. Araştırmalar, akupunkturun hipotalamusu uyararak iştah düzenlemesi üzerinde olumlu etkiler yaratabileceğini ve serotonin, endorfin gibi nörotransmitterleri düzenleyerek iştahı kontrol edebileceğini göstermektedir (Cabýoglu ve ark., 2006; Wang ve ark., 2021). Ayrıca, akupunkturun obeziteyle ilişkili hormonlar olan leptin ve ghrelin üzerinde etkili olduğu ve bu mekanizmaların kilo kaybını desteklediği de ortaya konmuştur (Wang ve ark., 2004). Akupunktur, iştahı baskılamak, diyet ve egzersizle uyumu artırmak ve kalori kısıtlamasıyla ilişkili kaygıyı azaltmak için etkili bir tamamlayıcı tedavi olarak kullanılmaktadır (Yıldırım ve Eryılmaz, 2023).

Sonuç olarak, alternatif tedavi yöntemleri, obezite tedavisinde potansiyel faydalar sunmakta olsa da bu yöntemlerin etkinliğini ve güvenliğini değerlendirmek için daha fazla araştırma yapılması gerekmektedir. Obezite tedavisinde alternatif ve tamamlayıcı yaklaşımlar, geleneksel tedavi yöntemlerine destek olarak düşünülebilir, ancak bu yaklaşımların da yalnızca profesyonel bir sağlık uzmanının gözetiminde ve onayıyla uygulanması gerekmektedir.

2.4.5. Bariyatrik Cerrahi Yöntemler

Bariyatrik cerrahi, morbid obezite tedavisinde en etkili yöntemlerden biri olarak kabul edilmektedir. Bariyatrik cerrahi, obeziteyi tedavi etmenin en etkili yollarından biri olarak kabul edilmektedir ve morbid obezite tedavisinde “altın standart” bir yaklaşım olarak öne çıkmaktadır. Araştırmalar, bu cerrahi işlemlerin yaşam kalitesini artırdığını ve kalp hastalıkları, tip 2 diyabet, hipertansiyon gibi obeziteyle ilişkili hastalıkların riskini önemli ölçüde azalttığını göstermektedir (Lo ve Tavakkoli, 2019). Özetle bu cerrahi prosedürler, obeziteyle ilişkili sağlık

sorunlarında (komorbiditeler) iyileşmeler sağlarken, aynı zamanda sürdürülebilir kilo kaybı da sunmaktadır (Lo ve Tavakkoli, 2019; Kissler ve Settmacher, 2013).

Obezite tedavisinde en yaygın kullanılan bariyatrik cerrahi yöntemler arasında Roux-en-Y gastrik bypass, sleeve gastrektomi (tüp mide ameliyatı) ve ayarlanabilir gastrik bantlama bulunmaktadır. Roux-en-Y gastrik bypass, midenin küçültülmesinin yanı sıra, ince bağırsakların bir kısmını bypass ederek besin emilimini sınırlamakta ve kilo kaybını teşvik etmektedir. Sleeve gastrektomi ise midenin büyük bir kısmını çıkararak, kişinin daha küçük miktarlarda yemekle doymasını sağlar. Her bir cerrahi yöntemin kilo kaybı sonuçları ve potansiyel riskleri farklıdır (Gilbert ve Wolfe, 2012; Panteliou ve Miras, 2017; Elder ve Wolfe, 2007). Bu cerrahi işlemler genellikle laparoskopik (kapalı) yöntemle yapılır. Laparoskopik cerrahi, cerrahi riskleri azaltırken, iyileşme sürecini de hızlandırır (Lo ve Tavakkoli, 2019). Genellikle BMI ≥ 35 kg/m² olan ve obeziteye bağlı sağlık sorunları yaşayan bireyler veya cerrahi olmayan yöntemlerle kilo veremeyen ve BMI ≥ 40 kg/m² olan hastalar için önerilmektedir (Kissler ve Settmacher, 2013). Bariyatrik cerrahinin kilo kaybı üzerindeki etkisi yalnızca mideyi küçültmek veya besin emilimini sınırlamakla kalmaz, aynı zamanda açlık ve tokluk hormonlarında meydana gelen değişikliklerle yiyecek tercihlerini de etkiler. Bu biyolojik değişiklikler, cerrahi işlemin etkinliğini artıran önemli mekanizmalardır (Panteliou ve Miras, 2017).

Bariyatrik cerrahinin büyük bir potansiyele sahip olmasına rağmen, dünya genelinde yeterince yaygın olarak uygulanmamaktadır. Uygun adayların yalnızca %1'inden azı bu tedaviyi almaktadır (Lo ve Tavakkoli, 2019; Panteliou ve Miras, 2017). Bu durum, toplumda bariyatrik cerrahinin genellikle estetik bir müdahale veya kolay bir çözüm olarak algılanması nedeniyle, tedaviye erişimin sınırlı olduğunu göstermektedir. Daha geniş bir hasta grubuna ulaşılabilmesi için farkındalık artırıcı eğitimler ve sağlık sigortası kapsamının genişletilmesi gerekmektedir.

Sonuç olarak, bariyatrik cerrahi, obezite tedavisinde önemli bir yer tutmakta ve kilo kaybının yanı sıra obeziteye bağlı sağlık sorunlarının iyileştirilmesinde etkili bir çözüm sunmaktadır. Ancak, cerrahi müdahalenin başarısı yalnızca cerrahi

işlemle sınırlı kalmayıp, bireylerin yaşam tarzı değişikliklerine uyum sağlamasına ve uzun vadede sağlıklı alışkanlıklar geliştirmelerine bağlıdır.

2.5. OBEZİTENİN SONUÇLARI

Obezite, bireyin tüm yaşamını etkileyerek fiziksel sağlık sorunlarından psikolojik sorunlara ve sosyal yaşamdaki zorluklara kadar geniş bir yelpazede olumsuz sonuçlar doğurabilmektedir.

2.5.1. Fiziksel Sorunlar

Obezite, sağlık üzerinde önemli ve çeşitli olumsuz sonuçlara yol açan bir hastalıktır ve birçok kronik hastalığın riskini artırmaktadır. Yapılan araştırmalar, obezitenin kardiyovasküler hastalıklar, hipertansiyon, tip II diyabet ve bazı kanser türleri gibi ciddi sağlık sorunlarına neden olabileceğini ortaya koymuştur. Ayrıca, obezite solunum sistemi üzerinde de olumsuz etkiler yaratabilir; obez bireylerde uyku apnesi ve astım gibi solunum yolu hastalıklarının görülme sıklığı artmaktadır (Chu ve ark., 2018; Wellman ve ark., 2002).

Literatürde, özellikle çocukluk çağında başlayan obezitenin uzun vadeli sağlık sorunlarına yol açtığı vurgulanmaktadır. Obez çocuklar, erken yaşlarda tip II diyabet, yüksek kolesterol ve yüksek tansiyon gibi sağlık sorunlarıyla karşı karşıya kalma olasılıkları açısından daha yüksek risk altındadır. Çocukluk obezitesinin, ilerleyen yıllarda yetişkinlikte kalp hastalıkları, kemik ve eklem hastalıkları gibi sorunları tetikleyebileceği, ayrıca yetişkinlik döneminde obezite riskinin yüksek olacağı belirtilmektedir (Lee, 2009).

Buna ek olarak, menopoz sonrası dönemde obezite üzerine yapılan araştırmalar da bu dönemdeki kadınlarda obezitenin fiziksel sağlık üzerindeki etkilerini incelemiştir. Araştırma sonuçları, obezitenin menopoz sonrası kadınlarda osteoporoz riskini artırdığını ve kalp hastalıkları, insülin direnci ve meme kanseri gibi sağlık sorunlarının görülme sıklığını da artırdığını göstermektedir. Obezitenin, hormon seviyelerini bozması ve yağ dokusunun artışı, bu yaş grubundaki kadınlarda metabolik bozuklukların başlıca nedenleri olarak öne çıkmaktadır (Dennis, 2007).

Sonuç olarak, obezitenin, erken yaşlardan itibaren çocuklar, yetişkinler ve menopoza sonrası kadınlar gibi farklı yaş gruplarında farklı sağlık sorunlarına neden olması, bu durumun ciddiyetini daha da artırmaktadır.

2.5.2. Psikolojik ve Sosyal Sorunlar

Obezite, sadece fiziksel sorunlara değil, aynı zamanda psikolojik ve sosyal sorunlarda doğuran bir hastalıktır. Araştırmalar, obezitenin sosyal ve psikolojik yükünü inceleyerek, obez bireylerin toplumda dışlanma, ayrımcılık ve psikolojik sorunlarla karşılaştığını vurgulamaktadır. Obezite, toplumsal normlar ve güzellik anlayışlarıyla çatışmaya girdiği için, bireyler sıklıkla önyargılara maruz kalır. Bu durum, obez bireylerin özgüvenlerini ve benlik saygılarını olumsuz yönde etkileyebilir, depresyon, kaygı ve stres gibi psikolojik sorunların ortaya çıkmasına neden olabilir (Sarwer ve Polonsky, 2016). Obeziteye yönelik olumsuz toplumsal yargılar, obez bireylerin psikolojik sağlıklarını doğrudan etkiler. Toplumsal ayrımcılık, bu bireylerin daha yüksek düzeyde depresyon, kaygı ve stres yaşamalarına yol açabilir. Ayrıca, bu durum, obez bireylerin sağlıklı yaşam tarzları benimsemesini zorlaştırabilir. Çünkü obez bireyler dışlanma korkusu nedeniyle fiziksel aktivitelerden kaçınabilirler (Wu ve Berry, 2018).

Çocukluk döneminde başlayan obezite de benzer şekilde psikolojik gelişimi olumsuz etkileyebilir. Obez çocuklar, sıklıkla zorbalığa maruz kalır ve sosyal dışlanmaya maruz kalırlar. Bu durum, çocukların okulda daha düşük akademik başarılar elde etmelerine sosyal becerilerini ve psikolojik dayanıklılıklarını zayıflamasına ve düşük benlik saygısı geliştirmelerine yol açabilir. Ayrıca, obezite obez çocuklarda depresyon, anksiyete bozuklukları ve düşük özgüven gibi psikolojik sorunları da tetikleyebilir (Warschburger, 2005).

Obezitenin sosyal sonuçları, sadece çocuklar için değil, yetişkinler için de geçerlidir. Obez bireyler, toplum içinde işyerlerinde, sosyal ortamlarda ve sağlık hizmetlerinde ayrımcılığa uğrayabilirler. Obezite, iş dünyasında da olumsuz etkilere yol açabilir; obez bireyler daha az terfi alabilir, daha düşük maaşlarla karşılaşabilir ve daha az saygı görebilir. Bu tür ayrımcılık, sosyal ilişkilerde

güçlükler yaratabilir ve obez bireylerin toplumdan dışlanmasına yol açabilir (Wadden ve Stunkard, 1985).

Sonuç olarak, obez bireyler, toplumsal damgalama, ayrımcılık, düşük benlik saygısı, depresyon ve kaygı gibi birçok psikolojik sorunla karşılaşabilirler. Bu durumlar, bireylerin sosyal yaşamlarını, iş hayatlarını ve fiziksel sağlıklarını olumsuz etkileyerek daha karmaşık sağlık problemlerine yol açabilir.

2.6. OBEZİTE VE NÜKS: NÜKS SÜREÇLERİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Obez bireyler obezite ile mücadele önemli girişimlerine rağmen genellikle verilen kiloyu koruyamamaktadır ve nüks yaşamaktadır. Uluslararası ve ulusal literatür incelendiğinde; obez bireylerin tedavi sonrası ilk yıl içinde nüks süreçleri başlamakta ve sonraki 2 ile 5 yıl başlangıçtaki beden kütle indekslerine geri döndükleri veya başlangıçtaki değerlerinin üzerine çıktıkları gözlenmektedir (Anderson ve ark., 2001; Weiss ve ark., 2007). Bu nükslerin oluşması, birden fazla faktörün etkileşimiyle gerçekleşen karmaşık bir süreçtir.

Kilo kaybı sonrasında tekrar kilo alımı, obezite tedavisinin önemli bir zorluğudur. Bu sürecin anlaşılması için “Telafi Edici Teori” önemli bir model olarak öne çıkmaktadır. Bu teori, vücutta kilo kaybı sonrası meydana gelen fizyolojik adaptasyonların tekrar kilo alımına yol açtığını öne sürer. Yani, vücut, kaybedilen ağırlığı geri almak için metabolizma hızını düşürme, iştahı artırma ve enerji harcamasını azaltma gibi fizyolojik süreçler başlatır (Martins ve ark., 2020). Ayrıca, leptin gibi açlık hormonlarının seviyelerinin değişmesi, iştahın artmasına ve kilo alımının hızlanmasına yol açabilir. Bu adaptasyonlar, bireylerin kilo kaybını sürdürmelerini zorlaştırarak, kilo alımına yol açan bir etkiye sahip olabilir. Yapılan araştırmalar, gıdanın bu süreçteki birincil etkenlerden biri olduğunu ve obezitenin kronik olarak nükseden bir hastalık olarak değerlendirilmesine katkıda bulunduğunu göstermektedir (Bray ve ark., 2017). Ayrıca, endokrinolojik (hormonlarla ilgili) ve gastrolojik (sindirim sistemiyle ilgili) sorunları olan bireylerde, kilo alımı daha sık görülmektedir. Bu sağlık problemleri, vücudun kilo

alımını kontrol etmesini zorlaştırarak, kilo artışını artırabilir (Babaoğlu ve Hatun, 2002).

Kilo kaybı sonrası, vücutta bazı fizyolojik değişiklikler meydana gelir. Örneğin, metabolizma hızının düşmesi, vücudun daha az kalori harcamasına yol açar. Ayrıca, leptin gibi hormon seviyelerinin değişmesi iştahı artırarak, tekrar kilo alımına neden olabilir. Yapılan araştırmalar, kilo kaybı sırasında bu fizyolojik değişikliklerin, uzun vadede tekrar kilo alımına yol açtığını göstermektedir (Yau ve Potenza, 2013). Kilo kaybı sonrasında vücut, genellikle eski kiloya dönme eğilimindedir. Bu süreç, metabolizma hızının yavaşlaması, insülin direncinin artması ve açlık hissinin güçlenmesi gibi biyolojik faktörlerle açıklanabilir. Araştırmalar, bu biyolojik değişimlerin, kişilerin eski kilolarına geri dönmelerini kolaylaştırdığını ve kilo kaybının sürekli olmasını zorlaştırdığını ortaya koymaktadır (Bray ve ark., 2017).

Özellikle, sadece ağırlık kaybına odaklanan, bireye özgü olmayan, olumlu beslenme alışkanlıkları kazandırmayan ve hızlı kilo verdiren uygulamalar, tekrar kilo alımına yol açmaktadır (Meckling ve ark., 2004) Bu nedenle, tekrar kilo alımını önlemek, yalnızca diyet ve egzersizle değil, aynı zamanda vücudun bu fizyolojik değişikliklerine karşı stratejiler geliştirerek mümkündür. Ayrıca, sağlıklı yaşam tarzı değişikliklerinin kalıcı hale getirilmesi, kilo alımını engellemek için kritik bir faktördür. Eğitim ve farkındalık, bu süreçte bireylerin vücutlarının tepkileri hakkında daha bilinçli olmalarını sağlar. Uzun vadeli kilo kontrolü sağlamak için, tedavi sürecinde biyolojik adaptasyonlarla birlikte psikolojik faktörlerin de dikkate alınması gereklidir.

Stres, obezite gelişiminde ve nüksetmesinde önemli bir rol oynar. Stres, yeme düzenlerini ve aşırı lezzetli yiyeceklerin tüketimini nörobiyolojik adaptasyonlar ve HPA eksenindeki değişiklikler yoluyla etkiler (Yau ve Potenza, 2013). Özellikle, duygusal yükselmeler fizyolojik açlık ile karıştırılmaktadır. Bu duygu dalgalanmalarına neden olan etmenler; zaman (örneğin akşam yemeği saati), iştah açıcı bir yiyeceğin görülmesi, kokusu veya bahsinin geçmesi, depresyon, kızgınlık, öfke gibi durumlar olabilir. Bu durumlar, obezite tedavisinde önemli bir

engel teşkil eder ve tedavi sürecinde bu tür psikolojik ve biyolojik faktörlerin dikkate alınması gerekir.

2.7. OBEZİTE VE NÜKS: BİYO-PSİKOSOSYAL YAKLAŞIM İLE SOSYAL HİZMETİN ROLÜ

Son yıllarda yapılan çalışmalar, obezite nüksünün önlenmesinde psikososyal destek mekanizmalarını içeren tedavilerin önemini vurgulamaktadır (Werrij ve ark., 2009; Teixeira ve ark., 2015). Ayrıca, multidisipliner yaklaşımlar ve bireye özgü tedavilerin gerekliliği de araştırmalarla ortaya konmuştur (Dilek Şayik ve ark., 2021; Blaž ve Švab, 2015). Bu kapsamda geliştirilen programlar çeşitli sağlık profesyonellerini içermekte olup, sosyal hizmet uzmanları da bu multidisipliner ekiplerin önemli bir parçası olarak rol almaktadır. Tıbbi sosyal hizmetin obezite nüksü üzerindeki etkisini anlamak için bu disiplinin kapsamı ve uygulamalarını ele almak faydalı olacaktır.

Tıbbi sosyal hizmet, hastaların sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştıran, tedavi süreçlerinde karşılaştıkları psikososyal sorunları azaltan ve yaşam kalitelerini artıran bir disiplindir (Mitrowski, 1983). Sağlık sisteminin sosyal boyutunu ele alan bu disiplin, hastaların yalnızca biyolojik değil, aynı zamanda psikolojik ve sosyal sağlık alanlarındaki ihtiyaçlarına da yanıt vermektedir. Hasta haklarının savunulması, destek mekanizmalarının oluşturulması ve multidisipliner ekipler içerisinde bireyin psikososyal gereksinimlerinin karşılanması gibi temel roller üstlenmektedir (Beder, 2013).

Tıbbi sosyal hizmetin önemi yalnızca hastane ortamıyla sınırlı kalmayıp, bireylerin toplum içinde desteklenmesine yönelik sosyal politika ve hizmet modellerinin geliştirilmesini de içermektedir. Kronik hastalıklar, uzun süreli bakım gerektiren alanlarda sosyal hizmet uzmanlarının sağladığı müdahaleler, bireylerin yaşam kalitesini artırmada ve sağlık hizmetlerinden etkin şekilde yararlanmalarında önemli bir rol oynamaktadır (Mitrowski, 1983).

Tıbbi sosyal hizmetin temel işlevleri şu şekilde özetlenebilir:

- Psikososyal destek ve danışmanlık: Hastaların hastalık sürecinde yaşadıkları duygusal ve psikolojik zorlukları ele almak, kriz müdahalelerinde bulunmak ve destekleyici danışmanlık hizmetleri sunmak.
- Sağlık sistemine erişimi kolaylaştırma: Sosyoekonomik açıdan dezavantajlı bireylerin sağlık hizmetlerinden etkin şekilde yararlanmasını sağlamak ve sigorta hakları konusunda rehberlik etmek.
- Multidisipliner iş birliği: Hekimler, hemşireler, psikologlar ve diyetisyenlerle iş birliği yaparak bütüncül bir tedavi sürecine katkıda bulunmak.
- Aile ve sosyal destek mekanizmalarının güçlendirilmesi: Hasta ve yakınlarına yönelik danışmanlık hizmetleri sunarak hastalık sürecinde psikososyal dayanıklılığı artırmak (Beder, 2013; Grant ve Toh, 2017; Mitrowski, 1983).

Uzmanlar, obez bireylerin psikososyal destek ihtiyaçlarını karşılamada ve nüksü önlemede etkin rol oynayarak tedavi sürecine bütüncül bir bakış açısı getirmektedir (Bischoff ve ark., 2017). Bu noktada, yalnızca medikal model yerine hastalığın sosyal ve psikolojik boyutlarını da ele alan biyopsikososyal yaklaşım öne çıkmaktadır. Bu model, bireyin biyolojik, psikolojik ve sosyal sistemlerden oluştuğunu vurgulamaktadır (Bolton ve Gillet, 2019). Obezite örneğinde olduğu gibi, sadece kilo artışına odaklanmak yerine stres, duygusal yeme, obezogenik çevre, yemek kültürü ve ekonomik zorluklar gibi unsurlar da tedavi sürecine dâhil edilmelidir. Çünkü bu üçlüden herhangi birinde meydana gelen bir dengesizlik, bireyin tüm sağlık durumunu olumsuz etkileyebilmektedir.

Uzmanlar, bu yaklaşım çerçevesinde sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite alışkanlıklarını teşvik eden programlar yürütmekte ve düşük sosyoekonomik grupların sağlıklı gıdaya erişimini artırmaya yönelik sosyal politikalar geliştirmektedir. Obez bireylerin yaşadığı damgalamayı önlemek için farkındalık kampanyaları düzenleyerek toplumsal bilinci artırırken, müdahale süreçlerinde duygusal yeme ve beden algısı gibi konularda danışmanlık hizmetleri

sunmaktadır. Aynı zamanda motivasyonu artıran programlar geliştirerek bireylerin kilo yönetim süreçlerine destek olur. Son olarak, multidisipliner ekiplerle iş birliği yaparak tedavi sürecine bütüncül bir yaklaşım sunar.



3. BÖLÜM

ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Bu bölümde düşünümsellik ve konuyu belirlemede araştırmacının motivasyonu, araştırmanın modeli, çalışma grubu, veri toplama araçları, veri toplama süreci, verilerin değerlendirilmesi ve geçerlik ve güvenilirliğe ilişkin bilgiler yer almaktadır.

3.1. DÜŞÜNÜMSELLİK VE KONUYU BELİRLEMEDE ARAŞTIRMACININ MOTİVASYONU

Araştırmanın modeline geçmeden önce, düşünümsellik çerçevesinde araştırma konusunu seçme sürecimi, bu süreçteki deneyimlerimi ve düşüncelerimi paylaşmanın yararlı olacağını düşünüyorum.

Obez bireylerin kilo alıp verme nedenlerine olan merakım, öncelikle yüksek lisans tez çalışmamla bağlantılıdır. Yüksek lisans tez çalışmamda, “İkinci Kez AMATEM’de Tedavi Gören Bağımlıların Madde Kullanımına İlişkin Yaşam Deneyimleri” başlığı altında madde bağımlıların zorlu tedavi sürecinin ardından tekrar madde kullanımına başlama nedenlerini araştırdım. Burada temel olarak merak ettiğim konu, “Zorlu bir mücadeleden sonra o davranış neden tekrarlanıyor?” sorusuydu. Bu süreçte birçok nedenin etkili olduğunu gördüm ve bu nedenleri görünür kılmak benim için oldukça önemliydi. Bu deneyimden hareketle, obez bireylerin kilo alıp verme döngüsüne yönelik benzer bir ilgi ve araştırma isteği doğdu.

İkinci olarak; bu araştırma isteğim kişisel deneyimlerimden kaynaklanmaktadır. Hayatımın farklı dönemlerinde kilo alıp verme süreçlerini yaşadım ve bu süreçler benim için özellikle geçiş dönemlerime denk gelmişti. Üniversiteye ilk gidişimde, ilk defa evden ayrılmanın etkisiyle birinci yılımda “su içsem bile yaradı” ve 15 kilo alarak bu süreci tamamladım. Takip eden yıllarda da kilo alma sürecim devam etti. Ailemde genetik olarak kilo sorunu bulunmamasına rağmen, kilo almak olumsuz bir konumda idi. Ailem, güzellik algısından çok “Karadenizli bir kızın hızlı

ve atik” olması gerektiği inancına sahip idi ve bu da şüphesiz kilo konusunda eleştirel ve yargılayıcı tutumlarına yansıyor.

Bir diğer dönüm noktası ise çocuk sahibi olmayı planladığım dönemdi. Bu süreçte kullandığım hormon ilaçlarının etkisiyle kilo artışı yaşadım. Ancak doktorum, bu dönemde kilo artışının bana zarar verebileceğini ve normal kilomun üzerine daha fazla kilo eklemem gerektiğini belirterek kiloma dikkat etmem konusunda beni uyardı. Bunun üzerine diyet uygulamalarına başladım ve süreci dengede yürütmeyi başardım. Kilo almak kolaydı; ancak kilo vermek gerçekten zordu. Bu sürecin bir yaşam tarzı haline getirilerek sürdürülebilir olması gerekiyordu. Bu bağlamda kendi deneyimlerimle obeziteye ilişkin bireysel ve toplumsal bakış açılarını anlamak, bu konuyu çalışma motivasyonumun önemli bir parçasını oluşturdu.

Obezite, genellikle tıp, psikoloji, beslenme ve diyetetik, halk sağlığı, aile hekimliği, psikiyatri gibi disiplinlerde daha yoğun olarak ele alınmaktadır. Son olarak, bu konuyu seçmemdeki en önemli faktörlerden biri, araştırmanın önemi başlığında da vurgulandığı gibi, konunun özgün ve sosyal hizmet alanında yeterince çalışılmamış olmasıdır. YÖK Tez Merkezi’nde gelişmiş tarama yaparak “obezite” ve “sosyal hizmet” anahtar kavramlarını kullandığımda yalnızca 4 tez karşıma çıkmıştır. Bu rakam, çalıştığım konunun ne kadar özgün olduğunu kanıtlar niteliktedir.

Hein (2004), araştırma sürecinde araştırmacının kendini nasıl konumlandığının, araştırmanın tüm aşamalarını biçimlendiren önemli bir etken olduğunu ifade etmektedir (Akt: Akçay ve ark., 2024). Araştırmacının içeriden, merkezde ya da dışarıdan bir konumda olması, araştırmanın yönünü ve süreçlerini önemli ölçüde etkileyebilir. Bu bağlamda benim de kilolu bir birey olmam hem nicel hem de nitel veri toplama sürecimde önemli bir avantaj sağlamıştır. Kilolu bir birey olarak katılımcılarla benzer deneyimlere sahip olduğum için onların güvenlerini kazandım. Örneğin klinikte anket formunu doldurmak için katılımcıların yanına gittiğimde sık sık bana “Tüp mide ameliyatı mı oldunuz?” veya “Kilo verme sürecinizle ilgili deneyimlerinizi paylaşır mısınız?” gibi sorular yönelttiler. Yani beni kendilerinden biri olarak gördüler ve bunu bana

hissettirdiler. Bu durum katılımcılarla daha derin bir bağ kurmamı sağladı ve veri toplama sürecimi olumlu olarak etkiledi. Katılımcılardan birinin şu ifadesi, bu durumu kanıtlar niteliktedir. “Buraya asla bir zayıf girmemeli.” Bu ifade, katılımcıların kendileriyle benzer özelliklere sahip bir araştırmacıyla iletişim kurma ihtiyacını ve bunun veri toplama sürecine sağladığı katkıyı açıkça ortaya koymaktadır. Kilom, katılımcı ile araştırmacıyı ortak bir paydada buluşturmuş ve katılımcı ile araştırmacı arasında güven ilişkisinin kurulmasında önemli bir rol oynamıştır. Hem nicel hem de nitel aşamalarda, katılımcıların “Bunu anneme bile anlatmamıştım.” veya “Bu yaşadıklarımı ve düşüncelerimi kimse bilmiyor.” gibi ifadeleri, aramızda bir güven ilişkisi kurulduğunu açıkça göstermektedir. Araştırmanın nicel aşamasında, katılımcılar anket formunu doldururken yalnızca seçenek işaretlemekle kalmamış, aynı zamanda deneyimlerini ayrıntılı bir şekilde paylaşma eğiliminde olmuşlardır. Benzer şekilde, nitel aşamada katılımcıların “Uzun zamandır beni böyle dinleyen biri yoktu.” ve “Kendimi psikoloğa gitmiş gibi hissettim.” ifadeleri, bu deneyimlerini aktarmaya ne kadar ihtiyaç duyduklarını ortaya koymaktadır. Görüşme sırasında psikolog rolüm (ki zaten psikoloji eğitimim de yoktur) olmamasına rağmen, onları anladığımı hissettirmek, yansız ve tarafsız bir şekilde dinlemek, paylaşımlarının derinliğini ve içtenliğini artırdığını fark etmemi sağladı. Bu durum, görüşmelerde elde edilen verilerin şüphesiz niteliğini olumlu yönde etkiledi.

Araştırmanın hem nicel aşamasında katılımcıların verdikleri geri bildirimler hem de nitel aşamada görüşmeler sırasında paylaştıkları deneyimler, katılımcıların duygusal yeme alışkanlıklarına sahip olduklarını ortaya koydu. Bu süreçte, birçok geçiş döneminde deneyimlediğim, ancak en yakın örnek olarak pandemi döneminde artan belirsizliklerle birlikte yaşadığım duygusal yeme deneyimlerimi paylaşarak, bu konuda katılımcıları anladığımı ifade ettim. Başka bir örnek olarak, katılımcıların çoğu makarna ya da mantıyı ekmekle yeme alışkanlıklarından bahsederken, benim de benzer bir alışkanlığa sahip olduğumu onlarla paylaştım. Bu şekilde kendi deneyimlerimin paylaşılması, özellikle görüşmeler sırasında güven ilişkisinin güçlenmesine katkıda bulundu.

Veri toplama sürecine başlamadan önce, toplumsal normların yansımalarıyla şekillenen alana ilişkin bazı önyargıları bulmaktaydı. Örneğin; obez bireylerin genellikle bol ve siyah kıyafetler tercih edecekleri ya da sağlık sorunları dışında kilolarından mutlu oldukları gibi düşüncelere sahiptim. Elbette, katılımcıların diyabet, tiroid hastalığı veya hipertansiyon gibi hangi kronik hastalıklara sahip olduklarını kendileri ifade etmedikçe belirlemem mümkün değildi. Ancak, çalışma sırasında yaptığım gözlemlerden biri, klinikteki bu grubun sağlık sorunlarının bazılarının oldukça belirgin olduğuydu. Örneğin, bir obez bireyin randevu saatini beklerken gürültülü bir şekilde horlaması ve bazı katılımcıların ayaklarına göre ayakkabı bulamadıkları için terlikle (Veri toplama sürecim kış ve bahar mevsimlerinde gerçekleşti.) randevuya gelmesi sağlık durumlarının ciddiyetini gözler önüne serdi. Veri toplama sürecinde bu önyargılarımın yanlış olduğunu fark etmem, katılımcılara karşı empati geliştirmemi sağladı.

Bunun yanı sıra, bu grubun kendi içlerinde birbirlerini nasıl eleştirdiklerini de gözlemledim. Örneğin; bir obez kadının, 170 kilo ağırlığındaki başka bir obez kadına bakarak “vah vah” demesi oldukça üzücüydü. Bu durum, birbirlerini en iyi anlaması beklenen bireyler arasında bile önyargıların ve yargılayıcı tutumların varlığını kanıtlar nitelikteydi. Bununla birlikte, bu bireylerin kendi aralarında sosyal bir ağ oluşturarak birbirlerine destek sağladıklarını ve olumlu ya da olumsuz tüm deneyimlerini paylaştıklarını da gözlemledim. Klinik ortamında en sık duyduğum güzel dileklerden biri, “iyi zayıflamalar” ve “bol eksilmeler” ifadeleri olmuştu. Bu ifadeler, kilo verme sürecinin yalnızca fiziksel bir mücadele değil, aynı zamanda bireyler arasında bir etkileşim ağı oluşturan sosyal bir deneyim olduğunu bana hatırlattı. Bu farkındalık doğrultusunda, araştırmanın modeli, bu süreci tüm boyutlarıyla ele almak üzere tasarlanmıştır.

3.2. ARAŞTIRMANIN MODELİ

Bu araştırma, obez bireylerin nüks süreçlerini bütüncül ve kapsamlı bir şekilde araştırmayı amaçlamaktadır. Bu nedenle bu araştırmada sadece nicel ya da sadece nitel yöntemlerin uygulanmasının yeterli olmayacağı düşünülmüş ve karma yöntem ile tasarlanmaya karar verilmiştir. Karma yöntem araştırmacının araştırma problemini daha iyi anlamak için hem nicel hem de nitel verileri

topladığı, iki veri setini birbiri ile bütünleştirdiği ve daha sonra bu iki veri setini birleştirmenin avantajlarını kullanarak sonuçlara ulaşılan bir yaklaşımdır. Karma araştırmada veri setlerinin nerede ve nasıl birleştirileceği; yakınsayan (birleştirme, çeşitleme), açıklayıcı ardışık desen ve keşfedeci ardışık desen olmak üzere üç temel desen bulunmaktadır. Bu araştırmada ise karma araştırmanın birleştiricilik niteliği ön plana çıkmış ve yakınsayan paralel karma yöntem deseni kullanılmıştır. Karma araştırmada bu desen nicel ve nitel verilerin eş zamanlı (paralel) olarak toplandığı, her birinin ayrı ayrı analiz edildiği ve daha sonra birleştirildiği bir desen türüdür (Creswell ve Plano Clark, 2020). Bazı kaynaklar bu duruma bir veri setinin diğeri ile teyit edilmesi olarak açıklamaktadır (Creswell, 2021). Bu desen, nicel ve nitel verilerin farklı açılardan değerlendirilerek benzerlik ve farklılıkları vurgulanmasıyla verileri zengin ve ayrıntılı bir hale getirmek için kullanılmaktadır (Baki ve Gökçek, 2012). Bu bağlamda obez bireylerde nüks süreçlerini etkileyen faktörlerin detaylandırılması ve açıklığa kavuşturulmasında nicel yöntem; derinlik kazandırma, görünür kılma ve katılımcıların anlam dünyalarını ortaya koyma da nitel yöntemin özelliğinden yararlanılmıştır.

Bu çalışmanın nicel boyutunda, obez bireylerin tekrar kilo alıp verme süreçlerini etkileyen faktörler betimsel araştırma yöntemi ile ele alınmıştır. Betimsel araştırma yöntemi, mevcut durumu anlamayı, açıklamayı ve sınıflandırmayı hedefleyen bir yöntemdir (Karasar, 2016). Buradan hareketle veriler, obezite nüks nedenlerinin genel profilini ortaya koyacak şekilde sunulmuştur.

Araştırmanın nitel boyutunda, bireylerin nüks süreçlerini daha derinlemesine anlamak amacıyla anlatı araştırmasının yaşam öyküsü yaklaşımı kullanılmıştır. Yaşam öyküsü yaklaşımı, bireyin tüm yaşamını, kişisel deneyimlerini, yaşam süreçlerini ve bu süreçlerin ardındaki anlamları ortaya koymayı amaçlayan bir nitel araştırma modelidir (Merriam, 2009). Bu yöntemde, katılımcılar nükse ilişkin hikâyelerini tam olarak kronolojik bir sırayla anlatmamış olsalar da, araştırmacı tarafından belirli bir kronolojik düzenlemeye yapılmıştır. Buradan hareketle, katılımcıların nüks süreçleri kronolojik bir sıralama içerisinde değerlendirilmiş ve sorunlar, başa çıkma stratejileri, yüzleşme, motivasyon kaynakları, kilo verme

girişimleri/yöntemleri, nüks nedenleri ve değişmesi gerekenler gibi temalar geçmiş, şimdi ve gelecek bağlamında ele alınmıştır. Bu yaklaşım, katılımcıların nüks sürecinde yaşadıkları kişisel, psikolojik ve sosyal faktörlerin detaylı bir şekilde incelenmesine olanak sağlamıştır.

3.3. ÇALIŞMA GRUBU

Bu araştırmada, nicel ve nitel araştırma yöntemleri kapsamında belirlenen çalışma grubuna ait bilgiler aşağıda detaylı bir şekilde açıklanmıştır.

3.3.1. Nicel Çalışma Grubu

Tablo.3.1 Karma yöntem desen türü

Karma Yöntem Desen Türü	Veri toplama da ihtiyaç duyulan kararlar	Alınan kararlar
Yakınsayan Desen	Örneklem aynı mı yoksa farklı katılımcılardan mı meydana gelecek?	- Aynı katılımcılardan eş zamanlı olarak toplanmıştır. (Aynı evrenden oluşan veri tabanı) - Nicel veri: Olasılıksız Örneklem - Nitel veri: Amaçlı örneklem
	Örneklem aynı büyüklükte mi olacak?	- Eşit olmayan örneklem büyüklüğü - Nicel aşama: 209 katılımcı - Nitel aşamada: 13 katılımcı
Birleştirilmiş Veri		

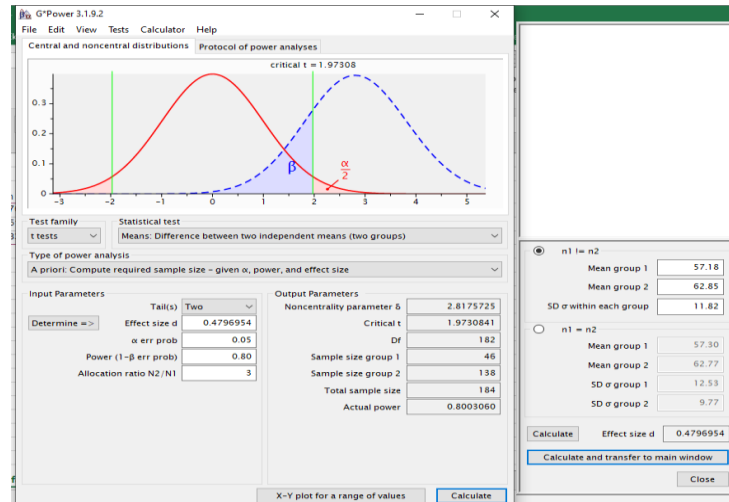
Tablo 3.1. de görüldüğü üzere araştırmanın nicel boyutunda katılımcılar olasılıksız örneklem yöntemi ile belirlenirken, nitel boyutunda ise amaçlı örneklem yöntemi kullanılmıştır. Olasılıksız örnekleme yöntemi, örneklem seçiminde her bir bireyin örnekleme dâhil edilme şansının eşit olmadığı bir yöntemdir. Bu yöntemde, araştırmacı genellikle belirli kriterler, ihtiyaçlar veya uygunluk doğrultusunda bireyleri seçer (Neuman, 2009). Olasılıksız örnekleme, özellikle büyük ve rastgele bir örnekleme ulaşmanın mümkün olmadığı durumlarda tercih edilir. Bu bağlamda, örnekleme ile ilgili iki önemli soru akla gelmektedir. Birincisi, örneklemin aynı evrenden seçilip seçilmesi gerektiğidir. Bu sorunun cevabı evettir; yani ideal olan örneklemin aynı evrenden seçilmiş olmasıdır. Özellikle araştırmanın amacı bir yöntemle elde edilen veriyi diğer yöntemle doğrulamak ise aynı bireylerden veri toplama mantıklıdır (Creswell, 2021; Fetters ve ark., 2013).

İkinci soru ise; her iki örneklemin aynı büyüklükte olup olmaması gerektiğidir. Bu çalışmada, nitel ve nicel örneklem arasında eşit olmayan örneklem büyüklüğü tercih edilmiştir. Bunun nedeni, nitel bir araştırmalarda küçük bir katılımcı grubundan elde edilen verilerle katılımcıların bakış açılarını ve anlam dünyalarını ortaya koymayı amaçlarken, nicel araştırmalarda büyük bir katılımcı grubundan elde edilen verilerle sonuçların evrene genellemesinin hedeflenmesidir. Bu doğrultuda nitel araştırmalara göre, her verinin kendine özgü bir anlam ifade ettiği ve nitel ve nicel örneklem büyüklükleri arasında farklılık olabileceği gerekçesiyle eşit örneklem büyüklüğüne ulaşmanın da bir anlamı bulunmadığı belirtilmiştir (Creswell, 2021).

Karma yöntem araştırma deseninde, örneklemin nicel ve nitel boyutlarının ayrı ayrı ele alınması faydalı olacaktır. Bu bağlamda araştırmanın nicel boyutuna dâhil olma kriterleri sırasıyla şu şekilde belirlenmiştir:

- 18 yaş üstü olmak,
- Ankara'da yaşıyor olmak,
- Beden kütle indeksinin 30 kg/m² ve üzeri olması,
- Yaşamının herhangi bir döneminde kilo vermek amacıyla girişimlerde bulunmuş ve bu girişimler sonucunda kilo vermiş olmak,
- Ancak sonrasında kilo alımının tekrarlanmış olmasıdır.

Araştırmanın örneklem büyüklüğü için de G*Power 3.1.9.2 programında kullanılmıştır (Şekil 3.3.2). Yapılan hesaplamalar sonuca göre; minimum katılımcı sayısı 184 olarak belirlenmiş ve 209 katılımcı ile araştırmanın nicel veri toplama süreci tamamlanmıştır.



Şekil 3.1 Örneklem büyüklüğü için uygulanan güç analizi

Tablo 3.2 Nicel araştırma katılımcılarının sosyo-demografik özellikleri

	Değişkenler	N	%	Ort±SS	Min – Maks
Cinsiyet	Kadın	150	71,8		
	Erkek	59	28,2		
Yaş				34,67±10,93	18,00 – 72,00
Kilo				107,65±21,56	75,00- 182,00
Boy				168,70±9,76	150,00- 205,00
Yaşamındaki en yüksek kilo				114,98±23,22	75,00- 182,00
Yaşam boyunca verilen en yüksek kilo				22,33±14,82	5,00 – 85,00
Verilen kiloyu koruma süresi				14,47±22,58	1,00 – 180,00*
Medeni Durum	Evli	120	57,4		
	Bekâr	89	42,6		
Eğitim durumu					
	Lise ve öncesi	75	35,9		

	Önlisans ve sonrası	134	64,1		
Çalışma durumu	Çalışıyor	145	69,4		
	Çalışmıyor	64	30,6		
BKİ	30- 34,99 (I. derece)	82	39,2		
	35- 39,9 (II. derece)	68	32,5		
	40 ve üzeri (III. derece)	59	28,2		
Kilo problemi yaşamaya başlanılan yaş	0-9 yaş	45	21,5		
	10- 19 yaş	67	32,1		
	20- 29 yaş	61	29,2		
	30 ve üzeri yaş	36	17,2		
Tedavi girişi sayısı	1 kez	102	48,8		
	2-3 kez	67	32,1		
	4 ve üzeri	40	19,1		
Tedavi girişimleri	Diyet	190	90,9		
	Spor	102	48,8		
	İlaç tedavisi	39	18,7		
	Mide botoksu	20	9,6		
	Davranış değişikliği tedavisi	17	8,1		
	Tüp mide ameliyatı	16	7,7		
	Mide balonu	8	3,8		
	Akupunktur	6	2,9		
	Mide kelepçesi	1	0,5		

Tekrar geri kilo alma durumu	Kaybettiğim kilonun tümü	47	22,5		
	Kaybettiğim kilodan fazlası	121	57,9		
	Kaybettiğim kilonun yarısı ya da daha azı	28	13,4		
	Kaybettiğim kilonun yarısından fazlası	13	6,2		

Katılımcıların %71,8'i kadın, %28,2 erkektir. Katılımcıların %57,4'ü evli, %64,1'i önlisans ve üstü eğitim düzeyine sahiptir ve %69,4'ü ise çalışmaktadır. Katılımcıların yaş ortalaması $34,67 \pm 10,93$ yıl, kilo ortalaması $107,65 \pm 21,56$ kg, boy ortalaması $168,70 \pm 9,76$ cm ve yaşamlarında en yüksek kilo ortalaması $114,98 \pm 23,22$ kg olarak hesaplanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü kriterlerine göre BKİ dağılımlarına göre katılımcıların; %39,2'si I. Derece, %32,5'i II. Derece ve %28,2'si ise III. Derece obez olduğu görülmektedir. Katılımcıların yaşamları boyunca verdikleri en yüksek kilo ortalaması $22,33 \pm 14,82$ kg olarak hesaplanmış; bu kiloyu ortalama $14,47 \pm 22,58$ ay boyunca korudukları tespit edilmiştir. Katılımcıların kilo problemi yaşamaya başladıkları yaş aralıkları incelendiğinde; %32,1'i kilo problemini 10- 19 yaş, %29,2'si 20- 29 yaş, %21,5'i 0- 9 yaş ve %17,2'si ise 30 yaş ve üzerinde bu sorunu yaşamaya başladığı görülmektedir. Katılımcıların %48,8'si yaşamlarında 1 kez, %32,1'i 2-3 kez, 19,1'i ise 4 veya daha fazla obezite tedavisi görmüştür. Kilo verdikten sonra tekrar kilo alma durumları incelendiğinde, katılımcıların; %57,9 kaybettikleri kilodan fazlasını, %22,5 ise kaybettikleri tüm kiloyu geri aldığı görülmüştür.

Nitel boyutunda ise; araştırmanın amacına (nicel veya nitel elde edilen veriyi diğer yolla doğrulamak) uygun olarak, nicel boyutuna katılım sağlayan gönüllü katılımcılar arasından amaçsal örneklem yöntemi ile belirlenmiştir. Bu bağlamda nitel boyutuna katılım sağlayan katılımcılara ilişkin tanıtıcı bilgiler aşağıdaki tabloda yer almaktadır.

3.3.2. Nitel Çalışma Grubu

Tablo 3.3 Nitel araştırma katılımcılarına ait tanıtıcı bilgiler

Rumuz	Cinsiyet	Yaş	Eğitim durumu	Medeni durum	Çocuk sayısı	BKİ	Yaşamındaki en yüksek kilo	Yaşam boyunca verilen en yüksek kilo	Verilen kiloyu koruma süresi	Tekrar geri kilo alma durumu
Fırat	Erkek	39	Lisans	Evli	1	38,2 (II. Derece)	128	28	8 ay	Kaybettiğim kilodan fazlası
Dicle	Kadın	26	Lisansüstü	Bekâr	-	39,2 (II. Derece)	96	15	18 ay	Kaybettiğim kilodan fazlası
Tuna	Kadın	40	Önlisans	Evli	-	44,0 (III. Derece)	125	15	1 ay	Kaybettiğim kilodan fazlası
Arda	Kadın	58	Lisansüstü	Bekâr	-	32,4 (I. Derece)	97	20	84 ay	Kaybettiğim kilonun tümü
Ren	Kadın	23	Lisans	Bekâr	-	33,6 (I. Derece)	95	10	1ay	Kaybettiğim kilonun tümü
Nil	Kadın	37	Lisansüstü	Bekâr	-	36,5 (II. Derece)	89	13	6 ay	Kaybettiğim kilodan fazlası
Gediz	Erkek	47	Lise	Evli	2	41,5 (III. Derece)	120	10	1 ay	Kaybettiğim kilonun tümü
Amazon	Erkek	47	Lise	Evli	2	34,4 (I. Derece)	105	10	12 ay	Kaybettiğim kilodan fazlası
Nilüfer	Kadın	33	Ortaokul	Evli	2	32,2 (I. Derece)	95	8	3 ay	Kaybettiğim kilonun tümü
Asi	Kadın	43	Lisans	Evli	2	31,2 (I. Derece)	85	20	3ay	Kaybettiğim kilodan fazlası
Meriç	Kadın	50	Lise	Evli	1	41,02 (III. Derece)	118	24	6 ay	Kaybettiğim kilodan fazlası
Menderes	Erkek	72	İlkokul	Evli	4	42,2 (III. Derece)	136	30	48 ay	Kaybettiğim kilodan fazlası
Aras	Kadın	39	İlkokul	Evli	2	43,3 (III. Derece)	118	10	18 ay	Kaybettiğim kilodan fazlası

Araştırmanın nitel boyutunda 13 katılımcı ile derinlemesine görüşmeler yapılmıştır. Katılımcıların 9'u (%69,2) kadın, 4'ü (%30,8) erkektir. Katılımcıların yaş ortalaması $42,53 \pm 12,97$ yıl (min. 23- max. 72) olarak hesaplanmıştır. Katılımcıların %69,2'si (9) evli, %30,8'i (4) bekârdır ve %61,5'i (8) çocuk sahibidir. Katılımcıların BKİ ortalaması $37,70 \pm 4,55$ kg/m² olarak hesaplanmış olup, BKİ derecelendirmelerine göre; %38,5 (5) I. derece, %23,1'i (3) II. derece ve %38,5 (5) III. derece obezdir.

Katılımcıların yaşamları boyunca sahip oldukları en yüksek kilo ortalaması $108,23 \pm 16,62$ kg (min.85- max.136) olarak hesaplanmıştır. Katılımcıların yaşamlarında bir dönem verdikleri kilo ortalaması ise $16,38 \pm 7,37$ kg (min.8-

max.30) olarak belirlenmiş olup, verdikleri kiloyu ortalama $16,07 \pm 0,48$ ay süreyle korumuşlardır. Ancak, verilen kiloların %30,8'si (4 katılımcı) tamamını geri alırken, %69,2'si ise (9 katılımcı) fazlasını geri almıştır.

Katılımcıların detaylı bilgileri aşağıda sunulmuştur:

Fırat: 39 yaşında, lisans mezunu, evli, 1 çocuk sahibi ve erkektir. Görüşme sırasında beden kütle indeksi $38,2 \text{ kg/m}^2$ olarak hesaplanmış ve II. derece obez olarak sınıflandırılmıştır. Yaşamı boyunca en fazla 128 kiloya ulaştığını belirtmiş; bir dönemde 25 kilo verdiğini ve bu kiloyu en fazla 8 ay boyunca koruyabildiğini ifade etmiştir. Ancak, daha sonra verdiği kilodan fazlasını geri almıştır.

Dicle: 26 yaşında, lisansüstü mezunu, bekâr ve kadındır. Görüşme sırasında beden kütle indeksi $39,2 \text{ kg/m}^2$ olarak hesaplanmış ve II. derece obez olarak sınıflandırılmıştır. Yaşamı boyunca en fazla 96 kiloya ulaştığını belirtmiş; bir dönemde 15 kilo verdiğini ve bu kiloyu en fazla 18 ay boyunca koruyabildiğini ifade etmiştir. Ancak, daha sonra verdiği kilodan fazlasını geri almıştır.

Tuna: 40 yaşında, önlisans mezunu, evli ve kadındır. Görüşme sırasında beden kütle indeksi 44 kg/m^2 olarak hesaplanmış ve III. derece obez olarak sınıflandırılmıştır. Yaşamı boyunca en fazla 125 kiloya ulaştığını belirtmiş; bir dönemde 15 kilo verdiğini ve bu kiloyu en fazla 1 ay boyunca koruyabildiğini ifade etmiştir. Ancak, daha sonra verdiği kilodan fazlasını geri almıştır.

Arda: 58 yaşında, lisansüstü mezunu, bekâr ve kadındır. Görüşme sırasında beden kütle indeksi $32,4 \text{ kg/m}^2$ olarak hesaplanmış ve I. derece obez olarak sınıflandırılmıştır. Yaşamı boyunca en fazla 97 kiloya ulaştığını belirtmiş; bir dönemde 20 kilo verdiğini ve bu kiloyu en fazla 84 ay boyunca koruyabildiğini ifade etmiştir. Ancak, daha sonra verdiği kilonun tümünü geri almıştır.

Ren: 23 yaşında, lisans öğrenimine devam etmekte, bekâr ve kadındır. Görüşme sırasında beden kütle indeksi $33,6 \text{ kg/m}^2$ olarak hesaplanmış ve I. derece obez olarak sınıflandırılmıştır. Yaşamı boyunca en fazla 95 kiloya ulaştığını belirtmiş; bir dönemde 10 kilo verdiğini ve bu kiloyu en fazla 1 ay boyunca koruyabildiğini ifade etmiştir. Ancak, daha sonra verdiği kilonun tümünü geri almıştır.

Nil: 37 yaşında, lisansüstü mezunu, bekâr ve kadındır. Görüşme sırasında beden kütle indeksi $36,5 \text{ kg/m}^2$ olarak hesaplanmış ve II. derece obez olarak sınıflandırılmıştır. Yaşamı boyunca en fazla 89 kiloya ulaştığını belirtmiş; bir dönemde 13 kilo verdiğini ve bu kiloyu en fazla 6 ay boyunca koruyabildiğini ifade etmiştir. Ancak, daha sonra verdiği kilodan fazlasını geri almıştır.

Gediz: 47 yaşında, lise mezunu, evli, 2 çocuk sahibi ve erkektir. Görüşme sırasında beden kütle indeksi $41,5 \text{ kg/m}^2$ olarak hesaplanmış ve III. derece obez olarak sınıflandırılmıştır. Yaşamı boyunca en fazla 120 kiloya ulaştığını belirtmiş; bir dönemde 10 kilo verdiğini ve bu kiloyu en fazla 1 ay boyunca koruyabildiğini ifade etmiştir. Ancak, daha sonra verdiği kilonun tümünü geri almıştır.

Amazon: 47 yaşında, lise mezunu, evli, 2 çocuk sahibi ve erkektir. Görüşme sırasında beden kütle indeksi $34,4 \text{ kg/m}^2$ olarak hesaplanmış ve I. derece obez olarak sınıflandırılmıştır. Yaşamı boyunca en fazla 105 kiloya ulaştığını belirtmiş; bir dönemde 10 kilo verdiğini ve bu kiloyu en fazla 12 ay boyunca koruyabildiğini ifade etmiştir. Ancak, daha sonra verdiği kilodan fazlasını geri almıştır.

Nilüfer: 33 yaşında, ortaokul mezunu, evli, 2 çocuk sahibi ve kadındır. Görüşme sırasında beden kütle indeksi $32,2 \text{ kg/m}^2$ olarak hesaplanmış ve I. derece obez olarak sınıflandırılmıştır. Yaşamı boyunca en fazla 95 kiloya ulaştığını belirtmiş; bir dönemde 8 kilo verdiğini ve bu kiloyu en fazla 3 ay boyunca koruyabildiğini ifade etmiştir. Ancak, daha sonra verdiği kilonun tümünü geri almıştır.

Asi: 43 yaşında, lisans mezunu, evli, 2 çocuk sahibi ve kadındır. Görüşme sırasında beden kütle indeksi $31,2 \text{ kg/m}^2$ olarak hesaplanmış ve I. derece obez olarak sınıflandırılmıştır. Yaşamı boyunca en fazla 85 kiloya ulaştığını belirtmiş; bir dönemde 20 kilo verdiğini ve bu kiloyu en fazla 3 ay boyunca koruyabildiğini ifade etmiştir. Ancak, daha sonra verdiği kilodan fazlasını geri almıştır.

Meriç: 50 yaşında, lise mezunu, evli, 1 çocuk sahibi ve kadındır. Görüşme sırasında beden kütle indeksi 41 kg/m^2 olarak hesaplanmış ve III. derece obez olarak sınıflandırılmıştır. Yaşamı boyunca en fazla 118 kiloya ulaştığını belirtmiş;

bir dönemde 24 kilo verdiğini ve bu kiloyu en fazla 6 ay boyunca koruyabildiğini ifade etmiştir. Ancak, daha sonra verdiği kilodan fazlasını geri almıştır.

Menderes: 72 yaşında, ilkokul mezunu, evli, 4 çocuk sahibi ve erkektir. Görüşme sırasında beden kütle indeksi $42,2 \text{ kg/m}^2$ olarak hesaplanmış ve III. derece obez olarak sınıflandırılmıştır. Yaşamı boyunca en fazla 136 kiloya ulaştığını belirtmiş; bir dönemde 30 kilo verdiğini ve bu kiloyu en fazla 48 ay boyunca koruyabildiğini ifade etmiştir. Ancak, daha sonra verdiği kilodan fazlasını geri almıştır.

Aras: 39 yaşında, ilkokul mezunu, evli, 2 çocuk sahibi ve kadındır. Görüşme sırasında beden kütle indeksi $43,3 \text{ kg/m}^2$ olarak hesaplanmış ve III. derece obez olarak sınıflandırılmıştır. Yaşamı boyunca en fazla 118 kiloya ulaştığını belirtmiş; bir dönemde 10 kilo verdiğini ve bu kiloyu en fazla 18 ay boyunca koruyabildiğini ifade etmiştir. Ancak, daha sonra verdiği kilodan fazlasını geri almıştır.

3.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Bu araştırmada veri toplama araçları olarak, nicel aşamasında anket ve nitel aşamada ise yarı- yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır. Veri toplama araçlarına ilişkin bilgiler aşağıda yer almaktadır.

Tablo 3.4 Karma yöntem deseninde veri toplama kararları ve alınan kararlar

Karma Yöntem Desen Türü	Veri toplama da ihtiyaç duyulan kararlar	Alınan kararlar
Yakınsayan Desen	Aynı kavramlar nicel ve nitel olarak değerlendirilecek mi?	• İki aşama da da paralel sorular kullanılmıştır.
	Veriler bağımsız iki kaynaktan mı yoksa tek bir kaynaktan mı toplanacak?	• Veriler nicel aşamada anket formu, nitel aşamada yarı- yapılandırılmış görüşme formu ile farklı iki kaynaktan elde edilmiştir.
Birleştirilmiş Veri		

3.4.1. Nicel Veri Toplama Araçları

Araştırmanın nicel verileri, nicel araştırma yönteminin veri toplama tekniklerinden biri olan anket tekniği ile elde edilmiştir.

Anket formu, araştırmacı tarafından ve katılımcıların sosyo- demografik bilgilerini elde etmek amacıyla oluşturulan bir kişisel bilgi formu, “Genel Özyeterlilik Ölçeği” (GÖYÖ), “Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği- Kısa Formu”(Brief COPE), “Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği” (ÇTQ) ve “Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-II” (YİYE- II) ölçeklerinden oluşmaktadır.

- **Kişisel Bilgi Formu**

Bu form katılımcıların sosyo- demografik (cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu gibi) ve obezite hastalığı sürecine ilişkin bilgilerini elde etmek amacıyla toplam 54 sorudan oluşmaktadır.

- **Genel Öz Yeterlilik Ölçeği (GÖYÖ)**

Sherer ve arkadaşları (1982) tarafından geliştirilen Genel Öz Yeterlilik Ölçeği’nin Türkçe’ye uyarlama çalışması Yıldırım ve İlhan tarafından (2010) yapılmıştır. Toplam 17 maddeden oluşan ölçek, beş dereceli “hiç katılmıyorum” ve “tamamen katılıyorum” arasında değişen yanıtların verilebildiği likert formatındadır. Her soru, 1-5 puan arasında değişmektedir. 17- 85 arasında değişen toplam puanın artması öz yeterlilik inancının arttığını göstermektedir. Ölçekteki 2, 4, 5, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16 ve 17. maddeler ters yönde puanlanmaktadır. Ölçeğin başlama, yılmama ve sürdürme çabası- ısrar olmak üzere üç alt boyutu bulunmaktadır. Alt boyutları ile ilgili bilgiler şu şekildedir:

- *Başlama alt boyutu*; 7, 6, 17, 12, 4, 10, 11, 5 ve 2. maddeleri olmak üzere toplam 9 madde
- *Yılmama alt boyutu*; 15, 13, 16, 3, 14. maddeleri olmak üzere toplam 5 madde,
- *Sürdürme çabası- ısrar alt boyutu* ise; 8, 9 ve 1. maddelerden olmak üzere 3 maddeden oluşmaktadır.

Tüm ölçeğin iç tutarlılık katsayısı (Cronbach alfa) 0,80 olarak bulunmuştur ve üç faktörlü yapının varyansın % 41,5’ini açıkladığı görülmüştür. Bu bağlamda Genel

Özyeterlilik Ölçeği-Türkçe formu 18 yaş ve üstü en az ilkokul mezunu kişilerin genel öz yeterliliklerini ölçmede geçerli ve güvenilir bir araçtır.

- **Başa Çıkma Stratejileri Ölçeği Kısa Formu (Brief COPE)**

1989 yılında Carver, Scheier ve Weintraub tarafından geliştirilen “Başetme Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği” (Brief COPE), Carver (1997) tarafından kısaltılmış ve yeniden düzenlenmiştir. Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Tuna (2003) tarafından yapılan ölçek toplam 28 sorudan ve 14 alt boyuttan oluşmaktadır. Alt boyutları ile ilgili bilgiler şu şekildedir:

- Dikkatini Dağıtma: 1. ve 19. maddeler
- Aktif Başa Çıkma: 2. ve 7. maddeler
- İnkâr: 3 ve 8. maddeler
- Madde Kullanımı: 4. ve 11. maddeler
- Duygusal Sosyal Destek Arama: 5 ve 15. maddeler
- Araçsal Sosyal Destek Arama: 10. ve 23. maddeler
- Davranışsal Uzaklaşma: 6 ve 16. maddeler
- Duyguları Açığa Vurma: 9 ve 21. maddeler
- Olumlu Yönde Yeniden Yorumlama: 12 ve 17. maddeler
- Planlama: 14 ve 25. maddeler
- Mizah: 18 ve 28. maddeler
- Kabul Etme: 20 ve 24. maddeler
- Din: 22 ve 27. maddeler
- Kendini Suçlama: 13 ve 26. maddeler

4'lü likert tipi (1. Bunu hiç yapmıyorum, 2. Bunu çok az yapıyorum, 3. Bunu orta derecede yapıyorum, 4. Bunu çok yaparım) olarak hazırlanan ölçekte puanların yüksek olması ise o alt boyutun daha fazla kullanıldığını; düşük olması ise o alt boyutun az kullanıldığı göstermektedir. Brief COPE Ölçeği'nin Cronbach alfa değeri 0, 82 olarak bulunmuştur.

- **Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇTQ)**

Bernstein ve arkadaşları (1994) tarafından geliştirilen Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasını Şar ve arkadaşları tarafından (2012) gerçekleştirilmiştir. Toplam 28 sorudan oluşan ölçek, 5'li likert tipinde (1= Hiçbir zaman 2= Nadiren 3= Kimi zaman 4= Sık olarak 5= Çok sık) hazırlanmıştır. Ölçekte bulunan 2,5,7,13,19,26,28 maddeler ters puanlanmaktadır. Ölçeğin beş alt boyutu bulunmaktadır. Alt boyutları ile ilgili bilgiler şu şekildedir:

- *Duygusal (emosyonel) istismar* 3,8,14,18,25. maddeler
- *Fiziksel istismar* 9,11,12,15,17. maddeler
- *Fiziksel ihmal* 1,4,6,2,26 numaralı maddelerle,
- *Duygusal (emosyonel) ihmal* 5,7,13,19,28. maddeler
- *Cinsel istismar* ise 20,21,23,24,27. maddeler ile değerlendirilmektedir.

Her alt boyuttan elde edilen puanlar toplanarak bir toplam puan hesaplanır. Her alt boyuttan en az 5, en çok 25 puan alınmaktadır. Toplam puan ise; 25 ile 125 arasında değişmektedir. Ölçekte bulunan 10, 16 ve 22. maddeler minimizasyon sorularıdır. Bu üç madde toplam puanı etkilememekte ve yalnızca travmanın inkârını ölçmektedir. Ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.79-0.94 arasında değişmekte olup yüksek iç tutarlılık olduğunu göstermektedir.

- **Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri (YİYE- II)**

Fraley ve arkadaşları tarafından (2000) geliştirilen ölçeğin, Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması Selçuk ve arkadaşları (2005) tarafından yapılmıştır. Toplam

36 maddeden oluşan bu ölçek, bağlanma stillerini değerlendirmekte ve yakın ilişkilerde yaşanan kaygı ve başkalarından kaçınmayı ölçmeyi amaçlamaktadır. 7 dereceli (1=hiç katılmıyorum, 7= tamamen katılıyorum) likert formunda hazırlanan ölçeğin, iki alt boyutu bulunmaktadır. Alt boyutlarına ilişkin genel bilgiler ise şu şekildedir.

Ölçekte bulunan;

- Tek sayılı maddeler kaygı,
- Çift sayılı maddeler ise, kaçınma alt boyutunu hesaplamaktadır.

Ölçekte bulunan 4., 8., 16., 17., 18., 20., 21., 22., 24., 26., 30., 32., 34. ve 36. maddeler ters puanlanmaktadır. İlgili alt boyutları ölçen maddeler ayrı ayrı toplanıp ortalamaları alınarak her bir katılımcı için kaygı ve kaçınma puanları hesaplanmaktadır. Ölçekte kaçınma, alt boyutunun Cronbach alfa katsayı .90 iken, kaygı alt boyutunun Cronbach alfa katsayı .86 olarak hesaplanmıştır. Bu değerler ölçeğin hem kaygı hem de kaçınma alt boyutu için yüksek düzeyde iç tutarlılığına sahip olduğunu göstermektedir.

3.4.2. Nicel Veri Toplama Araçları

Nitel araştırma yöntemlerinde veri toplama teknikleri olarak; derinlemesine görüşme, odak grup görüşmeleri, katılımcı gözlem ve doküman incelemesi kullanılmaktadır. Bu araştırmada veri toplama sürecinde, anlatı hikayelerine dayalı veri toplama teknikleri arasında yer alan derinlemesine görüşme ve gözlem yöntemlerinden yararlanılmıştır (Kümbetoğlu, 2012; Yıldırım ve Şimşek, 2013; Creswell, 2021). Nitel araştırmalarda kullanılan derinlemesine görüşme tekniğinin temel işlevi, katılımcıların bakış açılarını ortaya çıkarmaktır. Bu teknik nicel görüşmelerden farklı olarak yüzeysel değil katılımcıların, anlam dünyalarını, duygu ve düşüncelerini daha derinlemesine incelemeyi hedeflemektedir (Kuş, 2009). Ayrıca görüşmeler sırasında almış olduğum notlar, bulguları yorumlarken kullanılmıştır.

Derinlemesine görüşmeler için rehber niteliği taşıyan yarı yapılandırılmış bir görüşme formu hazırlanmıştır. Yarı yapılandırılmış görüşme formu temel olarak iki bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde katılımcıların sosyo- demografik bilgilerini elde etmeye yönelik sorular yer almıştır. İkinci bölümde ise obezite ve onunla ilişkili katılımcının biyo- psiko- sosyal açıdan tüm yaşamını etkileyebilecek sorular bulunmaktadır. Ayrıca, katılımcıların çocukluk dönemi ve bazı yeme davranışlarını şekillendirmesinde önemli olan hem kendi hem de ebeveynlerinin ya da bakım verenlerinin kişilik özelliklerine ilişkin sorular da yarı yapılandırılmış görüşme formunda yer almıştır.

3.5. VERİ TOPLAMA SÜRECİ

Araştırmanın gerçekleştirilebilmesi için, Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 07.02.2023 tarihli ve 2023/02- 26 sayılı izin alınmıştır. Sonrasında, kurum izni için obezite alanında öncü ve özel bir kliniği olan Prof. Dr. Oktay Banlı ile bir görüşme planlanmış, araştırmanın amacı ve detayları hakkında bilgi verilmiş ve kliniğinde veri toplama sürecine başlamak için sözlü onam alınmıştır.

Araştırmanın veri toplama süreci 26 Ocak 2024 tarihinde başlayıp, 2 Haziran 2024 tarihinde tamamlanmıştır. Araştırma da kullanılan karma yöntem yakınsayan desenin doğası gereği nicel ve nitel veriler aynı anda, yani eş zamanlı olarak toplanmıştır. Nicel verilerin çoğunluğu (189 katılımcı) Prof. Dr. Oktay Banlı Obezite Cerrahisi Kliniği hafta içleri 17.00- 20.00 saatleri arasında yüz yüze toplanmıştır. Ayrıca, bazı katılımcılara özel polikliniği bulunan bir diyetisyen aracılığıyla (10 katılımcı) ve sosyal çevremizden kriterleri sağlayan bireyler aracılığıyla (10 katılımcı) ulaşılmış ve anketler teslim edilmiştir. Araştırmaya katılmaya gönüllü olan katılımcılar için bilgilendirilmiş onam formu hazırlanmıştır ve araştırmaya her iki aşamasında da katılımcıların onamları alındıktan sonra araştırmaya dâhil edilmiştir. Anket formunun tamamlanma süresi yaklaşık 40- 45 dakika sürmüştür. Ancak, 12 anket, bazı ölçeklerin (özellikle ÇTQ cinsel istismar alt boyutunu ölçen maddelerin) ya hiç doldurulmaması ya da eksik bırakılması nedeniyle araştırmaya dâhil edilmemiştir.

Tablo 3.5 Nitel boyutta katılımcıların görüşme türü ve süresi hakkında bilgi

Rumuz	Cinsiyet	Görüşme türü	Görüşme Süresi
Fırat	Erkek	Yüzyüze	48 dakika 48 saniye
Dicle	Kadın	Yüzyüze	40 dakika 40 saniye
Tuna	Kadın	Yüzyüze	44 dakika 42 saniye
Arda	Kadın	Çevrimiçi	61 dakika 23 saniye
Ren	Kadın	Yüzyüze	81 dakika
Nil	Kadın	Yüzyüze	59 dakika 39 saniye
Gediz	Erkek	Yüzyüze	41 dakika
Amazon	Erkek	Yüzyüze	54 dakika 16 Saniye
Nilüfer	Kadın	Yüzyüze	63 dakika 59 saniye
Asi	Kadın	Çevrimiçi	106 dakika 46 saniye
Meriç	Kadın	Yüzyüze	56 dakika 25 saniye
Menderes	Erkek	Yüzyüze	106 dakika 52 saniye
Aras	Kadın	Çevrimiçi	66 dakika 20 saniye
Toplam Görüşme Süresi	831 dakika 50 saniye		

Araştırmanın nitel boyutunda görüşmeler için Prof. Dr. Oktay Banlı Obezite Cerrahisi Kliniği'nin yanı sıra, katılımcıların kendilerine uygun tarih, gün ve saatlerde randevular oluşturulmuştur. Gerçekleştirilen görüşmelerin 3'ü çevrim içi 10'u ise katılımcılarla birlikte belirlenen bir mekânda yüz yüze gerçekleştirilmiştir.

Görüşmeler sırasında ses kaydı alınmış ve tek bir zaman diliminde gerçekleştirilmiştir. Özellikle klinikte yapılan görüşmelerde katılımcıların tedavilerinin (tartılmaları, diyetisyenle görüşme gibi) aksamaması için görüşmelerin ara verilmesine gerek kalınmıştır. Bazı katılımcılarla evlerinde gerçekleştirilen görüşmelerde ise, eşlerinin ikramlarda bulunması gibi nedenlerle görüşmelere ara verilmiştir. Bu durumlar sonrasında, sorular tekrar edilerek görüşme kaydı yeniden başlatılmıştır. Tablo 3.5 incelendiğinde, görüşmelerin toplam süresi 831 dakika 50 saniye, en uzun görüşme süresi 106 dakika 52 saniye, en kısa görüşme süresi ise 40 dakika 40 saniye olarak belirlenmiştir. Görüşmelere ilişkin detaylı bilgiler aşağıda yer almaktadır:

Fırat (E) ile yapılan yüzyüze görüşme 48 dakika 48 saniye sürmüştür. Dicle (K) ile yapılan yüzyüze görüşme 40 dakika 40 saniye sürmüştür. Tuna (K) ile yapılan yüzyüze görüşme 44 dakika 42 saniye sürmüştür. Arda (K) ile yapılan çevrimiçi görüşme 61 dakika 23 saniye sürmüştür. Ren (K) ile yapılan yüzyüze görüşme 81 dakika sürmüştür. Nil (K) ile yapılan yüzyüze görüşme 59 dakika 39 saniye sürmüştür. Gediz (E) ile yapılan yüzyüze görüşme 41 dakika sürmüştür. Amazon (E) ile yapılan yüzyüze görüşme 54 dakika 16 saniye sürmüştür. Nilüfer (K) ile yapılan çevrimiçi görüşme 63 dakika 59 saniye sürmüştür. Asi (K) ile yapılan çevrimiçi görüşme 106 dakika 46 saniye sürmüştür. Meriç (K) ile yapılan yüzyüze görüşme 56 dakika 25 saniye sürmüştür. Menderes (E) ile yapılan yüzyüze görüşme 106 dakika 52 saniye sürmüştür. Aras (K) ile yapılan çevrimiçi görüşme 66 dakika 20 saniye sürmüştür.

Yukarıda belirttiğim gibi hem verilerin kaybını azaltmak hem de görüşmelere odaklanmak amacıyla, derinlemesine görüşmeler katılımcıların onamı ile ses kayıt cihazı ile kaydedilmiştir. Ayrıca, yüz yüze yapılan görüşmelerde katılımcıların konuşurken nefes nefese kalmaları, sürekli sigara içme istekleri, bazı sorulara yanıt verirken eski fotoğraflarına bakma arzuları ve beraberinde gelen duygusal değişimleri not edilmiştir. Bu notlar, verileri analiz ederken görüşmeleri yeniden hatırlamak için ipuçları sağlamıştır.

Katılımcıların kimlik bilgilerinin gizliliğini sağlamak amacıyla dünya ve Türkiye'den nehir ve ırmak isimleri rumuz olarak verilmiştir. Araştırmanın nitel aşamasında,

doğrudan alıntılarının yer aldığı bulgular kısmında verilen rumuzların cinsiyetleri belirlemediği için katılımcıların cinsiyetleri kadın (K) ve erkek (E) olarak ifade edilmiş ve görüşme sırasındaki BKİ değerleri de yazılmıştır.

3.6. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Karma yöntem araştırmasında veri analizi; nicel veriyi nicel yöntemler ile nitel veriyi de nitel yöntemleri kullanarak ayrı ayrı analiz etmeyi benimser. Ardından ise veri analizi nicel ve nitel verileri ve bulguları harmanlayan teknikleri kullanmayı ve bu iki veri türünü birlikte analiz etmeyi gerektirir (Creswell ve Plano Clark, 2020).

Bu bağlamda araştırmanın nicel aşamasında katılımcılardan elde edilen veriler bilgisayar ortamına aktarılarak, SPSS 23 (Statistical Package for the Social Sciences) programında değerlendirilmiştir. Araştırma da tanımlayıcı istatistikler; kategorik değişkenler için frekans (%), sürekli değişkenler için ortalama $\pm$ standart sapma ve ortanca (minimum-maksimum) olarak verilmiştir. Verilerin normal dağılım gösterip göstermediğini test etmek için Kolmogorov- Smirnov testi yapılmış ve veriler normal dağılım göstermemiştir ($p \leq 0,05$). Bu nedenle karşılaştırma testlerinde parametrik olmayan test tekniklerinden (non-parametrik) Mann Whitney U testi (bağımsız iki grup) veya Kruskal Wallis Varyans (ikiden çok bağımsız grup) analizi kullanılmıştır. Ayrıca ölçekler arasındaki ilişkiyi incelemek için Spearman korelasyon analizi yapılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p \leq 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Araştırmanın nitel aşamasında; tematik veri analizi yöntemi (Creswell, 2020) kullanılmış ve Braun ve Clarke'ın (2019) önerdiği aşamalar izlenmiştir. İlk olarak, katılımcılarla gerçekleştirilen görüşmelerin ses kayıtları deşifresi edilmiş (Arial yazı tipinde 12 punto, 1,5 satır aralığı sola yaslı olarak 527 sayfa 99894 sözcük) ve veri kaybını önlemek amacıyla araştırmacı tarafından defalarca okunarak notlar alınmıştır. İkinci olarak, elde edilen veri setinin tamamının dikkat çekici özelliklerine göre kodlanmış ve her kodla ilgili veriler bir araya getirilerek ilk kodlar oluşturulmuştur. Oluşturulan kodlar, temalar altında birleştirilmiştir. Ardından benzer ve uyumlu kodlar alt temalar altında toplanmış ve temalar açık bir şekilde

adlandırılmıştır. Son olarak ise veri setinden somut ve çarpıcı doğrudan alıntılar seçilmiş ve analiz son bir kez gözden geçirilmiştir (Braun ve Clarke 2019). MAXODA 2020 analiz programı ile yapılan çalışmada, analizlerin görselleştirilmesinde de kelime bulutu, kod-alt kod bölümler modeli, hiyerarşik kod-alt kod modeli ve iki vaka modeli kullanılmıştır. İki vaka modelinde, iki vakanın (cinsiyet ve BKİ) kıyaslanması amaçlanmıştır. Bu bağlamda her iki vakada da yer alan ortak ve ortak olmayan kodların gösterimi yapılmaktadır.

Son aşamada ise; nicel ve nitel sonuçlar birleştirilmiştir. Bu aşamada tartışma bölümünde iki farklı sonucun bir arada daha kolay anlaşılmasını sağlamak için yan yana ortak bir gösterim içeren tablo ve Venn şeması oluşturulmuştur. Bu tabloda nicel istatistiksel sonuçlar ile nitel temalar yan yana gösterilmiş ve sonuçlar arasındaki benzerlikler ve farklılıklar tartışılmıştır (Creswell, 2014).

3.7. ARAŞTIRMANIN GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİ

Bu araştırmada, Creswell ve Miller'in (2000) nitel araştırmalarda geçerlik ve güvenirliği artırmak için önerdiği ölçütler temel alınmıştır. Araştırmada uygulanan stratejiler, veri toplama, analiz ve yorumlama süreçlerindeki tarafsızlığı ve bulguların doğruluğunu sağlamayı amaçlamaktadır. Creswell ve Miller'in (2000) önerdiği sekiz strateji arasında uzun süreli katılım, sürekli gözlem, üçgenleme, akran incelemesi, olumsuz durum analizi, araştırmacı önyargılarının açıklanması, üye kontrolü, zengin betimleme ve dış denetim bulunmaktadır. Bu sekiz stratejiyi bir bütün olarak incelediğimizde, nitel araştırmacıların herhangi bir çalışmada bunlarda en az ikisinin kullanılmasını önerilmektedir.

Araştırmada, güvenirliği artırmak amacıyla veri çeşitliliği stratejisi benimsenmiş ve farklı yöntemler bir arada kullanılmıştır. Örneğin, yarı yapılandırılmış görüşme ve gözlem teknikleri uygulanarak, birden fazla veri kaynağından elde edilen bilgilerin doğruluğu karşılaştırılmıştır. Katılımcıların verdikleri bilgiler, sadakatle transkripte edilmiştir. Transkripsiyon süreci sırasında tekrar tekrar okuma yapılarak, kelime ve betimleme kayıpları önlenmiştir. Bu uygulama, katılımcı ifadelerinin aslına uygun şekilde yazıya dökülmesini sağlamıştır.

Veri analizi süreci, MAXQDA 20 programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Bu program, verilerin daha sistematik bir şekilde organize edilmesine ve analiz edilmesine olanak sağlamıştır. Analiz sürecinde, elde edilen bulgular detaylı betimlemeler ile desteklenmiştir. Ayrıca, araştırmacının önyargıları ve araştırma sürecindeki konumunu açıkça ifade etmesi, verilerin yorumlanması sürecinde tarafsızlığın korunmasını desteklemiştir.

Sonuç olarak, bu çalışmada kullanılan stratejiler ve bu stratejilerin uygulama biçimleri, nitel araştırmanın geçerlik ve güvenirlik standartlarına uygun bir şekilde yapılandırılmıştır. Araştırmada kullanılan stratejiler ve bu stratejilerin uygulanma biçimleri aşağıdaki tabloda özetlenmiştir:

Tablo 3.6 Nitel araştırma geçerlik ve güvenirliği

Creswell ve Miller (2000) önerdiği ölçütler	Bu çalışmada uygulanan yöntem
Üçgenleme	Yarı- yapılandırılmış görüşme formu ve gözlem bir arada kullanılarak farklı veri kaynaklarından doğrulama yapılmıştır.
Zengin ve yoğun betimleme	Elde edilen bulgular detaylı açıklamalar ve bağlam zenginliğiyle sunulmuştur.
Araştırmacı önyargılarının açıklanması	Araştırmacının önyargıları ve beklentileri açık bir şekilde ifade edilmiştir.

4. BÖLÜM

BULGULAR

Bu araştırma, obez bireylerin nüks süreçlerini bütüncül ve kapsamlı bir şekilde incelemeyi hedeflemektedir. Bu bağlamda, araştırmada yalnızca nicel ya da nitel yöntemlerin kullanılması, sürecin tamamını anlamak için yetersiz kalacağı düşünülmüştür. Dolayısıyla, karma yöntem yaklaşımı tercih edilmiştir. Bu yöntem, hem nicel hem de nitel verilerin toplanmasını ve ayrı ayrı analiz edilmesini sağlar; bu nedenle, bu bölümde araştırmanın nicel ve nitel bulgularına ayrı başlıklar altında yer verilmiştir.

4.1. ARAŞTIRMANIN NİCEL BOYUTUNA İLİŞKİN BULGULAR

Bu başlık altında araştırmaya katılan 209 katılımcıdan elde edilen nicel bulgular dört ana başlık altında sunulmaktadır:

- Birinci bölüm, obezite hastalığı sürecine ilişkin bilgileri,
- İkinci bölüm GÖYÖ, Brief- COPE, ÇTQ ve YİYE-II'nin betimsel istatistikleri ve
- Üçüncü bölüm: GÖYÖ, ÇTQ ve YİYE-II'nin arasındaki ilişkilerine,
- Dördüncü bölüm: bu ölçeklerin bazı demografik değişkenler (cinsiyet, eğitim, medeni ve çalışma durumu, kronik ve psikiyatrik hastalık, ailede obezite öyküsü olma, ayrımcılığa maruz kalma durumu, beden kütle indeksi, ilk kilo sorununun ortaya çıktığı yaş, kilo kaybının ardından geri kilo alma durumu ve obezite tedavisi sayısı) açısından karşılaştırılmasına yönelik bulgular yer almaktadır.

4.1.1. Obezite Hastalığı Sürecine İlişkin Bilgiler

Tablo 4.1 Katılımcıların sağlık durumlarına ilişkin bilgiler

	n	%
Kronik hastalık durumu		

Var	89	42,6
Yok	120	57,2
Kronik hastalığa/ hastalıklara bağlı ilaç kullanımı		
Kullanıyor	63	70,8
Kullanmıyor	26	29,2
Kronik hastalıklara bağlı kilo alımı		
Aldı	42	47,2
Almadı	47	52,8
Tanısı konmuş psikiyatrik bozukluk		
Var	27	12,9
Yok	182	87,1
Tanısı Konmuş Psikiyatrik Bozukluk		
Panik Bozukluk	4	14,8
Anksiyete Bozukluğu	13	48,1
Duygusal Dürtüsel Bozukluk (DEBH)	3	11,1
Depresyon	6	22,2
Bipolar Bozukluk	1	3,7
Tanısı Konmuş Psikiyatrik Bozukluğa bağlı ilaç kullanımı		
Kullanıyor	23	85,2
Kullanmıyor	4	14,8
Tanısı Konmuş Psikiyatrik Bozukluğa bağlı kilo alımı		
Aldı	17	63,0
Almadı	10	37,0

Katılımcıların %42,6'sı kronik bir hastalığı olduğunu belirtmiş, bu bireylerin %70,8'si hastalıklarına bağlı olarak ilaç kullanmakta ve %47,2'si bu durum nedeniyle kilo aldıklarını ifade etmiştir.

Katılımcıların çoğunluğunun (%87,1) herhangi bir psikiyatrik bozukluk tanısı bulunmazken, %12,9'unun psikiyatrik bir bozukluğu olduğu tespit edilmiştir. Psikiyatrik bozukluğa sahip olan katılımcıların %48,1'i anksiyete bozukluğuna sahiptir ve katılımcıların %85,2'si ilaç kullanmakta, yarısından fazlası (%63,0) ise bu bozukluk/ bozukluklara bağlı olarak kilo aldıklarını belirtmiştir.

Tablo 4.2 Katılımcıların diyet, egzersiz ve sağlıklı yeme alışkanlıklarına ilişkin bilgiler

	n	%	Ort±SS (min.- max.)
Diyet yapma durumu			
Yapıyor	74	35,4	
Yapmıyor	135	64,6	
Egzersiz yapma durumu			
Yapıyorum	51	24,4	
Yapmıyorum	158	75,6	
Egzersiz yapma sıklığı			
Haftada bir iki gün	23	45,1	
Haftada üç dört gün	22	43,1	
Haftada beş altı gün	1	2,0	
Haftada her gün	5	9,8	
Sağlıksız atıştırma alışkanlığı			
Var	169	80,9	
Yok	40	19,1	
Sağlıksız atıştırma alışkanlığı tüketim zamanı			
Gece saatleri	57	33,7	
Canım her istediğinde	52	30,8	
Akşam saatlerinde	44	26,0	
Gün içerisinde	8	4,7	

Regl dönemlerinde	3	1,8	
İzinli günlerde	2	1,2	
İş yerinde	2	1,2	
Öğle saatlerinde	1	0,6	
Zayıflama ilacı kullanma durumu			
Kullandım	69	33,0	
Kullanmadım	140	67,0	
Sigara kullanma durumu			
Kullanıyorum	90	43,1	
Kullanmıyorum	119	56,9	
Günlük ortalama sigara sayısı			17,25±10,16 (1,00-60,00)
Alkol kullanma durumu			
Kullanıyorum	69	33,0	
Kullanmıyorum	140	67,0	

Katılımcıların diyet ve egzersiz yapma alışkanlıkları incelendiğinde; %64,6'sının diyet yapmadığı, %75,6'sının ise egzersiz yapmadığı ortaya çıkmıştır. Egzersiz yaptığını ifade eden katılımcıların (%24,4), %45.1'i haftada bir- iki gün, %43.1'i se haftada üç- dört gün egzersiz yaptığını belirtmiştir. Ayrıca katılımcıların % 67,0'si zayıflama ilacı kullanmadığı ortaya çıkmıştır.

Katılımcıların %80,9'u sağlıksız atıştırmalık tükettiğini ifade etmiş ve "sağlıksız atıştırmalıkları en çok ne zaman tüketiyorsunuz?" sorusuna %33,7'si gece

saatlerini işaretlemiştir. Katılımcıların %43,1'inin sigara içtiği, %33,0'ının alkol tükettiği belirlenmiştir. Ayrıca katılımcıların günlük sigara tüketim ortalaması $17,25 \pm 10,16$ olarak hesaplanmıştır.

Tablo 4.3 Katılımcıların aile ve çevresindeki obezite öyküsüne ilişkin bilgiler

	n	%
Ailede obezite öyküsü		
Var	124	59,3
Yok	85	40,7
Obezite öyküsü olan aile üyeleri*		
Anne	67	54,0
Baba	48	38,7
Abla/ Kız kardeş	39	31,5
Abi/ Erkek kardeş	24	19,4
Eş	22	17,7
Çocuk	13	10,5
Babanne- Anneanne	6	4,8
Hala- Teyze	9	7,3
Dayı- Amca	3	2,4
Dede	1	0,8
Sosyal çevrede obezite öyküsü		
Var	111	53,1

Yok	98	46,9
Obezite öyküsü olan sosyal çevre üyeleri²	n	%
Arkadaşlar	105	82,0
Komşular	23	18,0

* Çoklu yanıt olması nedeniyle "n" sayısı örneklem sayısını geçmektedir.

Katılımcıların %59,3'ü, ailelerinde obezite öyküsünün olduğunu belirtmiştir. Bu bireylerin dağılımlarına bakıldığında; % 54,0 anne, % 38,7 baba ve %31,5 kız kardeş/ abla ve %19,4 erkek kardeş/ abi olduğunu ortaya çıkmıştır. Katılımcıların %53,1'i, yakın çevrelerinde obezite öyküsüne sahip bireylerin olduğunu belirtmiştir. Bu bireylerin dağılımları incelendiğinde ise; katılımcıların % 82,0'si arkadaşlarını, %18,0'si komşularını işaretlemiştir.

Tablo 4.4 Katılımcıların ayrımcılık yaşama durumuna ilişkin bilgiler

	n	%
Kiloya bağlı ayrımcılık yaşama durumu		
Yaşadı	100	47.8
Yaşamadı	109	52.2
Ayrımcılığı gerçekleştiren kişiler*		
Tanımadığım insanlar	62	62,0
Arkadaşlar	50	50,0
Akrabalar	37	37,0
Anne- baba	28	28,0
Romantik ilişkide olan kişi/ Sevgili	23	23,0

Patronu/ işvereni	16	16,0
Sağlık çalışanları	14	14,0
Öğretmeni/ okul müdürü	11	11,0
Eş	9	9,0
Çocuk/ çocuklar	6	6,0
Kardeş	2	2,0

* Çoklu yanıt olması nedeniyle “n” sayısı örneklem sayısını geçmektedir.

Katılımcıların kiloya bağlı maruz kaldıkları ayrımcılık deneyimleri incelendiğinde; %52,2’si ayrımcılığa maruz kalmadığını ifade ederken, %47.8’si ise ayrımcılığa maruz kaldığını işaretlemiştir. “Kimler tarafından ayrımcılığa maruz kaldınız?” sorusuna veriler yanıtlara bakıldığında; katılımcıların %62.0’si tanımadığı insanlar, %50.0’si arkadaşları, %37.0’si akrabaları, %28.0’si ebeveynleri, %23.0’ü ise partnerleri tarafından ayrımcılık yaşadığını ifade etmiştir.

Tablo 4.5 Katılımcıların obezite nedenlerine ilişkin görüşleri

Obezite nedenleri*	n	%
Yeme bozuklukları	162	77,5
Sağlıksız atıştırmalar	161	77,0
Stres-Üzüntü	151	72,2
Yetersiz ve düzensiz fiziksel aktivite (sedanter yaşam)	144	68,9
Genetik faktörler	106	50,7
Hormonal ve metabolik bozukluklar	93	44,5
Geçmişte yaşanan travmalar	62	29,7

Yalnızlık duygusu	49	23,4
Kullanılan bazı ilaçlar	44	21,1
Sigara- alkol kullanımı	40	19,1
Doğum sayısı ve doğumlar arası sürenin kısa olması	34	16,3
Kültürel etmenler	27	12,9
Çalışma şartları	2	1,0

* Çoklu yanıt olması nedeniyle “n” sayısı örneklem sayısını geçmektedir.

Katılımcıların obeziteye neden olan faktörler incelendiğinde; yeme bozukluklarının %77,5, sağlıksız atıştırmaların %77,0, stresin %72,2, yetersiz ve düzensiz fiziksel aktivitelerin %68,9 ve genetik faktörlerin %50,7 oranında etkili olduğu belirlenmiştir. Ayrıca hormonal ve metabolik bozuklukların %44,5, geçmişte yaşanan travmaların %29,7, yalnızlık duygusu %23,4, kullanılan bazı ilaçların %21,1, kültürel etmenlerin %12,9 oranında obeziteye katkı sağladığı tespit edilmiştir.

Tablo 4.6 Katılımcıların motivasyon ve sosyal destek kaynaklarına ilişkin bilgiler

	n	%
Kilo vermeye yönelik motivasyon kaynakları*		
Sağlıklı olmak	174	83,3
Daha güzel görünmek	132	63,2
Mutlu olmak	131	62,7
İstediğimi giyinmek	7	3,3
Özgüven kazanma	2	1,0

Özgür hareket etme	2	1,0
Huzur bulma	1	0,5
Çocuk sahibi olma	1	0,5
Kilo verme sürecinde sosyal destek kaynakları*		
Anne- baba	94	45,0
Eş	85	40,7
Arkadaşlar	55	26,3
Hiç kimse/ kendim	20	9,6
Çocuk/ çocuklar	17	8,1
Akrabalar	15	7,2
Sevgili	11	5,3
Sağlık alanında çalışanlar	9	4,3
Abla-abi-kardeş	7	3,3
Patron/ işveren	3	1,4

* Çoklu yanıt olması nedeniyle “n” sayısı örneklem sayısını geçmektedir.

Katılımcıların kilo vermeye yönelik motivasyon kaynakları incelendiğinde; %83,3'ünün sağlıklı olmak, %63,2'sinin daha güzel görünmek ve %62,7'sinin mutlu olmak amacıyla kilo vermek istedikleri ortaya çıkmıştır. Ayrıca, katılımcıların bu süreçteki sosyal destek kaynakları incelendiğinde; %45,0'inin anne ve/ veya babasından, %40,7'sinin eşinden, %26,3'ünün arkadaşlarından, %9,6'sının kendilerinden, %8,1'inin ise çocuklarından sosyal destek aldıkları görülmektedir.

Tablo 4.7 Katılımcıların genel yeme alışkanlıklarına ilişkin bilgiler

Genel yeme alışkanlıkları*	n	%
Akşam geç vakitlerde ya da gece yemek	118	56,5
Televizyon izlerken, okurken, çalışırken yemek	114	54,5
Sıkıldığında yemek yeme	114	54,5
Öğünler arasında düzensiz bir şekilde yemek	112	53,6
Öfkeli ya da olumsuz ruh halleri içinde iken yemek	110	52,6
Aile ile birlikte yemek	106	50,7
Ayakta atıştırmak	84	40,2
Tek başına yemek	70	33,5
Salonda veya yatak odasında yemek	47	22,5

* Çoklu yanıt olması nedeniyle "n" sayısı örneklem sayısını geçmektedir.

Katılımcıların %56.5'inin akşam geç saatlerde veya gece yemek yeme, %54.5'inin sıkıldıklarında yemek yeme, %54.5'inin ise televizyon izlerken, okurken ya da çalışırken yemek yeme alışkanlıkları olduğu ortaya çıkmıştır. Ayrıca, katılımların %53.6'sının öğünler arasında düzensiz yemek tükettiği, %52.6'sının öfkeli veya olumsuz ruh hallerindeyken yemek yediği, %50.7'sinin aileleriyle birlikte yemek yediği, %40.2'sinin ayakta atıştırdığı, %33.5'inin tek başına yemek yediği ve %22.5'inin salonda veya yatak odasında yemek yediği tespit edilmiştir.

Tablo 4.8 Katılımcıların nüks nedenlerine ilişkin bilgiler

Nüks nedenleri*	n	%
Bir kereden bir şey olmaz düşüncesi ile diyeti bozma	128	61,5

Tükenmişlik/ yorgunluk	102	49,0
Başarısız girişimler	72	34,6
Pandemi	57	27,4
Sınavlar	33	15,9
Hastalık	27	13,0
Çocuk sahibi olma	26	12,5
Evlenme	22	10,6
Üzüntü- stres	9	4,3
Duygusal yeme	9	4,3
Yeni bir işe girme	8	3,8
Taşınma/ göç etme	7	3,4
Kayıp- yas	4	1,9
Doğal afetler	3	1,4
Hareketsizlik	3	1,4
Alkol kullanımı	2	1,0
Aldatılma	2	1,0

* Çoklu yanıt olması nedeniyle "n" sayısı örneklem sayısını geçmektedir.

Katılımcıların nüks nedenleri incelendiğinde; %61,5'inin bir kereden bir şey olmayacağı düşüncesiyle diyeti bozduğu, %49,0'unun tükenmişlik ve yorgunluk yaşadığı, % 34,6'sının başarısızlıkla sonuçlanan kilo verme girişimleri nedeniyle kilo aldığı, %27,4'ünün ise pandeminin etkisiyle kilo aldıkları ortaya çıkmıştır. Ayrıca, katılımcıların %15,9'unun sınavların, %13,0'ünün yaşadıkları

hastalıkların ve %12,5'inin çocuk sahibi olmanın geri kilo alımına neden olduğu tespit edilmiştir.

4.1.2. GÖYÖ, Brief-COPE, ÇTQ YİYE-II'nin Betimsel İstatistikleri

Tablo 4.9 GÖYÖ, Brief- COPE ölçeği alt boyutları, ÇTQ toplam ve alt boyutları ve YİYE-II ölçeklerine ilişkin genel tanımlayıcı bilgiler

	Ort±SS	(Min – Maks)
GÖYÖ	59,75±12,59	21,00 – 85,00
GÖYÖ- Başlama	31,69±7,81	9,00-45,00
GÖYÖ- Yılmama	17,55±4,29	5,00-25,00
GÖYÖ- Sürdürme çabası- Israr	10,50±2,95	3,00-15,00
Brief COPE- Dikkatini Dağıtma	3,87±1,65	2,00 – 8,00
Brief COPE- Aktif Başa Çıkma	5,79±1,55	2,00 – 8,00
Brief COPE- İnkâr	3,86±1,65	2,00 – 8,00
Brief COPE- Madde Kullanımı	3,26±1,91	2,00 – 8,00
Brief COPE- Duygusal Sosyal Destek Arama	4,75±1,77	2,00 – 8,00
Brief COPE- Araçsal Sosyal Destek Arama	4,99±1,90	2,00 – 8,00
Brief COPE- Davranışsal Uzaklaşma	3,87±1,65	2,00 – 8,00
Brief COPE- Duyguları Açığa Vurma	5,51±1,51	2,00 – 8,00
Brief COPE- Olumlu Yönde Yeniden Yorumlama	5,51±1,65	2,00 – 8,00
Brief COPE- Planlama	6,27±1,48	2,00 – 8,00
Brief COPE- Mizah	5,28±1,93	2,00 – 8,00

Brief COPE- Kabul Etme	5,94±1,59	2,00 – 8,00
Brief COPE- Din	4,79±2,09	2,00 – 8,00
Brief COPE- Kendini Suçlama	5,53±1,65	2,00 – 8,00
ÇTQ Toplam	36,56±11,62	25,00 – 89,00
ÇTQ- Duygusal İstismar	7,58±3,87	5,00 – 24,00
ÇTQ- Fiziksel İstismar	5,85±2,39	5,00 – 21,00
ÇTQ- Fiziksel İhmal	7,21±2,48	5,00 – 16,00
ÇTQ- Duygusal İhmal	10,19±4,53	5,00 – 23,00
ÇTQ- Cinsel İstismar	5,71±2,76	5,00 – 24,00
YİYE II- Kaçınma	3,04±1,20	1,00 – 6,39
YİYE II- Kaygı	3,57±1,16	1,33 – 6,67

Tablo 4.10 incelendiğinde; katılımcıların GÖYÖ ortalamasının 59,75±12,59 olduğu görülmektedir. GÖYÖ alt boyutlarından başlama 31,69±7,81; yılmama 17,55±4,29 ve sürdürme çabası- ısrar ise 10,50±2,95 puan ortalaması aldıkları ortaya çıkmıştır.

Katılımcıların başa çıkma stratejilerinden en çok kullandıkları; planlama (6,27±1,48), kabul etme (5,94±1,59), aktif başa çıkma (5,79±1,55), duyguları açığa vurma (5,51±1,51) ve olumlu yönde yeniden yorumlama (5,51±1,65) iken; daha az kullandıkları stratejiler ise dikkatini dağıtma (3,87±1,65), inkâr (3,86±1,65) ve madde kullanımı (3,26±1,91) olarak ortaya çıkmıştır.

Katılımcıların ÇTQ'den aldıkları toplam puan ortalaması 36,56±11,62 olarak hesaplanmıştır. Aynı ölçeğin alt boyutlarına bakıldığında ise; en yüksek puanlar sırasıyla duygusal ihmal (10,19±4,53), duygusal istismar (7,58±3,87), fiziksel

ihmal ($7,21 \pm 2,48$), fiziksel istismar ($5,85 \pm 2,39$) alt boyutlarından alınmış; en düşük puan ise cinsel istismar ($5,71 \pm 2,76$) alt boyutundan elde edilmiştir.

Katılımcıların YİYE-II ölçeğinin alt boyutlarından kaçınma $3,04 \pm 1,20$, kaygı $3,57 \pm 1,16$ puan aldıkları ortaya çıkmıştır. Bu sonuçlara göre; katılımcıların kaygı puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

4.1.3. GÖYÖ, Brief-COPE, ÇTQ YİYE-II Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi

Tablo 4.11 ÇTQ ve YİYE-II arasındaki ilişkinin incelenmesi

	ÇTQ toplam	YİYE II- Kaygı	YİYE II- Kaçınma
	rho;p	rho;p	rho;p
ÇTQ toplam	1		
YİYE II- Kaygı	0,325; $p < 0,000$	1	
YİYE II- Kaçınma	0,197; $p < 0,004$	0,354; $p < 0,000$	1

Tablo 4.10 incelendiğinde; ÇTQ toplam puanı, kaygı ve kaçınma arasında anlamlı ilişki bulunmaktadır. İlk olarak, ÇTQ toplam ile kaygı arasında orta düzeyde pozitif bir ilişki bulunmuştur ($r = 0.325$, $p = 0.000$). Bu sonuca göre, çocukluk dönemi yaşantıları ile kaygı arasında bir bağlantı bulunmaktadır ve bu ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır. ÇTQ toplam ile kaçınma arasındaki ilişki ise daha zayıf düzeyde pozitif bir korelasyon göstermektedir ($r = 0.197$, $p = 0.004$). Bu da, çocukluk dönemi ile kaçınma davranışı arasında zayıf ama anlamlı bir ilişki olduğunu göstermektedir. Bu sonuca göre; çocukluk dönemiyle ilgili deneyimlerin, bireylerin kaçınma eğilimlerini etkileyebileceği ancak bu etkinin güçlü olmadığını söylemek mümkündür. Son olarak ise kaygı ile kaçınma arasında orta düzeyde pozitif bir ilişki bulunmaktadır ($r = 0.354$, $p = 0.000$). Bu, kaygı düzeyi arttıkça kaçınma davranışlarının da arttığını ve bu iki değişkenin birbirleriyle istatistiksel olarak ilişkili olduğunu göstermektedir. Kaygı düzeyi ile

kaçınma arasında anlamlı bir ilişki olduğu için, yüksek kaygı seviyelerinin, bireylerin kaçınma davranışlarını artırabileceği söylenebilir.

Tablo 4.12 GÖYÖ ve YİYE-II arasındaki ilişkinin incelenmesi

	GÖYÖ- Başlama	GÖYÖ- Yılmama	GÖYÖ- Sürdürme Çabası- Israr	YİYE II- Kaygı	YİYE II- Kaçınma
	rho;p	rho;p	rho;p	rho;p	rho;p
GÖYÖ- Başlama	1	,629; p< 0,000	,301; p< 0,000	-,241; p< 0,000	-,158; p< 0,022
GÖYÖ- Yılmama		1	,566; p< 0,000	-,360; p< 0,000	-,214; p< 0,002
GÖYÖ- Sürdürme Çabası- Israr			1	-,290; p< 0,000	-,193; p< 0,005
YİYE II- Kaygı				1	,354; p< 0,000
YİYE II- Kaçınma					1

Tablo 4.11 incelendiğinde; GÖYÖ- Başlama ile GÖYÖ- Yılmama arasında güçlü bir pozitif korelasyon bulunmaktadır ($r= 0.629$, $p< 0.000$). Bu, başlama ve yılmama davranışlarının güçlü bir şekilde ilişkili olduğunu gösteriyor. Başka bir deyişle, katılımcıların başlama konusunda motive olduğunda, yılmama konusunda da daha kararlı olduğunu göstermektedir. GÖYÖ- Başlama ile GÖYÖ- Sürdürme Çabası- Israr arasındaki ilişki orta düzeyde pozitif bir korelasyon ($r= 0.301$, $p< 0.000$) olduğu görülmektedir. Bu sonuca göre; başlama davranışının, sürdürülebilir çaba ve ısrar ile ilişkili olduğunu ve bu iki davranış arasında anlamlı bir istatistik olduğu ortaya çıkmıştır.

Ayrıca, GÖYÖ- Başlama ile YİYE II- Kaygı arasındaki negatif ilişki ($r= -0.241$, $p< 0.000$), başlama davranışının kaygıyı azalttığını göstermektedir. Bu sonuç, başlama davranışının, bireylerde kaygı seviyesini düşüren bir etki yaratabileceğini işaret etmektedir. GÖYÖ- Başlama ile YİYE II- Kaçınma

arasındaki negatif ilişki ($r = -0.158$, $p < 0.022$) ise başlama davranışı ile kaçınma arasında zayıf ama anlamlı bir ters ilişki olduğunu göstermektedir. Bu bulgu, başlama yeterliliğine sahip katılımcıların, kaçınma davranışlarını daha az sergilediğini ortaya koymaktadır.

GÖYÖ- Yılmama ile GÖYÖ- Sürdürme Çabası- Israr arasındaki güçlü pozitif ilişki ($r = 0.566$, $p < 0.000$), yılmama davranışının sürdürülebilir çaba ve ısrarla güçlü ve anlamlı bir ilişkiye sahip olduğunu göstermektedir. Bu bulgu, yılmama davranışı sergileyen katılımcıların çaba ve ısrar konusunda daha yüksek eğilimlere sahip olduğunu ortaya koymaktadır.

GÖYÖ- Yılmama ile YİYE II- Kaygı arasında negatif bir ilişki bulunmaktadır ($r = -0.360$, $p < 0.000$). Bu, yılmama davranışına sahip katılımcıların kaygı seviyelerinin daha düşük olabileceğini göstermektedir. GÖYÖ- Yılmama ile YİYE II- Kaçınma arasında zayıf negatif bir ilişki ($r = -0.214$, $p < 0.002$) vardır. Bu bulgu, yılmama davranışının kaçınma davranışını kısmen azalttığını işaret etmektedir. GÖYÖ- Sürdürme Çabası- Israr ile YİYE II- Kaygı arasında negatif bir ilişki ($r = -0.290$, $p < 0.000$) bulunmaktadır. Bu sonuç, sürdürülebilir çaba ve ısrarın kaygıyı azaltma eğiliminde olduğunu göstermektedir. GÖYÖ- Sürdürme Çabası- Israr ile YİYE II- Kaçınma arasında zayıf bir negatif ilişki ($r = -0.193$, $p < 0.005$) görülmektedir. Bu, sürdürülebilir çaba ve ısrarın kaçınma davranışları ile ters yönde bir ilişki içinde olduğunu ortaya koymaktadır.

4.1.4. Obezite GÖYÖ, Brief- COPE, ÇTQ ve YİYE-II'nin bazı demografik değişkenler ile karşılaştırılması

Tablo 4.13 Genel Özyeterlilik Ölçeği ve alt boyutlarının cinsiyet değişkenine göre farklılığının incelenmesi

	Kadın (N=150)		Erkek (N=59)		p değeri
	Ort±SS	Ortanca (Min – Maks)	Ort±SS	Ortanca (Min – Maks)	

GÖYÖ Toplam ¹	58,54±13,24	58,00 (21,00 – 85,00)	62,81±10,23	62,00 (43,00 – 85,00)	0,043*
GÖYÖ- Başlama	31,13±8,06	32,00 (9,00 – 45,00)	33,13±6,99	34,00 (20,00 – 45,00)	0,155
GÖYÖ- Yılmama	17,03±4,59	17,00 (5,00 – 25,00)	18,90±3,09	19,00 (11,00 – 25,00)	0,005*
GÖYÖ- Sürdürme çabası- Israr	10,39±3,00	11,00 (3,00 – 15,00)	10,78±2,84	11,00 (5,00 – 15,00)	0,483

¹Mann-Whitney U testi *p≤0,005

Katılımcıların cinsiyet değişkenine göre; GÖYÖ ve alt boyutları, arasında puan ortalamalarında farklılık olup olmadığını belirlemek için Mann-Whitney U testi yapılmıştır. Yapılan analiz sonucuna göre; cinsiyet ile GÖYÖ toplam ve alt boyutlarından biri olan yılmama, puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0,005$). Bu bulgulara göre; erkeklerin öz yeterlilik ve yılmama puanlarının daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır.

Tablo 4.14 Brief- COPE ölçeği ve alt boyutlarının cinsiyet değişkenine göre farklılığının incelenmesi

	Kadın (N=150)		Erkek (N=59)		p değeri
	Ort±SS	Ortanca (Min – Maks)	Ort±SS	Ortanca (Min – Maks)	
Brief COPE- Dikkatini Dağıtma ¹	6,10±1,57	6,00 (2,00 – 8,00)	5,72±1,54	6,00 (2,00 – 8,00)	0,102
Brief COPE- Aktif Başa Çıkma	5,72±1,58	6,00	5,98±1,45	6,00	0,338

		(2,00 – 8,00)		(2,00 – 8,00)	
Brief COPE- İnkâr	3,89±1,73	4,00 (2,00 – 8,00)	3,76±1,47	4,00 (2,00 – 8,00)	0,854
Brief COPE- Madde Kullanımı	3,18±1,86	2,00 (2,00 – 8,00)	3,45±2,04	2,00 (2,00 – 8,00)	0,425
Brief COPE- Duygusal Sosyal Destek Arama	4,81±1,75	5,00 (2,00 – 8,00)	4,59±1,82	5,00 (2,00 – 8,00)	0,456
Brief COPE- Araçsal Sosyal Destek Arama	5,02±1,87	5,00 (2,00 – 8,00)	4,89±1,98	5,00 (2,00 – 8,00)	0,585
Brief COPE- Davranışsal Uzaklaşma	3,99±1,69	4,00 (2,00 – 8,00)	3,55±1,51	4,00 (2,00 – 8,00)	0,115
Brief COPE- Duyguları Açığa Vurma	5,70±1,50	6,00 (2,00 – 8,00)	5,03±1,45	5,00 (2,00 – 8,00)	0,003*
Brief COPE- Olumlu Yönde Yeniden Yorumlama	5,54±1,71	6,00 (2,00 – 8,00)	5,44±1,50	5,00 (2,00 – 8,00)	0,540
Brief COPE- Planlama	6,18±1,54	6,00 (2,00 – 8,00)	6,49±1,30	6,00 (4,00 – 8,00)	0,283
Brief COPE- Mizah	5,25±1,99	5,00 (2,00 – 8,00)	5,37±1,80	5,00 (2,00 – 8,00)	0,639
Brief COPE- Kabul Etme	5,89±1,58	6,00 (2,00 – 8,00)	6,08±1,61	6,00 (2,00 – 8,00)	0,314
Brief COPE- Din	5,11±2,04	5,00 (2,00 – 8,00)	4,00±2,02	4,00 (2,00 – 8,00)	0,001*

Brief COPE- Kendini Suçlama	5,64±1,69	6,00 (2,00 – 8,00)	5,25±1,49	5,00 (2,00 – 8,00)	0,141

¹Mann-Whitney U testi *p≤0,005

Katılımcıların cinsiyet değişkenine göre; Brief-COPE ölçeği alt boyutları arasında puan ortalamalarında farklılık olup olmadığını belirlemek için Mann-Whitney U testi yapılmıştır. Yapılan analiz sonucuna göre; cinsiyet ile Brief-COPE ölçeği alt boyutlarından duyguları açığa vurma ve din puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0,005$). Bu bulgulara göre; kadınların duygularını açığa vurma ve din puanlarının daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır.

Tablo 4.15 ÇTQ toplam ve alt boyutlarının cinsiyet değişkenine göre farklılığının incelenmesi

	Kadın (N=150)		Erkek (N=59)		p değeri
	Ort±SS	Ortanca (Min – Maks)	Ort±SS	Ortanca (Min – Maks)	
ÇTQ Toplam ¹	37,24±12,54	33,50 (25,00 – 89,00)	34,81±8,70	33,00 (25,00 – 63,00)	0,561
ÇTQ- Duygusal İstismar	7,92±4,16	6,00 (5,00 – 24,00)	6,71±2,84	5,00 (5,00 – 15,00)	0,047*
ÇTQ- Fiziksel İstismar	5,94±2,64	5,00 (2,00 – 21,00)	5,62±1,54	5,00 (5,00 – 12,00)	0,991
ÇTQ- Fiziksel İhmal	7,23±2,53	6,00 (5,00 – 16,00)	7,16±2,36	6,00 (5,00 – 15,00)	0,950
ÇTQ- Duygusal İhmal	10,19±4,56	9,00	10,18±4,50	9,00	0,932

		(5,00 – 23,00)		(5,00 – 23,00)	
ÇTQ- Cinsel İstismar	5,95±3,21	5,00 (5,00 – 24,00)	5,11±0,59	5,00 (5,00 – 9,00)	0,077

¹Mann-Whitney U testi *p≤0,005

Katılımcıların cinsiyet değişkenine göre; ÇTQ toplam ve alt boyutları arasında puan ortalamalarında farklılık olup olmadığını belirlemek için Mann-Whitney U testi yapılmıştır. Yapılan analiz sonucuna göre; cinsiyet ile Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeğinin alt boyutlarından biri olan duygusal istismar puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0,005$). Bu bulgulara göre; kadınların duygusal istismar puanlarının daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır.

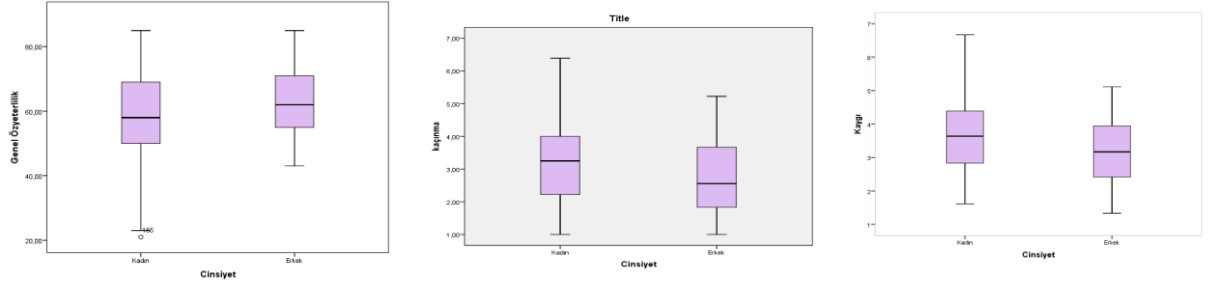
Tablo 4.16 YİYE-II ölçeğinin alt boyutlarının cinsiyet değişkenine göre farklılığının incelenmesi

	Kadın (N=150)		Erkek (N=59)		p değeri
	Ort±SS	Ortanca (Min – Maks)	Ort±SS	Ortanca (Min – Maks)	
YİYE II- Kaçınma ¹	3,16±1,23	3,25 (1,00 – 6,39)	2,74±1,09	2,55 (1,00 – 5,22)	0,021*
YİYE II- Kaygı	3,73±1,21	3,63 (1,61 – 6,67)	3,16±0,92	3,16 (1,33 – 5,11)	0,005*

¹Mann-Whitney U testi *p≤0,005

Katılımcıların cinsiyet değişkenine göre; YİYE-II ölçeği alt boyutları arasında puan ortalamalarında farklılık olup olmadığını belirlemek için Mann-Whitney U testi yapılmıştır. Yapılan analiz sonucuna göre; cinsiyet ile YİYE II Ölçeği alt boyutlarından kaygı ve kaçınma puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak

anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,005$). Bu bulgulara göre; kadınların kaygı ve kaçınma puanlarının daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır.



Şekil 4.1 Cinsiyet değişkinine göre boxplot

Tablo 4.17 GÖYÖ ve alt boyutlarının eğitim durumu değişkenine göre farklılığının incelenmesi

	Lise ve Öncesi (N=75)		Önlisans ve sonrası (N=134)		p değeri
	Ort±SS	Ortanca (Min – Maks)	Ort±SS	Ortanca (Min – Maks)	
GÖYÖ ¹	58,89±12,79	56,00 (23,00 – 85,00)	60,22±12,50	61,00 (21,00 – 84,00)	0,395
GÖYÖ- Başlama	30,57±8,67	30,00 (10,00 – 45,00)	32,32±7,24	33,00 (9,00 – 45,00)	0,181
GÖYÖ- Yılmama	17,67±4,37	17,00 (5,00 – 25,00)	17,49±4,27	18,00 (7,00 – 25,00)	0,969
GÖYÖ- Sürdürme çabası- Israr	10,65±3,12	11,00 (3,00 – 15,00)	10,41±2,87	11,00 (3,00 – 15,00)	0,515

¹Mann-Whitney U testi * $p\leq 0,005$

Katılımcıların eğitim durumu değişkenine göre; GÖYÖ ve alt boyutları arasında puan ortalamalarında farklılık olup olmadığını anlamak için Mann-Whitney U testi

yapılmıştır. Bu analiz sonucuna göre; eğitim durumu ile GÖYÖ ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,005$).

Tablo 4.18 Brief COPE alt boyutlarının eğitim durumu değişkenine göre farklılığının incelenmesi

	Lise ve Öncesi (N=75)		Önlisans ve sonrası (N=134)		p değeri
	Ort±SS	Ortanca (Min – Maks)	Ort±SS	Ortanca (Min – Maks)	
Brief COPE- Dikkatini Dağıtma ¹	6,01±1,77	6,00 (2,00 – 8,00)	5,98±1,44	6,00 (2,00 – 8,00)	0,690
Brief COPE- Aktif Başa Çıkma	5,84±1,62	6,00 (2,00 – 8,00)	5,76±1,50	6,00 (2,00 – 8,00)	0,716
Brief COPE- İnkâr	3,96±1,81	4,00 (2,00 – 8,00)	3,79±1,56	4,00 (2,00 – 8,00)	0,682
Brief COPE- Madde Kullanımı	2,84±1,68	2,00 (2,00 – 8,00)	3,49±2,00	2,00 (2,00 – 8,00)	0,009*
Brief COPE- Duygusal Sosyal Destek Arama	4,78±1,99	5,00 (2,00 – 8,00)	4,73±1,64	5,00 (2,00 – 8,00)	0,918
Brief COPE- Araçsal Sosyal Destek Arama	4,89±2,14	5,00 (2,00 – 8,00)	5,04±1,75	5,00 (2,00 – 8,00)	0,549

Brief COPE- Davranışsal Uzaklaşma	3,83±1,63	4,00 (2,00 – 8,00)	3,89±1,67	4,00 (2,00 – 8,00)	0,792
Brief COPE- Duyguları Açığa Vurma	5,57±1,77	5,00 (2,00 – 8,00)	5,47±1,35	5,00 (2,00 – 8,00)	0,553
Brief COPE- Olumlu Yönde Yeniden Yorumlama	5,37±1,96	5,00 (2,00 – 8,00)	5,59±1,45	6,00 (2,00 – 8,00)	0,516
Brief COPE- Planlama	6,51±1,54	7,00 (2,00 – 8,00)	6,14±1,44	6,00 (2,00 – 8,00)	0,050
Brief COPE- Mizah	5,05±2,08	5,00 (2,00 – 8,00)	5,42±1,84	5,00 (2,00 – 8,00)	0,233
Brief COPE- Kabul Etme	5,84±1,73	6,00 (2,00 – 8,00)	6,00±1,50	6,00 (2,00 – 8,00)	0,567
Brief COPE- Din	5,16±2,14	5,00 (2,00 – 8,00)	4,60±2,05	4,00 (2,00 – 8,00)	0,060
Brief COPE- Kendini Suçlama	5,39±1,78	5,00 (2,00 – 8,00)	5,62±1,56	5,00 (2,00 – 8,00)	0,534

¹Mann-Whitney U testi *p≤0,005

Katılımcıların eğitim durumu değişkenine göre; Brief- COPE ölçeği alt boyutları arasında puan ortalamalarında farklılık olup olmadığını anlamak için Mann-

Whitney U testi yapılmıştır. Bu analiz sonucuna göre; eğitim durumu ile Brief-BRİEF COPE ölçeği alt boyutlarından madde kullanımı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p>0,005$). Bu sonuca göre; önlisans ve sonrası eğitim düzeyi olan katılımcıların, lise ve öncesi eğitim düzeyi olan katılımcılara göre madde kullanım puanının daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır.

Tablo 4.19 ÇTQ ve alt boyutlarının eğitim durumu değişkenine göre farklılığının incelenmesi

	Lise ve Öncesi (N=75)		Önlisans ve sonrası (N=134)		p değeri
	Ort±SS	Ortanca (Min – Maks)	Ort±SS	Ortanca (Min – Maks)	
ÇTQ Toplam ¹	37,08±11,87	32,00 (25,00 – 74,00)	36,26±11,51	33,50 (25,00 – 89,00)	0,850
ÇTQ- Duygusal İstismar	7,48±4,14	5,00 (5,00 – 24,00)	7,63±3,72	6,00 (5,00 – 21,00)	0,355
ÇTQ- Fiziksel İstismar	5,93±2,76	5,00 (5,00 – 21,00)	5,81±2,16	5,00 (5,00 – 19,00)	0,608
ÇTQ- Fiziksel İhmal	7,62±2,63	7,00 (5,00 – 16,00)	6,98±2,37	6,00 (5,00 – 16,00)	0,078
ÇTQ- Duygusal İhmal	10,63±4,93	10,00 (5,00 – 23,00)	9,94±4,29	9,00 (5,00 – 23,00)	0,446
ÇTQ- Cinsel İstismar	5,41±2,01	5,00 (5,00 – 19,00)	5,89±3,10	5,00 (5,00 – 24,00)	0,277

¹Mann-Whitney U testi * $p\leq 0,005$

Katılımcıların eğitim durumu değişkenine göre; ÇTQ ve alt boyutları arasında puan ortalamalarında farklılık olup olmadığını anlamak için Mann-Whitney U testi yapılmıştır. Bu analiz sonucuna göre; eğitim düzeyi ile ÇTQ ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,005$).

Tablo 4.20 YİYE- II alt boyutlarının eğitim durumu değişkenine göre farklılığının incelenmesi

	Lise ve Öncesi (N=75)		Önlisans ve sonrası (N=134)		p değeri
	Ort±SS	Ortanca (Min – Maks)	Ort±SS	Ortanca (Min – Maks)	
YİYE II- Kaçınma ¹	3,08±1,23	3,44 (1,00 – 5,67)	3,03±1,19	3,00 (1,00 – 6,39)	0,680
YİYE II- Kaygı	3,48±1,20	3,33 (1,50 – 6,67)	3,62±1,14	3,61 (1,33 – 6,67)	0,392

¹Mann-Whitney U testi * $p\leq 0,005$

Katılımcıların eğitim durumu değişkenine göre; YİYE-II alt boyutları arasında puan ortalamalarında farklılık olup olmadığını anlamak için Mann-Whitney U testi yapılmıştır. Bu analiz sonucuna göre; eğitim düzeyi ile YİYE-II alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,005$).

Tablo 4.21 GÖYÖ alt boyutlarının kronik hastalık durumuna göre farklılıklarının incelenmesi

	Kronik hastalık var (N=89)		Kronik hastalık yok (N=120)		p değeri
	Ort±SS	Ortanca (Min – Maks)	Ort±SS	Ortanca (Min – Maks)	
GÖYÖ ¹	60,42±13,00	60,00	59,24±12,31	59,00	0,216

		(23,00 – 83,00)		(21,00 – 85,00)	
GÖYÖ- Başlama	31,94±7,96	33,00 (10,00 – 45,00)	31,51±7,72	32,00 (9,00 – 45,00)	0,477
GÖYÖ- Yılmama	17,66±4,37	19,00 (5,00 – 25,00)	17,47±4,25	17,00 (7,00 – 25,00)	0,500
GÖYÖ- Sürdürme çabası- İsrar	10,82±2,84	11,00 (4,00 – 15,00)	10,26±3,02	10,00 (3,00 – 15,00)	0,165

¹Mann-Whitney U testi *p≤0,005

Katılımcıların kronik hastalık durumlarına göre GÖYÖ ve alt boyutlarının puan ortalamaları arasındaki farklılıkları incelemek için Mann-Whitney U testi uygulanmıştır. Analiz sonuçlarına göre, kronik hastalığa sahip olma durumu ile GÖYÖ ölçeği ve alt boyutlarının puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p> 0,005).

Tablo 4.22 Brief- COPE alt boyutlarının kronik hastalık durumuna göre farklılıklarının incelenmesi

	Kronik hastalık var (N=89)		Kronik hastalık yok (N=120)		p değeri
	Ort±SS	Ortanca (Min – Maks)	Ort±SS	Ortanca (Min – Maks)	
Brief COPE- Dikkatini Dağıtma ¹	6,10±1,65	6,00 (2,00 – 8,00)	5,91±1,49	6,00 (2,00 – 8,00)	0,328
Brief COPE- Aktif Başa Çıkma	5,94±1,54	6,00 (2,00 – 8,00)	5,68±1,54	6,00 (2,00 – 8,00)	0,210
Brief COPE- İnkar	3,89±1,67	4,00	3,83±1,65	4,00	0,819

		(2,00 – 8,00)		(2,00 – 8,00)	
Brief COPE- Madde Kullanımı	2,95±1,78	2,00 (2,00 – 8,00)	3,48±1,98	2,00 (2,00 – 8,00)	0,016*
Brief COPE- Duygusal Sosyal Destek Arama	4,75±1,93	5,00 (2,00 – 8,00)	4,75±1,65	5,00 (2,00 – 8,00)	0,962
Brief COPE- Araçsal Sosyal Destek Arama	4,90±2,07	5,00 (2,00 – 8,00)	5,06±1,76	5,00 (2,00 – 8,00)	0,615
Brief COPE- Davranışsal Uzaklaşma	3,71±1,68	3,00 (2,00 – 8,00)	3,98±1,62	4,00 (2,00 – 8,00)	0,215
Brief COPE- Duyguları Açığa Vurma	5,66±1,49	6,00 (2,00 – 8,00)	5,40±1,51	5,00 (2,00 – 8,00)	0,164
Brief COPE- Olumlu Yönde Yeniden Yorumlama	5,56±1,75	6,00 (2,00 – 8,00)	5,47±1,57	5,00 (2,00 – 8,00)	0,685
Brief COPE- Planlama	6,49±1,37	7,00 (3,00 – 8,00)	6,10±1,54	6,00 (2,00 – 8,00)	0,076
Brief COPE- Mizah	5,05±2,08	5,00 (2,00 – 8,00)	5,42±1,84	6,00 (2,00 – 8,00)	0,128
Brief COPE- Kabul Etme	6,20±1,56	6,00 (2,00 – 8,00)	5,75±1,58	6,00 (2,00 – 8,00)	0,050
Brief COPE- Din	4,95±2,22	5,00 (2,00 – 8,00)	4,68±2,00	5,00 (2,00 – 8,00)	0,353

Brief COPE- Kendini Suçlama	5,44±1,75	5,00 (2,00 – 8,00)	5,60±1,57	5,50 (2,00 – 8,00)	0,414

¹Mann-Whitney U testi *p≤0,005

Katılımcıların kronik hastalık durumlarına göre; Brief-COPE ölçeği alt boyutları arasında puan ortalamalarında farklılık olup olmadığını anlamak için Mann-Whitney U testi yapılmıştır. Bu analiz sonucuna göre; kronik hastalığa sahip olma durumu ile Brief-COPE ölçeği alt boyutlarından madde kullanımı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p<0,005). Bu sonuca göre; kronik hastalığı olmayan katılımcıların madde kullanım puanının daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır.

Tablo 4.23: ÇTQ alt boyutlarının kronik hastalık durumuna göre farklılıklarının incelenmesi

	Kronik hastalık var (N=89)		Kronik hastalık yok (N=120)		p değeri
	Ort±SS	Ortanca (Min – Maks)	Ort±SS	Ortanca (Min – Maks)	
ÇTQ Toplam ¹	36,50±11,68	33,00 (25,00 – 89,00)	36,60±11,63	33,50 (25,00 – 78,00)	0,891
ÇTQ- Duygusal İstismar	7,67±3,95	6,00 (5,00 – 24,00)	7,50±3,82	6,00 (5,00 – 22,00)	0,778
ÇTQ- Fiziksel İstismar	5,77±2,35	5,00 (5,00 – 19,00)	5,91±2,43	5,00 (5,00 – 21,00)	0,636
ÇTQ- Fiziksel İhmal	7,17±2,56	6,00 (5,00 – 16,00)	7,25±2,43	6,50 (5,00 – 16,00)	0,598
ÇTQ- Duygusal İhmal	10,17±4,60	9,00	10,20±4,50	9,00	0,898

		(5,00 – 21,00)		(5,00 – 23,00)	
ÇTQ- Cinsel İstismar	5,70±2,86	5,00 (5,00 – 21,00)	5,72±2,70	5,00 (5,00 – 24,00)	0,443

¹Mann-Whitney U testi *p≤0,005

Katılımcıların kronik hastalık durumlarına göre ÇTQ ve alt boyutlarının puan ortalamaları arasındaki farklılıkları incelemek için Mann-Whitney U testi uygulanmıştır. Analiz sonuçlarına göre, kronik hastalığa sahip olma durumu ile ÇTQ ölçeği ve alt boyutlarının puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p> 0,005).

Tablo 4.24 YİYE-II alt boyutlarının kronik hastalık durumuna göre farklılıklarının incelenmesi

	Kronik hastalık var (N=89)		Kronik hastalık yok (N=120)		p değeri
	Ort±SS	Ortanca (Min – Maks)	Ort±SS	Ortanca (Min – Maks)	
YİYE II- Kaçınma ¹	2,94±1,29	2,89 (1,00 – 6,11)	3,12±1,13	3,25 (1,00 – 6,39)	0,265
YİYE II- Kaygı	3,57±1,27	3,33 (1,61 – 6,67)	3,58±1,07	3,55 (1,33 – 6,44)	0,697

¹Mann-Whitney U testi *p≤0,005

Katılımcıların kronik hastalık durumlarına göre YİYE-II alt boyutlarının puan ortalamaları arasındaki farklılıkları incelemek için Mann-Whitney U testi uygulanmıştır. Analiz sonuçlarına göre, kronik hastalığa sahip olma durumu ile YİYE-II alt boyutlarının puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p> 0,005).

Tablo 4.25 GÖYÖ alt boyutlarının psikiyatrik bozukluk durumuna göre farklılıklarının incelenmesi

	Psikiyatrik bozukluk var (N=27)		Psikiyatrik bozukluk yok (N=182)		p Değeri
	Ort±SS	Ortanca (Min – Maks)	Ort±SS	Ortanca (Min – Maks)	
GÖYÖ toplam ¹	49,44±13,77	53,00 (21,00 – 68,00)	61,27±11,37	61,00 (23,00 – 85,00)	0,000*
GÖYÖ- Başlama	25,63±9,10	26,00 (9,00 – 41,00)	35,59±7,20	33,00 (11,00 – 45,00)	0,000*
GÖYÖ- Yılmama	14,48±4,33	16,00 (5,00 – 19,00)	18,01±4,11	18,00 (5,00 – 25,00)	0,000*
GÖYÖ- Sürdürme çabası- Israr	9,33±3,44	10,00 (3,00 – 15,00)	10,67±2,85	11,00 (3,00 – 15,00)	0,049*

¹Mann-Whitney U testi *p≤0,005

Katılımcıların psikiyatrik bozukluk durumlarına göre; GÖYÖ ve alt boyutları arasında puan ortalamalarında farklılık olup olmadığını anlamak için Mann-Whitney U testi yapılmıştır. Bu analiz sonucuna göre; psikiyatrik bozukluk durumu ile Genel özyeterlilik Ölçeği toplam ve alt boyutlarından başlama, yılmama ve sürdürme çabası- ısrar puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,005$). Bu sonuca göre; psikiyatrik bozukluğu olmayan katılımcıların genel özyeterlilik toplam, başlama, yılmama ve sürdürme çabası- ısrar puanı daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır.

Tablo 4.26 Brief COPE alt boyutlarının psikiyatrik bozukluk durumuna göre farklılıklarının incelenmesi

	Psikiyatrik bozukluk var (N=27)	Psikiyatrik bozukluk yok (N=182)	p değeri

	Ort±SS	Ortanca (Min – Maks)	Ort±SS	Ortanca (Min – Maks)	
Brief COPE- Dikkatini Dağıtma ¹	6,37±1,57	7,00 (2,00 – 8,00)	5,93±1,56	6,00 (2,00 – 8,00)	0,150
Brief COPE- Aktif Başa Çıkma	5,41±1,76	5,00 (2,00 – 8,00)	5,85±1,51	6,00 (2,00 – 8,00)	0,280
Brief COPE- İnkâr	4,07±2,04	4,00 (2,00 – 8,00)	3,82±1,60	4,00 (2,00 – 8,00)	0,693
Brief COPE- Madde Kullanımı	3,70±2,14	2,00 (2,00 – 8,00)	3,19±1,87	2,00 (2,00 – 8,00)	0,185
Brief COPE- Duygusal Sosyal Destek Arama	5,18±1,86	5,00 (2,00 – 8,00)	4,69±1,75	5,00 (2,00 – 8,00)	0,159
Brief COPE- Araçsal Sosyal Destek Arama	5,37±2,02	6,00 (2,00 – 8,00)	4,93±1,87	5,00 (2,00 – 8,00)	0,248
Brief COPE- Davranışsal Uzaklaşma	4,70±1,86	5,00 (2,00 – 8,00)	3,75±1,59	4,00 (2,00 – 8,00)	0,009*
Brief COPE- Duyguları Açığa Vurma	5,81±1,49	6,00 (2,00 – 8,00)	5,46±1,51	5,00 (2,00 – 8,00)	0,218
Brief COPE- Olumlu Yönde Yeniden Yorumlama	5,62±1,90	6,00 (2,00 – 8,00)	5,49±1,61	5,00 (2,00 – 8,00)	0,559
Brief COPE- Planlama	6,26±1,61	6,00 (3,00 – 8,00)	6,27±1,47	6,00 (2,00 – 8,00)	0,928

Brief COPE- Mizah	5,92±2,13	6,00 (2,00 – 8,00)	5,19±1,89	5,00 (2,00 – 8,00)	0,060
Brief COPE- Kabul Etme	6,11±1,76	6,00 (3,00 – 8,00)	5,91±1,56	6,00 (2,00 – 8,00)	0,517
Brief COPE- Din	5,55±2,08	6,00 (2,00 – 8,00)	4,69±2,08	5,00 (2,00 – 8,00)	0,043*
Brief COPE- Kendini Suçlama	6,30±1,46	6,00 (2,00 – 8,00)	5,42±1,65	5,00 (2,00 – 8,00)	0,010*

¹Mann-Whitney U testi *p≤0,005

Katılımcıların psikiyatrik bozukluk durumuna göre; Brief- COPE ölçeği alt boyutları, arasında puan ortalamalarında farklılık olup olmadığını anlamak için Mann-Whitney U testi yapılmıştır. Bu analiz sonucuna göre; psikiyatrik bozukluk durumu ile Brief- COPE ölçeği alt boyutlarından Davranışsal Uzaklaşma, Din ve Kendini Suçlama puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,005$). Bu sonuca göre; bir psikiyatrik bozukluğu olan katılımcıların davranışsal uzaklaşma, din ve kendini suçlama puanlarının daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır.

Tablo 4.27 ÇTQ toplam ve alt boyutlarının psikiyatrik bozukluk durumuna göre farklılıklarının incelenmesi

	Psikiyatrik bozukluk var (N=27)		Psikiyatrik bozukluk yok (N=182)		p değeri
	Ort±SS	Ortanca (Min – Maks)	Ort±SS	Ortanca (Min – Maks)	
ÇTQ Toplam ¹	40,55±13,06	36,00 (25,00 – 69,00)	35,97±11,31	33,00 (25,00 – 89,00)	0,079

ÇTQ- Duygusal İstismar	9,00±4,58	7,00 (5,00 – 21,00)	7,37±3,72	6,00 (5,00 – 24,00)	0,043*
ÇTQ- Fiziksel İstismar	6,37±2,65	5,00 (5,00 – 14,00)	5,78±2,35	5,00 (5,00 – 21,00)	0,204
ÇTQ- Fiziksel İhmal	7,04±2,41	6,00 (5,00 – 13,00)	7,24±2,50	6,00 (5,00 – 16,00)	0,644
ÇTQ- Duygusal İhmal	11,07±4,37	11,00 (5,00 – 21,00)	10,06±4,55	9,00 (5,00 – 23,00)	0,180
ÇTQ- Cinsel İstismar	7,07±4,75	5,00 (5,00 – 21,00)	5,52±2,28	5,00 (5,00 – 24,00)	0,035*

¹Mann-Whitney U testi *p≤0,005

Katılımcıların psikiyatrik bozukluk değişkenine göre; ÇTQ toplam ve alt boyutları arasında puan ortalamalarında farklılık olup olmadığını anlamak için Mann-Whitney U testi yapılmıştır. Bu analiz sonucuna göre; psikiyatrik bozukluk ile ÇTQ alt boyutlarından olan duygusal istismar ve cinsel istismar puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,005$). Bu sonuca göre; bir psikiyatrik bozukluğu olan katılımcıların duygusal istismar ve cinsel istismar puanlarının daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır.

Tablo 4.28 YİYE- II alt boyutlarının psikiyatrik bozukluk durumuna göre farklılıklarının incelenmesi

	Psikiyatrik bozukluk var (N=27)	Psikiyatrik bozukluk yok (N=182)	p değeri

	Ort±SS	Ortanca (Min – Maks)	Ort±SS	Ortanca (Min – Maks)	
YİYE II- Kaçınma ¹	3,11±1,41	3,22 (1,00 – 6,11)	3,04±1,17	3,14 (1,00 – 6,39)	0,909
YİYE II- Kaygı	4,13±1,45	4,05 (1,67– 6,67)	3,49±1,09	3,33 (1,33 – 6,67)	0,022*

¹Mann-Whitney U testi *p≤0,005

Katılımcıların psikiyatrik bozukluk değişkenine göre; YİYE- II alt boyutları arasında puan ortalamalarında farklılık olup olmadığını anlamak için Mann-Whitney U testi yapılmıştır. Bu analiz sonucuna göre; psikiyatrik bozukluk ile YİYE II Ölçeği alt boyutlarından biri olan kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,005$). Bu sonuca göre; bir psikiyatrik bozukluğu olan katılımcıların kaygı puanlarının daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır.

Tablo 4.29 GÖYÖ ve alt boyutlarının ailesinde obezite öyküsü bulunma durumuna göre farklılıklarının incelenmesi

	Ailede obezite öyküsü var (N=124)		Ailede obezite öyküsü yok (N=85)		p değeri
	Ort±SS	Ortanca (Min – Maks)	Ort±SS	Ortanca (Min – Maks)	
GÖYÖ toplam ¹	61,35±11,93	61,00 (24,00 – 85,00)	57,40±13,22	57,00 (21,00 – 85,00)	0,031*
GÖYÖ- Başlama	32,38±7,58	33,00	30,69±8,07	31,00	0,119

		(10,00 – 45,00)		(9,00 – 45,00)	
GÖYÖ- Yılmama	18,12±4,12	18,00 (5,00 – 25,00)	16,73±4,44	17,00 (5,00 – 25,00)	0,031*
GÖYÖ- Sürdürme çabası- Israr	10,85±2,89	11,00 (3,00 – 15,00)	9,97±2,99	10,00 (3,00 – 15,00)	0,047*

¹Mann-Whitney U testi *p≤0,005

Katılımcıların ailesinde obezite öyküsü bulunma durumuna göre; GÖYÖ ve alt boyutları, arasında puan ortalamalarında farklılık olup olmadığını anlamak için Mann-Whitney U testi yapılmıştır. Bu analiz sonucuna göre; ailesinde obezite öyküsü bulunma durumu ile GÖYÖ toplam ve alt boyutlarından yılmama ve sürdürme çabası- ısrar puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,005$). Bu sonuca göre; ailesinde obezite öyküsü olan katılımcıların genel özyeterlilik, yılmama ve sürdürme çabası- ısrar puanı daha yüksektir.

Tablo 4.30 Brief- COPE Ölçeği alt boyutlarının ailesinde obezite öyküsü bulunma durumuna göre farklılıklarının incelenmesi

	Ailede obezite öyküsü var (N=124)		Ailede obezite öyküsü yok (N=85)		p değeri
	Ort±SS	Ortanca (Min – Maks)	Ort±SS	Ortanca (Min – Maks)	
Brief COPE- Dikkatini Dağıtma	5,96±1,61	6,00 (2,00 – 8,00)	6,05±1,50	6,00 (2,00 – 8,00)	0,796
Brief COPE- Aktif Başa Çıkma	5,66±1,55	6,00 (2,00 – 8,00)	5,98±1,53	6,00 (2,00 – 8,00)	0,107

Brief COPE- İnkâr	3,81±1,69	4,00 (2,00 – 8,00)	3,92±1,61	4,00 (2,00 – 8,00)	0,523
Brief COPE- Madde Kullanımı	3,05±1,74	2,00 (2,00 – 8,00)	3,56±2,11	2,00 (2,00 – 8,00)	0,104
Brief COPE- Duygusal Sosyal Destek Arama	4,72±1,73	5,00 (2,00 – 8,00)	4,80±1,84	5,00 (2,00 – 8,00)	0,832
Brief COPE- Araçsal Sosyal Destek Arama	4,97±1,94	5,00 (2,00 – 8,00)	5,01±1,84	5,00 (2,00 – 8,00)	0,918
Brief COPE- Davranışsal Uzaklaşma	3,84±1,50	4,00 (2,00 – 8,00)	3,92±1,86	4,00 (2,00 – 8,00)	0,879
Brief COPE- Duyguları Açığa Vurma	5,57±1,51	5,00 (2,00 – 8,00)	5,42±1,52	5,00 (2,00 – 8,00)	0,510
Brief COPE- Olumlu Yönde Yeniden Yorumlama	5,42±1,64	5,00 (2,00 – 8,00)	5,65±1,67	6,00 (2,00 – 8,00)	0,217
Brief COPE- Planlama	6,23±1,48	6,50 (2,00 – 8,00)	6,33±1,50	6,00 (2,00 – 8,00)	0,630
Brief COPE- Mizah	5,30±2,00	5,00 (2,00 – 8,00)	5,27±1,85	5,00 (2,00 – 8,00)	0,945
Brief COPE- Kabul Etme	5,93±1,60	6,00 (2,00 – 8,00)	5,95±1,57	6,00 (3,00 – 8,00)	0,988
Brief COPE- Din	4,94±2,03	5,00	4,59±2,18	4,00	0,219

		(2,00 – 8,00)		(2,00 – 8,00)	
Brief COPE- Kendini Suçlama	5,46±1,80	5,00 (2,00 – 8,00)	5,64±1,40	6,00 (2,00 – 8,00)	0,466

¹Mann-Whitney U testi *p≤0,005

Katılımcıların ailesinde obezite öyküsü bulunma durumuna göre; Brief- COPE ölçeği alt boyutları, arasında puan ortalamalarında farklılık olup olmadığını anlamak için Mann-Whitney U testi yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre, ailesinde obezite öyküsü bulunma durumu ile Brief- COPE ölçeği alt boyutlarının puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p> 0,005).

Tablo 4.31 ÇTQ toplam ve alt boyutlarının ailesinde obezite öyküsü bulunma durumuna göre farklılıklarının incelenmesi

	Ailede obezite öyküsü var (N=124)		Ailede obezite öyküsü yok (N=85)		p değeri
	Ort±SS	Ortanca (Min – Maks)	Ort±SS	Ortanca (Min – Maks)	
ÇTQ Toplam	36,83±12,45	33,00 (25,00 – 89,00)	36,16±10,35	33,00 (25,00 – 78,00)	0,627
ÇTQ- Duygusal İstismar	7,80±4,16	6,00 (5,00 – 24,00)	7,25±3,40	5,00 (5,00 – 19,00)	0,332
ÇTQ- Fiziksel İstismar	5,88±2,32	5,00 (5,00 – 19,00)	5,32±2,49	5,00 (5,00 – 21,00)	0,617
ÇTQ- Fiziksel İhmal	7,10±2,53	6,00 (5,00 – 16,00)	7,39±2,40	7,00 (5,00 – 15,00)	0,189

ÇTQ-İhmal	Duygusal	10,27±4,79	9,00 (5,00 – 23,00)	10,07±4,14	10,00 (5,00 – 22,00)	0,913
ÇTQ-İstismar	Cinsel	5,77±2,82	5,00 (5,00 – 21,00)	5,63±2,69	5,00 (5,00 – 24,00)	0,561

¹Mann-Whitney U testi *p≤0,005

Katılımcıların ailesinde obezite öyküsü bulunma durumuna göre; ÇTQ ölçeği ve alt boyutları arasında puan ortalamalarında farklılık olup olmadığını anlamak için Mann-Whitney U testi yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre, ailesinde obezite öyküsü bulunma durumu ile ÇTQ toplam ve alt boyutlarının puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,005$).

Tablo 4.32 YİYE- II alt boyutlarının ailesinde obezite öyküsü bulunma durumuna göre farklılıklarının incelenmesi

	Ailede obezite öyküsü var (N=124)		Ailede obezite öyküsü yok (N=85)		p değeri
	Ort±SS	Ortanca (Min – Maks)	Ort±SS	Ortanca (Min – Maks)	
YİYE II- Kaçınma	2,94±1,27	2,92 (1,00 – 5,67)	3,20±1,08	3,28 (1,17 – 6,39)	0,128
YİYE II- Kaygı	3,52±1,23	3,33 (1,33 – 6,67)	3,64±1,05	3,50 (1,78 – 6,67)	0,331

¹Mann-Whitney U testi *p≤0,005

Katılımcıların ailesinde obezite öyküsü bulunma durumuna göre; YİYE-II ölçeği alt boyutları arasında puan ortalamalarında farklılık olup olmadığını anlamak için Mann-Whitney U testi yapılmıştır. Analiz sonuçlarına göre, ailesinde obezite öyküsü bulunma durumu ile YİYE- II alt boyutlarının puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,005$).

Tablo 4.33 GÖYÖ toplam ve alt boyutlarının ayrımcılığa maruz kalma durumuna göre farklılıklarının incelenmesi

	Ayrımcılığa maruz kalma evet (N=100)		Ayrımcılığa maruz kalma hayır (N=109)		p değeri
	Ort±SS	Ortanca (Min – Maks)	Ort±SS	Ortanca (Min – Maks)	
GÖYÖ ¹	57,38±13,28	58,00 (21,00 – 85,00)	61,92±11,57	61,00 (24,00 – 85,00)	0,010*
GÖYÖ- Başlama	30,95±7,86	32,00 (9,00 – 45,00)	32,38±7,73	33,00 (10,00 – 45,00)	0,249
GÖYÖ- Yılmama	16,60±4,55	17,00 (5,00 – 25,00)	18,43±3,86	19,00 (5,00 – 25,00)	0,004*
GÖYÖ- Sürdürme çabası- Israr	9,83±2,98	10,00 (3,00 – 15,00)	11,11±2,81	11,00 (3,00 – 15,00)	0,002*

¹Mann-Whitney U testi *p≤0,005

Katılımcıların obeziteye bağlı olarak ayrımcılığa maruz kalma durumuna göre; GÖYÖ toplam ve alt boyutları, arasında puan ortalamalarında farklılık olup olmadığını anlamak için Mann-Whitney U testi yapılmıştır. Bu analiz sonucuna göre; obeziteye bağlı olarak ayrımcılığa maruz kalma durumu ile GÖYÖ toplam ve alt boyutlarından yılmama ve sürdürme çabası- ısrar, puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,005$). Bu sonuca göre; ayrımcılığa maruz kalmayan katılımcıların genel özyeterlilik toplam, yılmama ve sürdürme çabası- ısrar puanı daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır.

Tablo 4.34 Brief- COPE ölçeği alt boyutlarının ayrımcılığa maruz kalma durumuna göre farklılıklarının incelenmesi

	Ayrımcılığa maruz kalma evet (N=100)		Ayrımcılığa maruz kalma hayır (N=109)		p değeri
	Ort±SS	Ortanca (Min – Maks)	Ort±SS	Ortanca (Min – Maks)	
Brief COPE- Dikkatini Dağıtma	6,05±1,58	6,00 (2,00 – 8,00)	5,94±1,56	6,00 (2,00 – 8,00)	0,601
Brief COPE- Aktif Başa Çıkma	5,57±1,61	6,00 (2,00 – 8,00)	6,00±1,46	6,00 (2,00 – 8,00)	0,058
Brief COPE- İnkâr	3,96±1,80	4,00 (2,00 – 8,00)	3,76±1,51	4,00 (2,00 – 8,00)	0,683
Brief COPE- Madde Kullanımı	3,49±2,09	2,00 (2,00 – 8,00)	3,04±1,72	2,00 (2,00 – 8,00)	0,126
Brief COPE- Duygusal Sosyal Destek Arama	4,81±1,81	5,00 (2,00 – 8,00)	4,70±1,74	5,00 (2,00 – 8,00)	0,680
Brief COPE- Araçsal Sosyal Destek Arama	4,97±1,91	5,00 (2,00 – 8,00)	5,01±1,89	5,00 (2,00 – 8,00)	0,887
Brief COPE- Davranışsal Uzaklaşma	4,26±1,73	4,00 (2,00 – 8,00)	3,51±1,50	3,00 (2,00 – 8,00)	0,002*
Brief COPE- Duyguları Açığa Vurma	5,64±1,47	5,50 (2,00 – 8,00)	5,39±1,60	5,00 (2,00 – 8,00)	0,326
Brief COPE- Olumlu Yönde Yeniden Yorumlama	5,54±1,63	6,00 (2,00 – 8,00)	5,49±1,67	5,00 (2,00 – 8,00)	0,824

Brief COPE- Planlama	6,38±1,45	7,00 (2,00 – 8,00)	6,17±1,51	6,00 (2,00 – 8,00)	0,313
Brief COPE- Mizah	5,50±2,03	5,50 (2,00 – 8,00)	5,09±1,83	5,00 (2,00 – 8,00)	0,128
Brief COPE- Kabul Etme	5,95±1,59	6,00 (2,00 – 8,00)	5,93±1,59	6,00 (2,00 – 8,00)	0,938
Brief COPE- Din	4,75±2,15	5,00 (2,00 – 8,00)	4,84±2,05	5,00 (2,00 – 8,00)	0,757
Brief COPE- Kendini Suçlama	5,97±1,62	6,00 (2,00 – 8,00)	5,13±1,58	5,00 (2,00 – 8,00)	0,000*

¹Mann-Whitney U testi *p≤0,005

Katılımcıların obeziteye bağlı olarak ayrımcılığa maruz kalma durumuna göre; Brief- COPE ölçeği alt boyutları arasında puan ortalamalarında farklılık olup olmadığını anlamak için Mann-Whitney U testi yapılmıştır. Bu analiz sonucuna göre; obeziteye bağlı olarak ayrımcılığa maruz kalma durumu ile Brief- COPE ölçeği alt boyutlarından davranışsal uzaklaşma ve kendini suçlama puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,005$). Bu sonuca göre; ayrımcılığa maruz kalan katılımcıların davranışsal uzaklaşma ve kendini suçlama puanlarının daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır.

Tablo 4.35 ÇTQ toplam ve alt boyutlarının ayrımcılığa maruz kalma durumuna göre farklılıklarının incelenmesi

	Ayrımcılığa maruz kalma evet (N=100)		Ayrımcılığa maruz kalma hayır (N=109)		p değeri
	Ort±SS	Ortanca (Min – Maks)	Ort±SS	Ortanca (Min – Maks)	

ÇTQ Toplam ¹	38,96±12,54	35,50 (25,00 – 78,00)	34,36±10,28	32,00 (25,00 – 89,00)	0,002*
ÇTQ- Duygusal İstismar	8,69±4,29	7,00 (5,00 – 24,00)	6,56±3,12	5,00 (5,00 – 22,00)	0,000*
ÇTQ- Fiziksel İstismar	6,18±2,80	5,00 (5,00 – 21,00)	5,56±1,90	5,00 (5,00 – 19,00)	0,067
ÇTQ- Fiziksel İhmal	7,20±2,44	6,50 (5,00 – 16,00)	7,23±2,53	6,00 (5,00 – 16,00)	0,999
ÇTQ- Duygusal İhmal	10,78±4,59	10,00 (5,00 – 23,00)	9,65±4,43	9,00 (5,00 – 23,00)	0,048*
ÇTQ- Cinsel İstismar	6,11±3,44	5,00 (5,00 – 24,00)	5,36±1,89	5,00 (5,00 – 21,00)	0,026*

¹Mann-Whitney U testi *p≤0,005

Katılımcıların obeziteye bağlı olarak ayrımcılığa maruz kalma durumuna göre; ÇTQ toplam ve alt boyutları arasında puan ortalamalarında farklılık olup olmadığını anlamak için Mann-Whitney U testi yapılmıştır. Bu analiz sonucuna göre; obeziteye bağlı olarak ayrımcılığa maruz kalma durumu ile ÇTQ toplam ve alt boyutlarından olan duygusal istismar, duygusal ihmal ve cinsel istismar puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0,005$). Bu sonuca göre; ayrımcılığa maruz kalan katılımcıların çocukluk çağı travma ölçeği toplam, duygusal istismar, duygusal ihmal ve cinsel istismar puanlarının daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır.

Tablo 4.36 YİYE-II alt boyutlarının ayrımcılığa maruz kalma durumuna göre farklılıklarının incelenmesi

	Ayrımcılığa maruz kalma evet (N=100)		Ayrımcılığa maruz kalma hayır (N=109)		p değeri
	Ort±SS	Ortanca (Min – Maks)	Ort±SS	Ortanca (Min – Maks)	
YİYE II- Kaçınma ¹	3,23±1,21	3,30 (1,00 – 6,39)	2,87±1,17	2,88 (1,00 – 5,67)	0,039*
YİYE II- Kaygı	3,90±1,12	3,83 (1,67 – 6,67)	3,27±1,11	3,16 (1,33 – 6,44)	0,000*

¹Mann-Whitney U testi *p≤0,005

Katılımcıların obeziteye bağlı olarak ayrımcılığa maruz kalma durumuna göre; YİYE-II ölçeği alt boyutları arasında puan ortalamalarında farklılık olup olmadığını anlamak için Mann-Whitney U testi yapılmıştır. Bu analiz sonucuna göre; obeziteye bağlı olarak ayrımcılığa maruz kalma durumu ile YİYE II Ölçeği alt boyutlarından kaygı ve kaçınma puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p<0,005). Bu sonuca göre; ayrımcılığa maruz kalan katılımcıların kaygı ve kaçınma puanlarının daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır.

Tablo 4.37 GÖYÖ toplam ve alt boyutlarının medeni durum değişkenine göre farklılıklarının incelenmesi

	Medeni durum Evli (N=120)		Medeni durum Bekâr (N=89)		p değeri
	Ort±SS	Ortanca (Min – Maks)	Ort±SS	Ortanca (Min – Maks)	
GÖYÖ Toplam ¹	61,53±11,76	61,00 (24,00 – 85,00)	57,34±13,32	58,00 (21,00 – 83,00)	0,025*
GÖYÖ- Başlama	32,58±7,84	33,00 (10,00 – 45,00)	30,49±7,65	31,00 (9,00 – 45,00)	0,044*

GÖYÖ- Yılmama	18,03±4,01	18,00 (5,00 – 25,00)	16,91±4,60	17,00 (5,00 – 25,00)	0,093
GÖYÖ- Sürdürme çabası- Israr	10,92±3,00	11,00 (3,00 – 15,00)	9,93±2,81	10,00 (3,00 – 15,00)	0,019

¹Mann-Whitney U testi *p≤0,005

Katılımcıların medeni durum değişkenine göre; GÖYÖ ve alt boyutları arasında puan ortalamalarında farklılık olup olmadığını anlamak için Mann-Whitney U testi yapılmıştır. Bu analiz sonucuna göre; medeni durum ile GÖYÖ toplam ve alt boyutlarından başlama ve sürdürme çabası- ısrar, puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,005$). Bu sonuca göre; evli katılımcıların genel özyeterlilik, başlama ve sürdürme çabası- ısrar puanlarının daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır.

Tablo 4.38 Brief- COPE ölçeği alt boyutlarının medeni durum değişkenine göre farklılıklarının incelenmesi

	Medeni durum Evli (N=120)		Medeni durum Bekâr (N=89)		p değeri
	Ort±SS	Ortanca (Min – Maks)	Ort±SS	Ortanca (Min – Maks)	
Brief COPE- Dikkatini Dağıtma ¹	5,99±1,55	6,00 (2,00 – 8,00)	6,00±1,60	6,00 (2,00 – 8,00)	0,994
Brief COPE- Aktif Başa Çıkma	5,93±1,50	6,00 (2,00 – 8,00)	5,60±1,60	6,00 (2,00 – 8,00)	0,166
Brief COPE- İnkâr	3,73±1,61	3,50 (2,00 – 8,00)	4,02±1,72	4,00 (2,00 – 8,00)	0,219
Brief COPE- Madde Kullanımı	3,09±1,78	2,00	3,48±2,07	2,00	0,248

		(2,00 – 8,00)		(2,00 – 8,00)	
Brief COPE- Duygusal Sosyal Destek Arama	4,77±1,77	5,00 (2,00 – 8,00)	4,73±1,79	5,00 (2,00 – 8,00)	0,882
Brief COPE- Araçsal Sosyal Destek Arama	5,02±1,90	5,00 (2,00 – 8,00)	4,95±1,91	5,00 (2,00 – 8,00)	0,730
Brief COPE- Davranışsal Uzaklaşma	3,76±1,68	4,00 (2,00 – 8,00)	4,02±1,61	4,00 (2,00 – 8,00)	0,224
Brief COPE- Duyguları Açığa Vurma	5,73±1,52	6,00 (2,00 – 8,00)	5,21±1,46	5,00 (2,00 – 8,00)	0,011*
Brief COPE- Olumlu Yönde Yeniden Yorumlama	5,58±1,58	5,50 (2,00 – 8,00)	5,41±1,74	5,00 (2,00 – 8,00)	0,638
Brief COPE- Planlama	6,32±1,42	6,00 (2,00 – 8,00)	6,21±1,56	6,00 (2,00 – 8,00)	0,746
Brief COPE- Mizah	5,23±1,89	5,00 (2,00 – 8,00)	5,35±2,01	5,00 (2,00 – 8,00)	0,663
Brief COPE- Kabul Etme	6,15±1,57	6,00 (2,00 – 8,00)	5,66±1,57	6,00 (2,00 – 8,00)	0,024*
Brief COPE- Din	4,95±2,07	5,00 (2,00 – 8,00)	4,59±2,12	4,00 (2,00 – 8,00)	0,214
Brief COPE- Kendini Suçlama	5,42±1,65	5,00 (2,00 – 8,00)	5,70±1,64	6,00 (2,00 – 8,00)	0,233

¹Mann-Whitney U testi *p≤0,005

Katılımcıların medeni durum değişkenine göre; Brief- COPE ölçeği alt boyutları arasında puan ortalamalarında farklılık olup olmadığını anlamak için Mann-Whitney U testi yapılmıştır. Bu analiz sonucuna göre; medeni durum ile Brief- COPE ölçeği alt boyutlarından duyguları açığa vurma ve kabul etme puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,005$). Bu sonuca göre; evli katılımcıların duyguları açığa vurma ve kabul etme puanı daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır.

Tablo 4.39 ÇTQ toplam ve alt boyutlarının medeni durum değişkenine göre farklılıklarının incelenmesi

	Medeni durum Evli (N=120)		Medeni durum Bekâr (N=89)		p değeri
	Ort±SS	Ortanca (Min – Maks)	Ort±SS	Ortanca (Min – Maks)	
ÇTQ Toplam ¹	36,48±12,55	32,50 (25,00 – 89,00)	36,66±10,30	35,00 (25,00 – 78,00)	0,263
ÇTQ- Duygusal İstismar	7,12±4,05	5,00 (5,00 – 24,00)	8,19±3,53	7,00 (5,00 – 19,00)	0,001
ÇTQ- Fiziksel İstismar	5,94±2,65	5,00 (5,00 – 21,00)	5,74±1,99	5,00 (5,00 – 15,00)	0,863
ÇTQ- Fiziksel İhmal	7,35±2,60	7,00 (5,00 – 16,00)	7,02±2,31	6,00 (5,00 – 15,00)	0,425
ÇTQ- Duygusal İhmal	10,49±4,84	09,00 (5,00 – 23,00)	9,79±4,07	9,00 (5,00 – 22,00)	0,510
ÇTQ- Cinsel İstismar	5,57±2,49	5,00 (5,00 – 21,00)	5,92±3,09	5,00 (5,00 – 24,00)	0,153

¹Mann-Whitney U testi * $p\leq 0,005$

Katılımcıların medeni durum değişkenine göre; ÇTQ toplam ve alt boyutları arasında puan ortalamalarında farklılık olup olmadığını anlamak için Mann-Whitney U testi yapılmıştır. Bu analiz sonucuna göre; medeni durum ile ÇTQ alt boyutlarından olan duygusal istismar puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,005$). Bu sonuca göre; bekar katılımcıların duygusal istismar puanlarının daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır.

Tablo 4.40 YİYE-II ölçeğinin alt boyutlarının medeni durum değişkenine göre farklılıklarının incelenmesi

	Medeni durum Evli (N=120)		Medeni durum Bekâr (N=89)		p değeri
	Ort±SS	Ortanca (Min – Maks)	Ort±SS	Ortanca (Min – Maks)	
YİYE II- Kaçınma ¹	2,75±1,16	2,67 (1,00 – 5,67)	3,45±1,15	3,55 (1,00 – 6,39)	0,000*
YİYE II- Kaygı	3,35±1,16	3,17 (1,33 – 6,67)	3,88±1,10	3,83 (1,67 – 6,67)	0,000*

¹Mann-Whitney U testi * $p\leq 0,005$

Katılımcıların medeni durum değişkenine göre; YİYE-II ölçeği alt boyutları arasında puan ortalamalarında farklılık olup olmadığını anlamak için Mann-Whitney U testi yapılmıştır. Bu analiz sonucuna göre; medeni durum ile YİYE II Ölçeği alt boyutlarından kaygı ve kaçınma puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,005$). Bu sonuca göre; bekar katılımcıların kaygı ve kaçınma puanlarının daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır.

Tablo 4.41 GÖYÖ ve alt boyutlarının çalışma durumu değişkenine göre farklılıklarının incelenmesi

	Çalışma durumu Evet (N=145)	Çalışma Durumu Hayır (N=64)	

	Ort±SS	Ortanca (Min – Maks)	Ort±SS	Ortanca (Min – Maks)	p değeri
GÖYÖ Toplam ¹	61,16±11,75	61,00 (24,00 – 85,00)	56,55±13,90	55,50 (21,00 – 84,00)	0,036*
GÖYÖ- Başlama	32,43±7,30	33,00 (11,00 – 45,00)	30,01±8,67	30,50 (9,00 – 45,00)	0,074
GÖYÖ- Yılmama	17,84±4,18	18,00 (5,00 – 25,00)	16,91±4,50	17,00 (5,00 – 25,00)	0,109
GÖYÖ- Sürdürme çabası- Israr	10,88±2,80	11,00 (4,00 – 15,00)	9,62±3,12	9,00 (3,00 – 15,00)	0,008*

¹Mann-Whitney U testi *p≤0,005

Katılımcıların çalışma durumu değişkenine göre; GÖYÖ ve alt boyutları arasında puan ortalamalarında farklılık olup olmadığını anlamak için Mann-Whitney U testi yapılmıştır. Bu analiz sonucuna göre; çalışma durumu ile GÖYÖ toplam ve alt boyutlarından sürdürme çabası- ısrar, puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,005$). Bu sonuca göre; çalışan katılımcıların genel özyeterlilik toplam ve sürdürme çabası- ısrar puanlarının daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır.

Tablo 4.42 Brief- COPE ölçeği alt boyutlarının çalışma durumu değişkenine göre farklılıklarının incelenmesi

	Çalışma durumu Evet (N=145)		Çalışma Durumu Hayır (N=64)		p değeri
	Ort±SS	Ortanca (Min – Maks)	Ort±SS	Ortanca (Min – Maks)	

Brief COPE- Dikkatini Dağıtma	5,92±1,56	6,00 (2,00 – 8,00)	6,17±1,57	6,00 (2,00 – 8,00)	0,284
Brief COPE- Aktif Başa Çıkma	5,96±1,51	6,00 (2,00 – 8,00)	5,42±1,58	6,00 (2,00 – 8,00)	0,025*
Brief COPE- İnkâr	3,82±1,65	4,00 (2,00 – 8,00)	3,94±1,68	4,00 (2,00 – 8,00)	0,666
Brief COPE- Madde Kullanımı	3,48±1,99	2,00 (2,00 – 8,00)	2,75±1,64	2,00 (2,00 – 8,00)	0,005*
Brief COPE- Duygusal Sosyal Destek Arama	4,72±1,72	5,00 (2,00 – 8,00)	4,81±1,90	5,00 (2,00 – 8,00)	0,753
Brief COPE- Araçsal Sosyal Destek Arama	5,07±1,87	5,00 (2,00 – 8,00)	4,80±1,95	5,00 (2,00 – 8,00)	0,310
Brief COPE- Davranışsal Uzaklaşma	3,72±1,65	4,00 (2,00 – 8,00)	4,20±1,63	4,00 (2,00 – 8,00)	0,047*
Brief COPE- Duyguları Açığa Vurma	5,41±1,51	5,00 (2,00 – 8,00)	5,75±1,51	6,00 (2,00 – 8,00)	0,138
Brief COPE- Olumlu Yönde Yeniden Yorumlama	5,54±1,54	5,00 (2,00 – 8,00)	5,45±1,88	5,50 (2,00 – 8,00)	0,875
Brief COPE- Planlama	6,22±1,48	6,00 (2,00 – 8,00)	6,39±1,50	7,00 (2,00 – 8,00)	0,394
Brief COPE- Mizah	5,19±1,83	5,00 (2,00 – 8,00)	5,50±2,14	5,50 (2,00 – 8,00)	0,289
Brief COPE- Kabul Etme	5,87±1,60	6,00	6,09±1,56	6,00	0,452

		(2,00 – 8,00)		(2,00 – 8,00)	
Brief COPE- Din	4,57±2,08	4,00 (2,00 – 8,00)	5,31±2,06	5,00 (2,00 – 8,00)	0,020*
Brief COPE- Kendini Suçlama	5,41±1,58	5,00 (2,00 – 8,00)	5,83±1,77	6,00 (2,00 – 8,00)	0,082

¹Mann-Whitney U testi *p≤0,005

Katılımcıların çalışma durumu değişkenine göre; Brief- COPE ölçeği alt boyutları arasında puan ortalamalarında farklılık olup olmadığını anlamak için Mann-Whitney U testi yapılmıştır. Bu analiz sonucuna göre; çalışma durumu ile Brief- COPE ölçeği alt boyutlarından aktif başa çıkma, madde kullanımı, davranışsal uzaklaşma ve din puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,005$). Bu sonuca göre; çalışan katılımcıların aktif başa çıkma ve madde kullanımı puanı daha yüksek, çalışmayan katılımcıların ise davranışsal uzaklaşma ve din puanlarının daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır.

Tablo 4.43 ÇTQ toplam ve alt boyutlarının çalışma durumu değişkenine göre farklılığının incelenmesi

	Çalışma durumu Evet (N=145)		Çalışma Durumu Hayır (N=64)		p değeri
	Ort±SS	Ortanca (Min – Maks)	Ort±SS	Ortanca (Min – Maks)	
ÇTQ Toplam ¹	36,43±11,62	33,00 (25,00 – 89,00)	36,86±11,71	32,00 (25,00 – 69,00)	0,930
ÇTQ- Duygusal İstismar	7,27±3,50	6,00 (5,00 – 21,00)	8,26±4,55	6,00 (5,00 – 24,00)	0,253
ÇTQ- Fiziksel İstismar	5,90±2,46	5,00 (5,00 – 21,00)	5,75±2,32	5,00 (5,00 – 15,00)	0,211

ÇTQ- Fiziksel İhmal	7,21±2,44	6,00 (5,00 – 16,00)	7,23±2,59	7,00 (5,00 – 16,00)	0,859
ÇTQ- Duygusal İhmal	10,32±4,46	9,00 (5,00 – 23,00)	9,89±4,71	9,00 (5,00 – 23,00)	0,372
ÇTQ- Cinsel İstismar	5,72±2,68	5,00 (5,00 – 24,00)	5,72±2,96	5,00 (5,00 – 21,00)	0,632

¹Mann-Whitney U testi *p≤0,005

Katılımcıların çalışma durumu değişkenine göre; ÇTQ toplam ve alt boyutları arasında puan ortalamalarında farklılık olup olmadığını anlamak için Mann-Whitney U testi yapılmıştır. Bu analiz sonucuna göre; çalışma durumu ile ÇTQ toplam ve alt boyutları arasında puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (p<0,005).

Tablo 4.44 YİYE-II ölçeğinin alt boyutlarının çalışma durumu değişkenine göre farklılığının incelenmesi

	Çalışma durumu Evet (N=145)		Çalışma Durumu Hayır (N=64)		p değeri
	Ort±SS	Ortanca (Min – Maks)	Ort±SS	Ortanca (Min – Maks)	
YİYE II- Kaçınma ¹	2,98±1,14	3,00 (1,00 – 6,39)	3,19±1,33	3,50 (1,00 – 6,11)	0,291
YİYE II- Kaygı	3,42±1,08	3,27 (1,33 – 6,61)	3,92±1,27	3,83 (1,61 – 6,67)	0,008*

¹Mann-Whitney U testi *p≤0,005

Katılımcıların çalışma durumu değişkenine göre; YİYE-II ölçeği alt boyutları arasında puan ortalamalarında farklılık olup olmadığını anlamak için Mann-Whitney U testi yapılmıştır. Bu analiz sonucuna göre; çalışma durumu ile YİYE II

ölçeği alt boyutlarından biri olan kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,005$). Bu sonuca göre; çalışmayan katılımcıların kaygı puanlarının daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır.

Tablo 4.45 GÖYÖ toplam ve alt boyutlarının tedavi girişim sayısı değişkenine göre farklılıklarının incelenmesi

	1 kez (n=102)		2-3 kez (n=67)		4 ve üzeri (n=40)		p değeri
	Ort±SS	Ortanca (Min – Maks)	Ort±SS	Ortanca (Min – Maks)	Ort±SS	Ortanca (Min – Maks)	
GÖYÖ Toplam ²	59,79±11,62	61,00 ^{a,b} (23,00 – 85,00)	62,50±13,29	61,00 ^a (24,00 – 85,00)	55,00±12,69	56,00 ^b (21,00 – 77,00)	0,013*
GÖYÖ- Başlama	31,82±7,54	33,00 ^{a,b} (11,00 – 45,00)	33,30±7,66	34,00 ^a (10,00 – 45,00)	28,67±8,04	29,00 ^b (9,00 – 45,00)	0,009*
GÖYÖ- Yılmama	17,37±4,23	18,00 ^{a,b} (5,00 – 25,00)	18,86±4,15	19,00 ^a (8,00 – 25,00)	15,82±4,08	16,00 ^b (7,00 – 23,00)	0,002*
GÖYÖ- Sürdürme çabası- İsrar	10,60±2,73	11,00 (3,00 – 15,00)	10,34±3,14	10,00 (4,00 – 15,00)	10,50±3,23	11,00 (3,00 – 15,00)	0,831

² Kruskal- Wallis testi * $p\leq 0,005$

Katılımcıların tedavi girişim sayısına göre; GÖYÖ toplam ve alt boyutları arasında puan ortalamalarında farklılık olup olmadığını anlamak için Kruskal- Wallis testi yapılmıştır. Bu analiz sonucuna göre; tedavi girişim sayısı ile GÖYÖ toplam ve alt boyutlarından başlama ve yılmama puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,005$). İkişerli karşılaştırma sonuçlarına bakıldığında; 2- 3 kez tedavi gören katılımcıların genel özyeterlilik, başlama ve yılmama puan ortalaması, 4 ve üzeri kez tedavi gören katılımcılara göre anlamlı derece yüksektir.

Tablo 4.46 Brief- COPE ölçeği ve alt boyutlarının tedavi girişim sayısı değişkenine göre farklılıklarının incelenmesi

	1 kez (n=102)		2-3 kez (n=67)		4 ve üzeri (n=40)		p değeri
	Ort±SS	Ortanca (Min – Maks)	Ort±SS	Ortanca (Min – Maks)	Ort±SS	Ortanca (Min – Maks)	
Brief COPE- Dikkatini Dağıtma ²	5,94±1,56	6,00 (2,00 – 8,00)	5,95±1,66	6,00 (2,00 – 8,00)	6,20±1,42	6,00 (4,00 – 8,00)	0,763
Brief COPE- Aktif Başa Çıkma	5,86±1,50	6,00 (2,00 – 8,00)	5,79±1,58	6,00 (2,00 – 8,00)	5,62±1,64	6,00 (2,00 – 8,00)	0,831
Brief COPE- İnkar	3,86±1,68	4,00 (2,00 – 8,00)	3,67±1,45	3,00 (2,00 – 8,00)	4,15±1,91	4,00 (2,00 – 8,00)	0,581
Brief COPE- Madde Kullanımı	3,44±2,01	2,00 (2,00 – 8,00)	2,92±1,52	2,00 (2,00 – 8,00)	3,35±2,21	2,00 (2,00 – 8,00)	0,487
Brief COPE- Duygusal Sosyal Destek Arama	4,66±1,73	5,00 (2,00 – 8,00)	4,95±1,79	5,00 (2,00 – 8,00)	4,65±1,86	5,00 (2,00 – 8,00)	0,529
Brief COPE- Araçsal Sosyal Destek Arama	4,83±1,87	5,00 (2,00 – 8,00)	5,31±1,82	5,00 (2,00 – 8,00)	4,85±2,08	5,00 (2,00 – 8,00)	0,239
Brief COPE- Davranışsal Uzaklaşma	3,77±1,56	4,00 (2,00 – 8,00)	3,80±1,66	4,00 (2,00 – 7,00)	4,22±1,86	4,00 (2,00 – 8,00)	0,491
Brief COPE- Duyguları Açığa Vurma	5,50±1,53	5,00 (2,00 – 8,00)	5,60±1,44	6,00 (3,00 – 8,00)	5,40±1,61	5,00 (2,00 – 8,00)	0,805
Brief COPE- Olumlu Yönde	5,45±1,67	5,00	5,64±1,57	6,00	5,45±1,75	5,50	0,819

Yeniden Yorumlama		(2,00 – 8,00)		(2,00 – 8,00)		(2,00 – 8,00)	
Brief COPE-Planlama	6,19±1,56	6,00 (2,00 – 8,00)	6,22±1,47	6,00 (3,00 – 8,00)	6,57±1,28	7,00 (3,00 – 8,00)	0,419
Brief COPE-Mizah	5,32±1,91	5,00 (2,00 – 8,00)	5,39±1,89	5,00 (2,00 – 8,00)	5,02±2,08	5,00 (2,00 – 8,00)	0,291
Brief COPE-Kabul Etme	5,84±1,61	6,00 (2,00 – 8,00)	5,89±1,61	6,00 (2,00 – 8,00)	6,27±1,47	6,00 (3,00 – 8,00)	0,386
Brief COPE- Din	4,58±2,10	4,50 (2,00 – 8,00)	5,03±2,01	5,00 (2,00 – 8,00)	4,97±2,21	5,00 (2,00 – 8,00)	0,321
Brief COPE-Kendini Suçlama	5,42±1,59	5,00 (2,00 – 8,00)	5,49±1,77	6,00 (2,00 – 8,00)	5,90±1,55	6,00 (3,00 – 8,00)	0,321

² Kruskal- Wallis testi *p≤0,005

Katılımcıların tedavi girişim sayısına göre; Brief- COPE ölçeği alt boyutları, arasında puan ortalamalarında farklılık olup olmadığını anlamak için Kruskal-Wallis testi yapılmıştır. Bu analiz sonucuna göre; tedavi girişim sayısı ile Brief-COPE ölçeği alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p<0,005$).

Tablo 4.47 ÇTQ toplam ve alt boyutlarının tedavi girişim sayısı değişkenine göre farklılıklarının incelenmesi

	1 kez (n=102)		2-3 kez (n=67)		4 ve üzeri (n=40)		p değeri
	Ort±SS	Ortanca (Min – Maks)	Ort±SS	Ortanca (Min – Maks)	Ort±SS	Ortanca (Min – Maks)	
ÇTQ Toplam ²	35,86±11,28	33,00 (25,00 – 74,00)	36,09±10,60	33,00 (25,00 – 78,00)	39,12±13,88	34,00 (25,00 – 89,00)	0,399

ÇTQ- Duygusal İstismar	7,27±3,53	6,00 (5,00 – 20,00)	7,24±3,75	5,00 (5,00 – 22,00)	8,92±4,63	8,00 (5,00 – 24,00)	0,090
ÇTQ- Fiziksel İstismar	5,76±2,30	5,00 (5,00 – 21,00)	5,76±2,10	5,00 (5,00 – 14,00)	6,25±3,01	5,00 (5,00 – 19,00)	0,672
ÇTQ- Fiziksel İhmal	7,32±2,50	6,00 (5,00 – 15,00)	7,46±2,48	7,00 (5,00 – 16,00)	6,52±2,53	5,00 (5,00 – 16,00)	0,063
ÇTQ- Duygusal İhmal	9,87±4,50	9,00 (5,00 – 23,00)	10,24±4,26	9,00 (5,00 – 22,00)	10,92±5,05	10,00 (5,00 – 21,00)	0,499
ÇTQ- Cinsel İstismar	5,63±2,51	5,00 (5,00 – 21,00)	5,39±2,35	5,00 (5,00 – 24,00)	6,50±3,75	5,00 (5,00 – 21,00)	0,102

² Kruskal- Wallis testi *p≤0,005

Katılımcıların tedavi girişim sayısına göre; ÇTQ toplam ve alt boyutları arasında puan ortalamalarında farklılık olup olmadığını anlamak için Kruskal- Wallis testi yapılmıştır. Bu analiz sonucuna göre; tedavi girişim sayısı ile ÇTQ toplam ve alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p<0,005).

Tablo 4.48 YİYE-II alt boyutlarının tedavi girişim sayısı değişkenine göre farklılıklarının incelenmesi

	1 kez (n=102)		2-3 kez (n=67)		4 ve üzeri (n=40)		p değeri
	Ort±SS	Ortanca (Min – Maks)	Ort±SS	Ortanca (Min – Maks)	Ort±SS	Ortanca (Min – Maks)	
YİYE II- Kaçınma ²	3,07±1,20	3,00 (1,00 – 6,39)	2,88±1,17	2,94 (1,00 – 5,22)	3,24±1,25	3,50 (1,00 – 6,11)	0,337

YİYE II- Kaygı	3,53±1,06	3,36 ^{a,b} (1,61 – 6,28)	3,36±1,12	3,17 ^a (1,33 – 6,44)	4,06±1,35	3,86 ^b (1,67 – 6,67)	0,022*

² Kruskal- Wallis testi *p≤0,005

Katılımcıların tedavi girişim sayısına göre; YİYE-II ölçeği alt boyutları arasında puan ortalamalarında farklılık olup olmadığını anlamak için Kruskal- Wallis testi yapılmıştır. Bu analiz sonucuna göre; tedavi girişim sayısı ile YİYE-II ölçeği alt boyutlarından kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,005$). İkişerli karşılaştırma sonuçlarına bakıldığında; 4 ve üzeri kez tedavi gören katılımcıların kaygı puan ortalaması, 2- 3 kez tedavi gören katılımcılara göre anlamlı derece yüksek olduğu ortaya çıkmıştır.

Tablo 4.49 GÖYÖ toplam ve alt boyutlarının kilo problemi yaşamaya başlanılan yaş değişkenine göre farklılıklarının incelenmesi

	0-9 yaş (n=45)		10- 19 yaş (n=67)		20- 29 yaş (n=61)		30+ yaş (n=36)		p değeri
	Ort±SS	Ortanc a (Min – Maks)	Ort±SS	Ortanca (Min – Maks)	Ort±SS	Ortanca (Min – Maks)	Ort±SS	Ortanc a (Min – Maks)	
GÖYÖ ²	56,33±13,69	59,00 (21,00 – 82,00)	60,70±12,65	58,00 (23,00 – 85,00)	60,29±12,82	61,00 (24,00 – 84,00)	61,30±10,19	60,00 (40,00 – 85,00)	0,473
GÖYÖ- Başlama	30,49±8,55	32,00 (9,00 – 45,00)	32,36±7,53	32,00 (11,00 – 45,00)	31,43±7,62	33,00 (10,00 – 44,00)	32,42±7,77	33,50 (19,00 – 45,00)	0,697
GÖYÖ- Yılama	16,47±4,59	17,00 (7,00 – 25,00)	17,83±4,23	18,00 (5,00 – 25,00)	17,87±4,36	19,00 (5,00 – 25,00)	17,86±3,84	17,50 (9,00 – 25,00)	0,385

GÖYÖ- Sürdürme çabası- İsrar	9,38±3,33	10,00 (3,00 – 15,00)	10,51±2,9 4	11,00 (5,00 – 15,00)	11,00±2,7 5	11,00 (5,00 – 15,00)	11,03±2,51	11,00 (5,00 – 15,00)	0,049 *

² Kruskal- Wallis testi *p≤0,005

Katılımcıların ilk kilo problemi karşılaştıkları yaş değişkenine göre; GÖYÖ toplam ve alt boyutları arasında puan ortalamalarında farklılık olup olmadığını anlamak için Kruskal- Wallis testi yapılmıştır. Bu analiz sonucuna göre; sürdürme alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p<0,005).

Tablo 4.50 Brief- COPE ölçeği alt boyutlarının kilo problemi yaşamaya başlanılan yaş değişkenine göre farklılıklarının incelenmesi

	0-9 yaş (n=45)		10- 19 yaş (n=67)		20- 29 yaş (n=61)		30+ yaş (n=36)		p değeri
	Ort±SS	Ortanc a (Min – Maks)	Ort±SS	Ortanc a (Min – Maks)	Ort±SS	Ortanc a (Min – Maks)	Ort±SS	Ortanc a (Min – Maks)	
Brief COPE- Dikkatini Dağıtma ²	5,93±1,61	6,00 (2,00 – 8,00)	6,10±1,55	6,00 (2,00 – 8,00)	6,03±1,53	6,00 (2,00 – 8,00)	5,80±1,63	6,00 (2,00 – 8,00)	0,833
Brief COPE- Aktif Başa Çıkma	5,27±1,66 ^a	6,00 (2,00 – 8,00)	5,79±1,44 ^a ,b	6,00 (3,00 – 8,00)	5,87±1,53 ^a ,b	6,00 (2,00 – 8,00)	6,33±1,47 ^b	6,50 (4,00 – 8,00)	0,045 *
Brief COPE- İnkâr	4,13±1,80	4,00 (2,00 – 8,00)	3,81±1,62	4,00 (2,00 – 8,00)	3,57±1,52	3,00 (2,00 – 7,00)	4,08±1,73	4,00 (2,00 – 8,00)	0,382
Brief COPE-	4,02±2,42 ^a	3,00	2,92±1,73 ^b	2,00	3,31±1,81 ^a ,b	2,00	2,83±1,40 ^{a,b}	2,00	0,021 *

Madde Kullanımı		(2,00 – 8,00)		(2,00 – 8,00)		(2,00 – 8,00)		(2,00 – 7,00)	
Brief COPE- Duygusal Sosyal Destek Arama	4,75±1,76	5,00 (2,00 – 8,00)	5,09±1,75	5,00 (2,00 – 8,00)	4,74±1,79	5,00 (2,00 – 8,00)	4,13±1,69	3,50 (2,00 – 8,00)	0,066
Brief COPE- Araçsal Sosyal Destek Arama	5,20±1,59	5,00 (2,00 – 8,00)	5,01±2,16	5,00 (2,00 – 8,00)	4,97±1,84	5,00 (2,00 – 8,00)	4,72±1,86	5,00 (2,00 – 8,00)	0,736
Brief COPE- Davranışsal Uzaklaşma	4,33±1,73	4,00 (2,00 – 8,00)	4,04±1,67	4,00 (2,00 – 8,00)	3,54±1,45	3,00 (2,00 – 7,00)	3,53±1,71	3,00 (2,00 – 7,00)	0,068
Brief COPE- Duyguları Açığa Vurma	5,40±1,39	5,00 (2,00 – 8,00)	5,50±1,61	5,00 (2,00 – 8,00)	5,50±1,48	6,00 (2,00 – 8,00)	5,67±1,58	6,00 (3,00 – 8,00)	0,856
Brief COPE- Olumlu Yönde Yeniden Yorumlama	5,31±1,72	5,00 (2,00 – 8,00)	5,49±1,73	5,00 (2,00 – 8,00)	5,56±1,55	6,00 (2,00 – 8,00)	5,72±1,60	6,00 (3,00 – 8,00)	0,742
Brief COPE- Planlama	5,78±1,61	6,00 (2,00 – 8,00)	6,45±1,54	7,00 (3,00 – 8,00)	6,34±1,26	6,00 (4,00 – 8,00)	6,44±1,48	6,50 (3,00 – 8,00)	0,109
Brief COPE- Mizah	5,13±1,96	5,00 (2,00 – 8,00)	5,58±1,99	6,00 (2,00 – 8,00)	5,18±1,97	5,00 (2,00 – 8,00)	5,11±1,74	5,00 (2,00 – 8,00)	0,453

Brief COPE- Kabul Etme	5,84±1,59	6,00 (2,00 – 8,00)	5,86±1,69	6,00 (2,00 – 8,00)	6,03±1,54	6,00 (2,00 – 8,00)	6,05±1,49	6,00 (3,00 – 8,00)	0,898
Brief COPE- Din	4,47±2,02	4,00 (2,00 – 8,00)	4,76±2,12	5,00 (2,00 – 8,00)	4,97±2,08	5,00 (2,00 – 8,00)	5,00±2,20	5,00 (2,00 – 8,00)	0,609
Brief COPE- Kendini Suçlama	5,73±1,71	5,00 (2,00 – 8,00)	5,58±1,71	6,00 (2,00 – 8,00)	5,54±1,59	5,00 (2,00 – 8,00)	5,19±1,56	5,00 (2,00 – 8,00)	0,563

² Kruskal- Wallis testi *p≤0,005

Katılımcıların ilk kilo problemi ile karşılaştıkları yaş değişkenine göre; Brief-COPE ölçeği alt boyutları arasında puan ortalamalarında farklılık olup olmadığını anlamak için Kruskal- Wallis testi yapılmıştır. Bu analiz sonucuna göre; ilk kilo problemi karşılaştıkları yaş ile Brief-BRIEF COPE ölçeği alt boyutlarından aktif başa çıkma ve madde kullanımı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,005$). İkişerli karşılaştırma sonuçlarına bakıldığında; 30 ve üzeri yaşta ilk kilo problemi yaşayan katılımcıların, aktif başa çıkma puan ortalaması, 0- 9 yaş aralığında ilk kilo problemi yaşayan katılımcılara göre anlamlı derece yüksektir. Buna ek olarak 0- 9 yaş aralığında ilk kilo problemi yaşayan katılımcıların madde kullanımı puan ortalaması, 30 ve üzeri yaşta ilk kilo problemi yaşayan katılımcılara göre anlamlı derece yüksek olduğu ortaya çıkmıştır.

Tablo 4.51 ÇTQ toplam ve alt boyutlarının kilo problemi yaşamaya başlanılan yaş değişkenine göre farklılıklarının incelenmesi

	0-9 yaş (n=45)		10- 19 yaş (n=67)		20- 29 yaş (n=61)		30+ yaş (n=36)		p değeri
	Ort±SS	Ortanc a (Min – Maks)	Ort±SS	Ortanc a (Min – Maks)	Ort±SS	Ortanc a (Min – Maks)	Ort±SS	Ortanc a (Min – Maks)	

ÇTQ Toplam ²	39,35±14,90	36,00 (25,00 – 89,00)	36,80±11,57	33,00 (25,00 – 74,00)	35,70±10,27	34,00 (25,00 – 70,00)	34,05±8,52	32,00 (25,00 – 59,00)	0,613
ÇTQ- Duygusal İstismar	8,53±4,37 ^{a,d}	7,00 (5,00 – 21,00)	8,19±4,36 ^{c,d,a}	7,00 (5,00 – 24,00)	7,28±3,42 ^{d,c}	6,00 (5,00 – 21,00)	5,75±1,90 ^b	5,00 (5,00 – 15,00)	0,002
ÇTQ- Fiziksel İstismar	6,47±3,04	5,00 (5,00 – 19,00)	5,86±2,71	5,00 (5,00 – 21,00)	5,64±1,92	5,00 (5,00 – 14,00)	5,44±1,18	5,00 (5,00 – 10,00)	0,351
ÇTQ- Fiziksel İhmal	7,33±3,03	6,00 (5,00 – 16,00)	7,46±2,48	7,00 (5,00 – 15,00)	6,80±2,10	6,00 (5,00 – 13,00)	7,30±2,34	6,50 (5,00 – 13,00)	0,478
ÇTQ- Duygusal İhmal	10,82±5,16	10,00 (5,00 – 23,00)	9,67±4,61	9,00 (5,00 – 20,00)	10,24±3,89	9,00 (5,00 – 21,00)	10,25±4,64	9,50 (5,00 – 22,00)	0,582
ÇTQ- Cinsel İstismar	6,20±3,99	5,00 (5,00 – 24,00)	5,60±2,78	5,00 (5,00 – 19,00)	5,74±2,68	5,00 (5,00 – 21,00)	5,30±1,67	5,00 (5,00 – 15,00)	0,633

² Kruskal- Wallis testi *p≤0,005

Katılımcıların ilk kilo problemi ile karşılaştıkları yaş değişkenine göre; ÇTQ toplam ve alt boyutları arasında puan ortalamalarında farklılık olup olmadığını anlamak için Kruskal- Wallis testi yapılmıştır. Bu analiz sonucuna göre; ilk kilo problemi ile karşılaştıkları yaş ile ÇTQ alt boyutlarından duygusal istismar puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p<0,005). İkişerli karşılaştırma sonuçlarına bakıldığında; 0- 9 yaş aralığında ilk kilo problemi yaşayan katılımcıların duygusal istismar puan ortalaması, 30 ve üzeri yaşta ilk kilo problemi yaşayan katılımcılara göre anlamlı derece yüksek olduğu ortaya çıkmıştır.

Tablo 4.52 YİYE-II alt boyutlarının kilo problemi yaşamaya başlanılan yaş değişkenine göre farklılıklarının incelenmesi

	0-9 yaş (n=45)		10- 19 yaş (n=67)		20- 29 yaş (n=61)		30+ yaş (n=36)		p değeri
	Ort±SS	Ortanc a (Min – Maks)	Ort±SS	Ortanc a (Min – Maks)	Ort±SS	Ortanc a (Min – Maks)	Ort±SS	Ortanc a (Min – Maks)	
YİYE II- Kaçınma	3,24±1,35	3,17 (1,00 – 6,39)	3,08±1,19	3,17 (1,00 – 5,67)	2,91±1,12	2,94 (1,00 – 5,00)	2,98±1,18	3,03 (1,00 – 4,83)	0,726
YİYE II- Kaygı	3,85±1,17 ^a	3,83 (2,00 – 6,67)	3,67±1,12 ^b ^a	3,72 (1,67 – 6,67)	3,52±1,27 ^b ^a	3,50 (1,33– 6,61)	3,10±0,87 ^b	2,94 (1,67– 5,00)	0,021

Katılımcıların ilk kilo problemi ile karşılaştıkları yaş değişkenine göre; YİYE-II ölçeği alt boyutları arasında puan ortalamalarında farklılık olup olmadığını anlamak için Kruskal- Wallis testi yapılmıştır. Bu analiz sonucuna göre; ilk kilo problemi karşılaştıkları yaş ile YİYE-II ölçeği alt boyutlarından kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,005$). İkişerli karşılaştırma sonuçlarına bakıldığında; 0- 9 yaş aralığında ilk kilo problemi yaşayan katılımcıların kaygı puan ortalaması, 30 ve üzeri yaşta ilk kilo problemi yaşayan katılımcılara göre anlamlı derece yüksek olduğu ortaya çıkmıştır.

Tablo 4.53 GÖYÖ toplam ve alt boyutlarının BKİ değişkenine göre farklılıklarının incelenmesi

	I.derece (n=82)		II.derece (n=68)		III.derece (n=59)		p değeri
	Ort±SS	Ortanca (Min – Maks)	Ort±SS	Ortanca (Min – Maks)	Ort±SS	Ortanca (Min – Maks)	
GÖYÖ ²	60,06±12,88	59,50	59,73±12,88	59,00	59,32±12,04	58,00	0,971

		(23,00 – 85,00)		(21,00 – 85,00)		(24,00 – 83,00)	
GÖYÖ- Başlama	31,58±7,84	32,00 (10,00 – 45,00)	31,75±8,02	33,00 (9,00 – 45,00)	31,78±7,65	33,00 (11,00 – 45,00)	0,974
GÖYÖ- Yılmama	17,73±4,54	18,00 (5,00 – 25,00)	17,38±4,39	18,00 (5,00 – 25,00)	17,51±3,87	17,00 (7,00 – 25,00)	0,804
GÖYÖ- Sürdürme çabası- Israr	10,74±2,90	11,00 (4,00 – 15,00)	10,60±2,99	10,50 (3,00 – 15,00)	10,03±2,98	10,00 (3,00 – 15,00)	0,376

² Kruskal- Wallis testi *p≤0,005

Katılımcıların BKİ değişkenine göre; GÖYÖ toplam ve alt boyutları arasında puan ortalamalarında farklılık olup olmadığını anlamak için Kruskal- Wallis testi yapılmıştır. Bu analiz sonucuna göre; BKİ ile GÖYÖ toplam ve alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,005).

Tablo 4.54 Brief- COPE ölçeği alt boyutlarının BKİ değişkenine göre farklılıklarının incelenmesi

	I.derece (n=82)		II.derece (n=68)		III.derece (n=59)		p değeri
	Ort±SS	Ortanca (Min – Maks)	Ort±SS	Ortanca (Min – Maks)	Ort±SS	Ortanca (Min – Maks)	
Brief COPE- Dikkatini Dağıtma	3,89±1,53	4,00 (2,00 – 8,00)	3,66±1,69	3,50 (2,00 – 8,00)	4,08±1,77	4,00 (2,00 – 8,00)	0,527
Brief COPE- Aktif Başa Çıkma	5,94±1,44	6,00 (2,00 – 8,00)	5,78±1,61	6,00 (3,00 – 8,00)	5,61±1,62	6,00 (2,00 – 8,00)	0,484

Brief COPE- İnkar	3,94±1,74	4,00 (2,00 – 8,00)	3,88±1,63	4,00 (2,00 – 8,00)	3,71±1,58	3,00 (2,00 – 8,00)	0,809
Brief COPE- Madde Kullanımı	3,27±1,82	2,00 (2,00 – 8,00)	3,20±1,86	2,00 (2,00 – 8,00)	3,30±2,12	2,00 (2,00 – 8,00)	0,910
Brief COPE- Duygusal Sosyal Destek Arama	4,74±1,82	5,00 (2,00 – 8,00)	4,65±1,66	5,00 (2,00 – 8,00)	4,88±1,84	5,00 (2,00 – 8,00)	0,802
Brief COPE- Araçsal Sosyal Destek Arama	4,97±1,86	5,00 (2,00 – 8,00)	5,13±1,83	5,00 (2,00 – 8,00)	4,85±2,04	5,00 (2,00 – 8,00)	0,732
Brief COPE- Davranışsal Uzaklaşma	3,89±1,53	4,00 (2,00 – 8,00)	3,66±1,69	3,50 (2,00 – 8,00)	4,08±1,77	4,00 (2,00 – 7,00)	0,333
Brief COPE- Duyguları Açığa Vurma	5,51±1,47	5,00 (2,00 – 8,00)	5,56±1,55	5,00 (2,00 – 8,00)	5,46±1,56	5,00 (2,00 – 8,00)	0,977
Brief COPE- Olumlu Yönde Yeniden Yorumlama	5,56±1,57	6,00 (2,00 – 8,00)	5,48±1,78	5,00 (2,00 – 8,00)	5,47±1,62	5,00 (2,00 – 8,00)	0,950
Brief COPE- Planlama	6,21±1,51	6,00 (2,00 – 8,00)	6,38±1,39	7,00 (3,00 – 8,00)	6,24±1,56	6,00 (2,00 – 8,00)	0,831
Brief COPE- Mizah	5,13±1,83	5,00 (2,00 – 8,00)	5,31±2,02	5,00 (2,00 – 8,00)	5,47±1,98	5,00 (2,00 – 8,00)	0,517
Brief COPE- Kabul Etme	6,16±1,50	6,00 (3,00 – 8,00)	5,72±1,54	6,00 (2,00 – 8,00)	5,90±1,73	6,00 (2,00 – 8,00)	0,217
Brief COPE- Din	4,80±2,21	5,00 (2,00 – 8,00)	4,68±1,98	4,50 (2,00 – 8,00)	4,93±2,09	5,00 (2,00 – 8,00)	0,795

Brief COPE- Kendini Suçlama	5,52±1,59	5,00 (2,00 – 8,00)	5,40±1,60	5,00 (2,00 – 8,00)	5,71±1,78	6,00 (2,00 – 8,00)	0,350

² Kruskal- Wallis testi *p≤0,005

Katılımcıların BKİ değişkenine göre; Brief- COPE ölçeği alt boyutları, arasında puan ortalamalarında farklılık olup olmadığını anlamak için Kruskal- Wallis testi yapılmıştır. Bu analiz sonucuna göre; BKİ ile Brief- COPE ölçeği alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,005).

Tablo 4.55 ÇTQ toplam ve alt boyutlarının BKİ değişkenine göre farklılıklarının incelenmesi

	I.derece (n=82)		II.derece (n=68)		III.derece (n=59)		p değeri
	Ort±SS	Ortanca (Min – Maks)	Ort±SS	Ortanca (Min – Maks)	Ort±SS	Ortanca (Min – Maks)	
ÇTQ Toplam ²	35,97±10,69	34,00 (25,00 – 70,00)	35,97±11,34	32,00 (25,00 – 78,00)	38,05±13,16	35,00 (25,00 – 89,00)	0,619
ÇTQ- Duygusal İstismar	7,45±3,69	6,00 (5,00 – 24,00)	7,41±3,48	5,00 (5,00 – 17,00)	7,95±4,52	6,00 (5,00 – 22,00)	0,587
ÇTQ- Fiziksel İstismar	5,78±2,08	5,00 (5,00 – 14,00)	5,70±1,95	5,00 (5,00 – 15,00)	6,13±3,15	5,00 (5,00 – 21,00)	0,884
ÇTQ- Fiziksel İhmal	7,02±2,31	6,00 (5,00 – 16,00)	6,81±2,19	6,00 (5,00 – 13,00)	7,95±2,88	7,00 (5,00 – 16,00)	0,066
ÇTQ- Duygusal İhmal	10,21±4,28	9,00	10,13±4,83	9,00	10,24±4,59	9,00 (5,00 – 23,00)	0,927

		(5,00 – 21,00)		(5,00 – 23,00)			
ÇTQ-Cinsel İstismar	5,51±1,90	5,00 (5,00 – 16,00)	5,91±3,38	5,00 (5,00 – 24,00)	5,78±3,00	5,00 (5,00 – 21,00)	0,839

² Kruskal- Wallis testi *p≤0,005

Katılımcıların BKİ değişkenine göre; ÇTQ toplam ve alt boyutları arasında puan ortalamalarında farklılık olup olmadığını anlamak için Kruskal- Wallis testi yapılmıştır. Bu analiz sonucuna göre; BKİ ile ÇTQ toplam ve alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,005).

Tablo 4.56 YİYE-II ölçeği alt boyutlarının BKİ değişkenine göre farklılıklarının incelenmesi

	I.derece (n=82)		II.derece (n=68)		III.derece (n=59)		p değeri
	Ort±SS	Ortanca (Min – Maks)	Ort±SS	Ortanca (Min – Maks)	Ort±SS	Ortanca (Min – Maks)	
YİYE II- Kaçınma	2,98±1,26	2,89 (1,00 – 6,39)	3,08±1,09	3,33 (1,00 – 5,22)	3,10±1,33	3,17 (1,00 – 6,11)	0,845
YİYE II- Kaygı	3,48±1,19	3,22 (1,33 – 6,44)	3,57±1,07	3,61 (1,50– 6,61)	3,71±1,22	3,55 (1,61– 6,67)	0,422

² Kruskal- Wallis testi *p≤0,005

Katılımcıların BKİ değişkenine göre; YİYE-II ölçeği alt boyutları arasında puan ortalamalarında farklılık olup olmadığını anlamak için Kruskal- Wallis testi yapılmıştır. Bu analiz sonucuna göre; BKİ ile YİYE-II ölçeği alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,005).

Tablo 4.57 GÖYÖ, toplam ve alt boyutlarının tekrar geri kilo alma değişkenine göre farklılıklarının incelenmesi

	Kaybettiği kilonun tümü (n=47)		Kaybettiği kilodan fazlası (n=121)		Kaybettiği kilonun yarısı ya da daha azı (n=28)		Kaybettiği kilonun yarısından fazlası (n=13)		p değeri
	Ort±SS	Ortanc a (Min – Maks)	Ort±SS	Ortanc a (Min – Maks)	Ort±SS	Ortanc a (Min – Maks)	Ort±SS	Ortanc a (Min – Maks)	
GÖYÖ ²	61,06±11,18	58,00 (39,00 – 85,00)	59,45±12,95	61,00 (21,00 – 85,00)	60,68±14,58	59,00 (24,00 – 83,00)	55,77±9,35	55,00 (42,00 – 72,00)	0,498
GÖYÖ-Başlama	31,94±7,25	33,00 (19,00 – 45,00)	31,80±7,93	33,00 (9,00 – 45,00)	31,86±8,80	32,00 (10,00 – 45,00)	29,46±6,74	31,00 (19,00 – 41,00)	0,585
GÖYÖ-Yılma	17,87±4,15	17,00 (10,00 – 25,00)	17,36±4,35	18,00 (5,00 – 25,00)	18,00±4,99	19,00 (8,00 – 25,00)	17,23±2,62	17,00 (12,00 – 21,00)	0,846
GÖYÖ-Sürdürme çabası-İsrar	11,25±2,43	11,00 (7,00 – 15,00)	10,28±3,16	11,00 (3,00 – 15,00)	10,82±2,91	11,00 (5,00 – 15,00)	9,08±2,14	9,00 (6,00 – 12,00)	0,069

² Kruskal- Wallis testi *p≤0,005

Katılımcıların tekrar kilo alma durumu değişkenine göre; GÖYÖ toplam ve alt boyutları arasında puan ortalamalarında farklılık olup olmadığını anlamak için Kruskal- Wallis testi yapılmıştır. Bu analiz sonucuna göre tekrar kilo alma durumu değişkenine ile GÖYÖ toplam ve alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,005).

Tablo 4.58 Brief- COPE ölçeği alt boyutlarının tekrar kilo alma değişkenine göre farklılıklarının incelenmesi

	Kaybettiği kilonun tümü (n=47)		Kaybettiği kilodan fazlası (n=121)		Kaybettiği kilonun yarısı ya da daha azı (n=28)		Kaybettiği kilonun yarısından fazlası (n=13)		p değeri
	Ort±SS	Ortanc a (Min – Maks)	Ort±SS	Ortanc a (Min – Maks)	Ort±SS	Ortanc a (Min – Maks)	Ort±SS	Ortanc a (Min – Maks)	
Brief COPE- Dikkatini Dağıtma ²	6,34±1,46	7,00 (4,00 – 8,00)	5,84±1,61	6,00 (2,00 – 8,00)	6,18±1,59	6,00 (2,00 – 8,00)	5,77±1,42	6,00 (4,00 – 8,00)	0,266
Brief COPE- Aktif Başa Çıkma	6,04±1,50	6,00 (4,00 – 8,00)	5,69±1,55	6,00 (2,00 – 8,00)	6,00±1,49	6,00 (3,00 – 8,00)	5,46±1,76	5,00 (3,00 – 8,00)	0,497
Brief COPE- İnkâr	3,91±1,72	4,00 (2,00 – 8,00)	3,78±1,61	4,00 (2,00 – 8,00)	4,32±1,87	4,00 (2,00 – 8,00)	3,31±1,31	3,00 (2,00 – 5,00)	0,402
Brief COPE- Madde Kullanımı	3,30±1,92	2,00 (2,00 – 8,00)	3,31±1,95	2,00 (2,00 – 8,00)	3,00±1,86	2,00 (2,00 – 8,00)	3,15±1,77	2,00 (2,00 – 7,00)	0,812
Brief COPE- Duygusal Sosyal Destek Arama	4,79±1,65	5,00 (2,00 – 8,00)	4,79±1,73	5,00 (2,00 – 8,00)	4,53±2,18	4,50 (2,00 – 8,00)	4,69±1,78	5,00 (2,00 – 8,00)	0,892
Brief COPE- Araçsal Sosyal Destek Arama	4,83±1,77	5,00 (2,00 – 8,00)	5,12±1,88	5,00 (2,00 – 8,00)	4,78±2,26	5,00 (2,00 – 8,00)	4,77±1,79	5,00 (2,00 – 8,00)	0,723

Brief COPE- Davranışsal Uzaklaşma	3,59±1,6 7	3,00 (2,00 – 8,00)	4,02±1,6 8	4,00 (2,00 – 8,00)	3,71±1,6 3	3,50 (2,00 – 7,00)	3,85±1,4 0	4,00 (2,00 – 6,00)	0,464
Brief COPE- Duyguları Açığa Vurma	5,42±1,6 0	5,00 (2,00 – 8,00)	5,48±1,4 7	5,00 (2,00 – 8,00)	5,64±1,6 6	5,00 (2,00 – 8,00)	5,85±1,3 4	6,00 (4,00 – 8,00)	0,829
Brief COPE- Olumlu Yönde Yeniden Yorumlama	5,57±1,6 8	6,00 (2,00 – 8,00)	5,40±1,6 1	5,00 (2,00 – 8,00)	6,00±1,6 1	6,00 (3,00 – 8,00)	5,23±1,9 6	5,00 (3,00 – 8,00)	0,336
Brief COPE- Planlama	6,45±1,5 7	7,00 (3,00 – 8,00)	6,16±1,4 5	6,00 (2,00 – 8,00)	6,46±1,6 2	7,00 (2,00 – 8,00)	6,31±1,1 8	6,00 (5,00 – 8,00)	0,428
Brief COPE- Mizah	5,40±1,8 9	5,00 (2,00 – 8,00)	5,33±1,8 6	5,00 (2,00 – 8,00)	4,89±2,1 5	4,50 (2,00 – 8,00)	5,31±2,3 6	5,00 (2,00 – 8,00)	0,643
Brief COPE- Kabul Etme	5,64±1,7 4	6,00 (2,00 – 8,00)	5,98±1,5 9	6,00 (2,00 – 8,00)	6,21±1,3 7	6,00 (3,00 – 8,00)	6,08±1,4 4	6,00 (4,00 – 8,00)	0,528
Brief COPE- Din	5,19±2,1 0	5,00 (2,00 – 8,00)	4,69±2,0 1	5,00 (2,00 – 8,00)	4,71±2,3 4	4,50 (2,00 – 8,00)	4,54±2,3 7	4,00 (2,00 – 8,00)	0,543
Brief COPE- Kendini Suçlama	5,30±1,6 7	5,00 (2,00 – 8,00)	5,61±1,6 1	6,00 (2,00 – 8,00)	5,50±1,7 5	5,00 (2,00 – 8,00)	5,77±1,7 4	6,00 (2,00 – 8,00)	0,652

² Kruskal- Wallis testi *p≤0,005

Katılımcıların tekrar kilo alma durumu değişkenine göre; Brief- COPE ölçeği alt boyutları arasında puan ortalamalarında farklılık olup olmadığını anlamak için Kruskal- Wallis testi yapılmıştır. Bu analiz sonucuna göre; kilo alma durumu ile Brief- COPE ölçeği alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,005$).

Tablo 4.59 ÇTQ toplam ve alt boyutlarının tekrar kilo alma değişkenine göre farklılıklarının incelenmesi

	Kaybettiği kilonun tümü (n=47)		Kaybettiği kilodan fazlası (n=121)		Kaybettiği kilonun yarısı ya da daha azı (n=28)		Kaybettiği kilonun yarısından fazlası (n=13)		p değeri
	Ort±SS	Ortanc a (Min – Maks)	Ort±SS	Ortanc a (Min – Maks)	Ort±SS	Ortanc a (Min – Maks)	Ort±SS	Ortanc a (Min – Maks)	
ÇTQ Toplam ²	36,38±11,67	34,00 (25,00 – 74,00)	36,49±11,16	33,00 (25,00 – 89,00)	38,21±15,11	32,00 (25,00 – 78,00)	34,23±6,86	35,00 (25,00 – 43,00)	0,992
ÇTQ- Duygusal İstismar	7,02±3,04	5,00 (5,00 – 17,00)	7,78±3,97	6,00 (5,00 – 22,00)	8,00±5,16	5,50 (5,00 – 24,00)	6,85±1,95	6,00 (5,00 – 10,00)	0,852
ÇTQ- Fiziksel İstismar	5,66±2,49	5,00 (5,00 – 21,00)	5,92±2,28	5,00 (5,00 – 19,00)	6,25±3,13	5,00 (5,00 – 15,00)	5,08±0,28	5,00 (5,00 – 6,00)	0,480
ÇTQ- Fiziksel İhmal	7,34±2,69	6,00 (5,00 – 15,00)	7,21±2,43	7,00 (5,00 – 16,00)	7,28±2,71	6,50 (5,00 – 15,00)	6,69±1,75	6,00 (5,00 – 10,00)	0,966
ÇTQ- Duygusal İhmal	10,19±4,63	9,00 (5,00 – 22,00)	10,04±4,55	9,00 (5,00 – 23,00)	10,75±4,33	9,50 (5,00 – 21,00)	10,38±4,82	11,00 (5,00 – 19,00)	0,814

ÇTQ- Cinsel İstismar	6,17±3,53	5,00 (5,00 – 21,00)	5,54±2,29	5,00 (5,00 – 21,00)	5,93±3,66	5,00 (5,00 – 24,00)	5,23±0,83	5,00 (5,00 – 8,00)	0,764

² Kruskal- Wallis testi *p≤0,005

Katılımcıların tekrar kilo alma durumu değişkenine göre; ÇTQ toplam ve alt boyutları arasında puan ortalamalarında farklılık olup olmadığını anlamak için Kruskal- Wallis testi yapılmıştır. Bu analiz sonucuna göre; tekrar kilo alma durumu ile ÇTQ toplam ve alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,005).

Tablo 4.60 YİYE-II ölçeğinin alt boyutlarının tekrar kilo alma değişkenine göre farklılıklarının incelenmesi

	Kaybettiği kilonun tümü (n=47)		Kaybettiği kilodan fazlası (n=121)		Kaybettiği kilonun yarısı ya da daha azı (n=28)		Kaybettiği kilonun yarısından fazlası (n=13)		p değeri
	Ort±SS	Ortanc a (Min – Maks)	Ort±SS	Ortanc a (Min – Maks)	Ort±SS	Ortanc a (Min – Maks)	Ort±SS	Ortanc a (Min – Maks)	
YİYE II- Kaçınma ²	3,22±1,2 5	3,33 (1,00 – 5,11)	2,89±1,1 5	2,78 (1,00 – 6,11)	3,27±1,3 1	3,47 (1,00 – 6,39)	3,41±1,1 2	3,50 (1,33 – 4,89)	0,098
YİYE II- Kaygı	3,42±1,0 8	3,22 (1,67 – 6,28)	3,65±1,2 0	3,67 (1,33 – 6,67)	3,51±1,1 7	3,44 (1,67 – 6,44)	3,57±1,0 5	3,61 (1,78 – 5,61)	0,685

² Kruskal- Wallis testi *p≤0,005

Katılımcıların tekrar kilo alma durumu değişkenine göre; YİYE-II ölçeği alt boyutları arasında puan ortalamalarında farklılık olup olmadığını anlamak için Kruskal- Wallis testi yapılmıştır. Bu analiz sonucuna göre; tekrar kilo alma durumu

ile YİYE-II ölçeği alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,005$).

4.2. ARAŞTIRMANIN NİTEL BOYUTUNA İLİŞKİN BULGULARI

Yapılan nitel analiz sonucunda, obezite ile ilişkili yaşanan sorunlar, başa çıkma stratejileri, kilo verme mücadelesi, kilo verme girişimleri, kilo verdiklerinde yaşanan değişimler, nüks nedenleri ve bireylerin yaşamlarında değişmesi gerekenler olmak üzere yedi ana tema belirlenmiştir.

Araştırmanın analiz sürecinde, ana temalar, nüks sürecinde yaşanan deneyimlere dayalı olarak belirlenmiştir. Alt temalar ve kategoriler ise katılımcıların ifadeleri esas alınarak oluşturulmuştur. Aşağıdaki tabloda, araştırmanın nitel amaçları, bu amaçlara yönelik sorulan sorular ve bu sorulara karşılık olarak ortaya çıkan yedi ana tema ile alt temalar detaylı bir şekilde sunulmaktadır.

Tablo 4.61 Nitel araştırma amaçları, soruları ve tema- alt tema bilgileri

Amaçlar	Örnek Sorular	Tema- Alt temalar
Katılımcıların obezite ile ilgili yaşadıkları sorunları görünür kılmak	- Obezite ile ilgili olarak yaşadığınız sorunlar nelerdir? - Bu sorunların yaşamınızı nasıl etkilediğini paylaşır mısınız?	Fiziksel sorunlar - Kronik Hastalıkların Gelişmesine Neden Olma - Gündelik Hayatta hareket kısıtlılığı ve yavaşlama - Nefes darlığı - Aşırı terleme - Uygun kıyafet bulamama Psikolojik sorunlar - Depresif belirtiler - Düşük özgüven Sosyal sorunlar

		Önyargı ve ayrımcılığa maruz kalma (ebeveynleri, eş veya romantik ilişkide olunan kişi, toplum tarafından, eğitim ve iş hayatı, Kilolu bireylerin diğer kilolu bireylere karşı geliştirdikleri önyargılar ve kendini etiketleme)
Katılımcıların başa çıkma stratejilerini ortaya çıkarmak	- Obezitenin sorunlarına yönelik olarak kullandığınız başa çıkma başa çıkma stratejileriniz nelerdi ve - Bu stratejilerin sizin yaşamınızı nasıl etkiledi?	- Duygu odaklı başa çıkma stratejileri - Problem odaklı başa çıkma stratejileri
Katılımcıların kilo ile yüzleşme süreçlerini görünür kılmak ve bu süreçteki motivasyon kaynaklarını keşfetmek.	- Kilo vermeye karar verme ve bununla yüzleşme süreciniz nasıl oldu? - Bu süreçte sizi motive eden kaynaklarınız nelerdi?	Sorunla Yüzleşme - Çocukluk döneminden itibaren kilolu olma durumu - Kilonun gün geçtikçe artması - Fotoğraflarla yapılan yüzleşmeler - Dışarıdan gelen “kilo ver” söylemleri Motivasyon kaynakları - İçsel motivasyon kaynakları (Sağlıklı bir yaşam) - Dışsal motivasyon kaynakları (Güzel görünmek, Tartıda kilolarının azaldığını görme ve İstediyin kıyafeti giyme özgürlüğü)
Katılımcıların yaşamlarında uyguladıkları tedavi girişimlerini ortaya çıkarmak	- Şimdiye kadar obezite ile başa çıkmak için hangi tedavi yöntemlerini denediniz ve - Bu süreçteki deneyimleriniz nelerdir?	Cerrahi olmayan yöntemler - Diyet - Akupunktur - Spor Cerrahi yöntemler - Tüp mide ameliyatı

Katılımcıların kilo verdiklerinde yaşadıkları değişimleri ortaya çıkarmak.	Kilo verme sürecinizden sonra yaşamınızda hangi değişimleri fark ettiniz?	Fiziksel Değişimler Psikolojik Değişimler
Katılımcıların nüks yaşama nedenlerine ilişkin deneyimlerini görünür kılmak	Kilo verme sürecinizin ardından tekrar kilo almanızın nedenlerini nasıl açıklarsınız?	Biyolojik nedenler - Yaş - Genetik - Kronik hastalıklar Psikolojik nedenler - Genel yeme alışkanlıkları (duygusal yeme, gece yemek yeme, aşırı yemek yeme, hedonik (hazcıl) yeme, sağlıksız beslenme) - Başarısız girişimler sonrası yaşanan tükenmişlik/ bıkkınlık - Negatif yaşam olayları - Geçiş dönemleri Sosyal nedenler - Obezogenik çevre koşulları: Çalışma saatleri ve çalışma ortamı - Yemeğe ilişkin doğru bilinen yanlışlar: Ailede yemek kültürü ve “tabağımı bitirmeliyim” düşüncesi - Dışarıdan gelen “kilo ver” baskıları - Hareketsiz yaşam ve pandemi
Katılımcıların nüks yaşamalarını önleyecek yaşam tarzı değişikliklerini ortaya çıkarmak	Kilo alıp verme döngüsünü durdurabilmek için yaşamınızda yapılması gereken değişiklikler nelerdir?	- Davranışsal değişiklikler ve farkındalığın artması - Sürdürme

de şekillenen bir süreçtir. Anne ve babanın destekleyici veya engelleyici tutumları, bireyin tedavi sürecinde başarılı olup olmayacağını etkileyebilmektedir. Bunun yanı sıra, anne ve babanın kişilik özelliklerinin de bireyin obezite durumu üzerinde etkili olabileceği düşünülmektedir.

Katılımcıların duygusal boyutlarını yansıtan kelimelerde kelime bulutunda önemli bir yer tutmaktadır. “Güzel” ve “iyi” gibi kelimeler, katılımcıların obezite ve nüks sürecinde deneyimledikleri olumlu duyguları ifade ederken; “yok”, “hiç” gibi kelimeler, ise olumsuz durumları ifade etmektedir. Bu da, katılımcıların kilo ile mücadelesinde hem olumlu hem de olumsuz deneyimlerin iç içe geçtiğini göstermektedir.

Kod Sistemi	Nil	Ren	Gediz	Aras	Men...	Ama...	Meriç	Arda	Tuna	Dicle	Frat	Niki...	Asi	TOP...
▼ Obezite ile ilişkili sorunlar														0
> Fiziksel sorunlar														91
> Psikolojik sorunlar														7
> Sosyal sorunlar														144
▼ Kilo Verdiğinde Yaşanan Değişimler														0
> Fiziksel Değişimler														9
> Psikolojik Değişimler														12
▼ Başa Çıkma Stratejileri														0
> Problem odaklı														37
> Duygu odaklı														50
▼ Kilo verme girişimleri yöntemleri														0
> Cerrahi olmayan yöntemler														43
> Cerrahi yöntemler														9
▼ Nüks Nedenleri														0
> Psikolojik nedenler														0
> Sağlıksız beslenme alışkanlıkları														57
> Genel yeme davranışları														0
> duygusal yeme														50
> gece yemek yeme sendromu														26
> tıkanırasına yemek yeme														49
> hedonik (hazcıl) yeme davranışı														18
> negatif yaşam olayları														37
> Başarısız girişimler ya da girişimde														16
> geçiş dönemleri														40
> Biyolojik nedenler														59
> Sosyal nedenler														0
> hareketsiz yaşam ve pandemi														19
> Kilo ver baskıları														7
> çevresel faktörler- çalışma koşulları														9
> Yemeğe ilişkin doğru bilinen yanlış														39
▼ Yaşam tarzı olarak değişmesi gerekenler														0
> Davranışsal değişiklikler ve farkındalık														11
> Sürdürme: "Pazartesi diyetine başlayıp"														6
▼ Kilo verme mücadelesi: Sorunla Yüzleşme														0
> Sorunla Yüzleşme														32
> Motivasyon kaynakları														0
> Dışsal motivasyon kaynakları														33
> İçsel motivasyon kaynakları														9
Σ TOPLAM	59	100	80	68	52	64	43	65	95	66	113	57	57	919

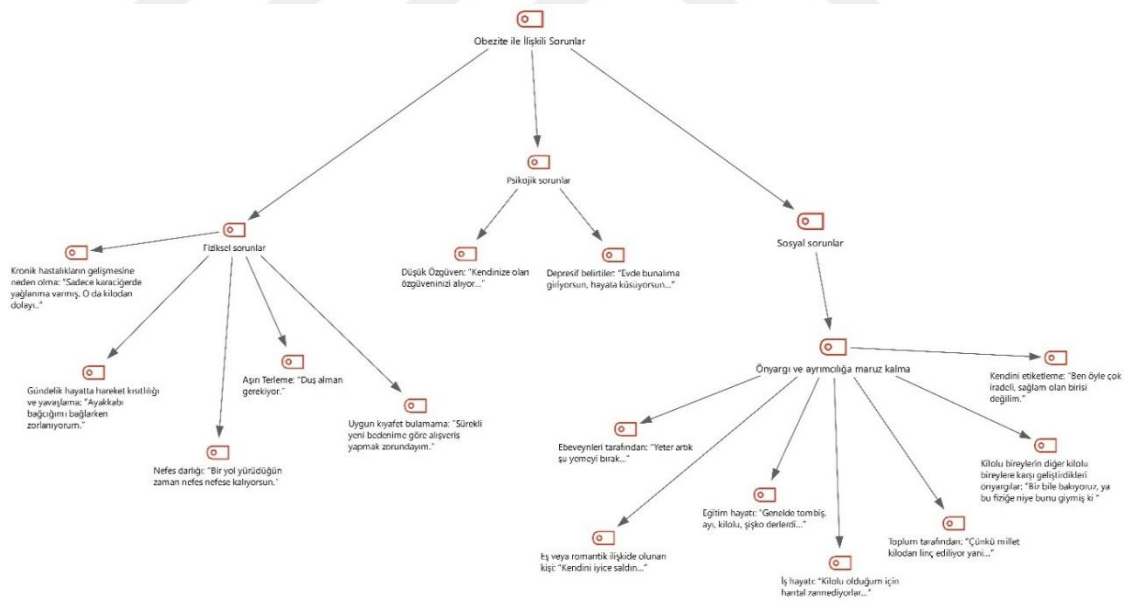
Şekil 4.3 Kod Matrisi

Şekil 4.3 incelendiğinde, araştırmının ana temalarına ilişkin toplam kodlama sayısı ile katılımcıların ana tema ve alt temalara göre aldıkları toplam kodlama

sayıları gösterilmektedir. Bu bağlamda, obezite ile ilişkili yaşanan sorunlar, başa çıkma stratejileri, kilo verme mücadelesi, kilo verme girişimleri, kilo verdiklerinde yaşanan değişimler, nüks nedenleri ve bireylerin yaşamlarında değişmesi gerekenler olmak üzere yedi ana temada toplamda 919 kodlama gerçekleştirilmiştir. Katılımcıların her ana tema ve alt temaya ne kadar sıklıkla kodlama yapıldığı da görülebilmektedir. Örneğin, katılımcılardan Fırat, 113 kodlamayla en yüksek sıklıkta kodlama yaparken, Meriç 43 kodlama ile en düşük sıklığa sahip katılımcıdır.

4.2.1. Obezite ile İlişkili Yaşanan Sorunlar

Obezite; insülün direnci, karaciğer yağlanması ve hipertansiyon gibi birçok kronik hastalıkla ilişkili olmakla birlikte, özgüven kaybı ve depresyon gibi psikolojik sorunlara da yol açmaktadır. Ayrıca obez bireyler, toplumda önyargı ve ayrımcılık gibi sosyal sorunlarla da karşı karşıya kalmaktadır. Bu çalışmada, obez bireylerin yaşadığı sorunlar fiziksel, psikolojik ve sosyal temalar altında incelenmiştir.



Şekil 4.4 Obezite ile ilişkili sorunlar kod- alt kod modeli

4.2.1.1. Fiziksel Sorunlar

Bu çalışmada katılımcıların yaşadıkları fiziksel sorunlar, kronik hastalıkların gelişmesine neden olma, hareket kısıtlılığı ve yavaşlama, nefes darlığı, aşırı terleme ve uygun kıyafet bulamama başlıkları altında incelenmiştir.

4.2.1.1.1. Kronik hastalıkların gelişmesine neden olma: “Sadece karaciğerde yağlanma varmış. O da kilodan dolayı..”

Katılımcıların çoğu astım, alerjik rahatsızlıklar, karaciğer yağlanması, insülin direnci, hipertansiyon, hipertiroidizm ve polikistik over sendromu (PCOS) gibi kronik sağlık sorunları yaşadıklarını belirtmiştir. Yine katılımcıların çoğu, bu sağlık sorunlarını kilolarıyla ilişkilendirmiştir.

“Kronik hastalığım var. Aslında nefes darlığı var. Astım var. Fıs fıs kullanıyorum. O da herhalde kilodan kaynaklı da olabilir. (Meriç, K, BKİ: 41,02)”

“O zamana kadar tiroid, TSH falan hiç bilmiyorum yani. Hiç ilgi alanıma girmemiş. Bir baktım, TSH değerim yani normal 0- 4 aralığı. Bende 10.45'ti. Bayağı yüksekti. %80 çalışmıyor. Yani ölmüş falan. (Nil, K, BKİ: 36,5)”

“İnsülin direncim var, polikistik over var. Başka bir hastalığım yok. Ortaokul döneminde tiroidim benim bir dönem çalışmadı ve reglim çok düzensizdi. Bence o dönem kilo almam bununla çok bağlantılı oldu. (Dicle, K, BKİ: 39,2)”

“Sadece karaciğerde yağlanma varmış. O da kilodan dolayı. (Tuna, K, BKİ: 44)”

“Bende bir şey var ya, astım. (Menderes, E, BKİ: 42,2)”

Katılımcılardan Amazon, hipertansiyon sağlık sorununun olduğunu, ancak kilodan ziyade ailesinde hipertansiyon öyküsü bulunduğu için doktorların bunu doğal bir süreç olarak değerlendirdiğini ifade etmiştir.

“Doktorun sadece sorduğu anne babada var mı? Var. İkisinde de var. Hipertansiyon var ikisinde. Onlarda doğal görüyor. Kilodan ziyade ona yorumluyorlar. (Amazon, E, BKİ: 34,4)”

Katılımcılardan Arda, son zamanlarda tansiyonunun yüksek çıktığını ve ailesinde genetik olarak var olan bu sağlık sorunu nedeniyle doktorunun önlem alıp ilaç tedavisine başladığını ifade etmiştir. Ancak bu durumun yalnızca genetik faktörlerden değil, aynı zamanda kiloyla ilişkili olduğunu ve kiloya bağlı olarak ilaç tedavisinin devam edip etmeyeceğine karar verileceğini belirtmiştir.

“Yok, yani şöyle, kronik hastalığım yok ama mesela son tahlillerde biraz tansiyonum yüksek çıktı. Yüksek dediğim 13-14 derece falan. Ama annemde ve babamda hipertansiyon olduğu için doktor önlem almak istedi. Çok küçük dozda bir tansiyon ilacı verdi. Fakat söylediği şey de şu oldu, eğer 10 kilo verip gelersen bu ilacı da sana vermeyeceğim. Tamamen bu biraz kiloyla bağlantılı bir şey. Yani önlem almak için yaptı ve beni uyardı. Dedik ki hani kilonu verersen tansiyon hastası olmazsın. Şayet veremeyip üstüne bir de kilo alırsan bu iş gidiyor dedi (Arda, K, BKİ: 32,4)”

4.2.1.1.2. Gündelik hayatta hareket kısıtlılığı ve yavaşlama: “Ayakkabı bağcığımı bağlarken zorlanıyorum.”

Görüşme sırasında katılımcılara “kilo nedeniyle yaşadığınız sorunlar nelerdir?” sorusu yöneltilmiştir. Katılımcılar, özellikle ev işi yaparken, eğilirken, tırnak keserken ve çorap giyerken zorlandıklarını; bu durumun günlük yaşamlarını ve öz bakım ihtiyaçlarını karşılamada yetersizliklere yol açtığını belirtmişlerdir.

“Yani hareket kabiliyetinizi kaybediyorsunuz iş yaparken bile. Yani evinizin işini yaparken bile. (Aras, K, BKİ: 43,3)”

“Valla artık ayak tırnaklarımı falan keserken zorlanıyorum eğilirken. Ayakkabı bağcığımı bağlarken zorlanıyorum. Yani göbekten dolayı. O da hoş bir şey değil. (Amazon, E, BKİ: 34,4)”

“İşte oturup kalkmak, spor yapmak. 50 kiloyla yapacağın sporla 90 kiloyla bir değil. (Dicle, K, BKİ: 39,2)”

“Yürürken, bir iş yaparken, ya da atıyorum çorap falan giyerken sıkıntı. (Gediz, E, BKİ: 41,5)”

“Ya ben rahat yürüyemiyorum. Yürüme sıkıntım var. Dizlerimde rahatsız, ağır kilodan dolayı. Beni oturmaya kalkmaya müsaade etmiyor. Yüksek yer olacak. Aşağı yere de oturamıyorum. Kalkamıyorum çünkü. Normal bir tuvalet kullanamam mesela. (Menderes, E, BKİ: 42,2)”

Katılımcılardan Arda, kilo artışıyla birlikte hareket kabiliyetinin kısıtlandığını ve özellikle aşırı kilo aldığı dönemde (yaşamında en yüksek kilosu 97 olmuştur) ayakkabı bağcığını bağlamada güçlük çektiğini belirtmiştir.

“Hani ben hareketli bir insanım, hani kilolu ama hareketli bir insanım her zaman ama yine de insanın kilosu arttıkça hareketleri de sınırlanıyor gerçekten. Hele ki daha da fazla arttığında, hani bir dönem aşırı aldığım zaman gerçekten büyük engel yani. Eğilipte ayakkabının bağını bile iliklemek bir problem oluyordu yani şimdi. (Arda, K, BKİ: 32,4)”

Katılımcılardan Menderes, tıpkı Arda gibi, kilosunun kendisini hantallaştırdığını ifade etmiştir. Hem yaşlılık hem de kilo birleşince, su içmek için dahi eşini beklediğini şu şekilde açıklamıştır:

“Beni biraz hantallaştırdı. Yani tembel yaptı yani. Ben zayıfken bir şey oldu mu hop zıplardım yerinden böyle. Kendi işimi kendim yapardım. Şimdi bazen eşimi, bir su veren olursa da içeyim diye. Biraz ihtiyarlık, biraz kilodan dolayı. (Menderes, E, BKİ: 42,2)

Görüşme sırasında 110 kilo olan Tuna, kilo nedeniyle hayatının zorlaştığını, hareket ettikçe özellikle dizlerinde ağrı oluştuğunu ve kendi ifadesiyle “paytak paytak yürümek” (yavaş ve sorunla yürüme) zorunda kaldığını belirtmiştir.

“Bir de hayatın artık zor geldiği için artık paytak paytak yan yan gitmeye başlıyordum. İki adım gidince dizlerim ağrıyordu, yürüyemiyordum. Yani 110, 120, 130 kilolardan bahsediyorum ben. Hayatı çok büyük etkiliyor. (Tuna, K, BKİ: 44)”

Katılımcılardan 47 yaşındaki Amazon, yukarıdaki bahsedilen sorunları yaşadığını ve özellikle acil durumlarda kilosunun hareket kabiliyetini zorlaştırdığını ifade etmiştir.

“Yavaşlıyorsun. Yani hareket etmekte, bazen acil yapman gereken şeylerde sorun. Ağırlaştırıyor, hareketsizleştiriyor, yavaşlatıyor insanı. (Amazon, E, BKİ: 34,4)”

Katılımcılardan görüşme sırasında beden kütle indeksi 41,02 olan Meriç, kiloya bağlı olarak diğer kişilerden farklı şekilde merdivenlerden çıkarken değil, merdivenden inerken zorlandığını şu sözlerle ifade etmiştir:

“Fiziksel sorunlar. Yürüyememek mesela. Çok çabuk yorulmak. Merdiven çıkmakta, hatta ve hatta özellikle inmekte çok sorun çekmek. Genelde insanlar mesela merdivenleri kolay iner. Ama hayır. Benim çıkışım daha kolay. İnerken zorlanıyorum ben. Diz kapaklarımdan. (Meriç, K, BKİ: 41,02)”

Katılımcılardan Fırat, kilo nedeniyle vücudunun iki damacana su taşıyor gibi hissettiğini, özellikle ayaklarının ağırdığını ve sürekli yorgun olduğunu, dinlense de yorgunluğunun geçmediğini ifade etmiştir. Ayrıca sigara içtiğini ve kilo ile birlikte sigara içmenin de kendisine dezavantajlar yarattığını belirtmiştir. Bu durumu, zayıf kişilerle karşılaştığında hareket etmekte zorluluk yaşadığını şu sözlerle açıklamıştır:

“Eve bir gidiyoruz, bir oturuyoruz, kalkamıyoruz bir daha yerimizden. Neden kilodan dolayı... Zaten kilo fazla, ayak taşımıyor. Hani isteyken çabuk yoruluyorsun. Zayıf adama bakıyorum. Adamlarda öyle bir sorun yok. Adam hala ceylan gibi sekiyor. Bende ama öyle değil. Niye? Kilo var. Çünkü vücut zaten iki damacana suyu boştan yere taşıyor şu anda. Sigarada zaten var.

İkisi birlikte olduğu zaman bitiriyor insanı. O da ne yapıyor? Dinlenemiyorum yani. Ayaklarım ağrıyor, vücudum ağrıyor, kemiklerim ağrıyor (Fırat, E, BKİ: 38,2)”

Ayrıca Fırat, bu durumun aile ilişkilerini de olumsuz etkilediğini ve sürekli yorgun olduğu için çocuğuna ve eşine yeterince vakit ayıramadığını da eklemiştir.

“İşte de yoruluyorsun, yıpranıyorsun. Eve gittiğin de de uyuyorsun hemen yorgunsun çünkü çocuğuna ailene zaman ayıramıyorsun. (Fırat, E, BKİ: 38,2)”

Katılımcılardan Amazon, tıpkı Fırat gibi, zayıf kişilerle kendisini karşılaştırdığında kilo nedeniyle atikliğini kaybettiğini ve yavaşladığını belirtmiştir.

“Mesela metrodan inip yürüyeceğiz ya, arkadaşım ile beraber. Şimdi arkadaşım daha fit olduğu için daha hızlı yürüyor. Ben geride kalıyorum mesela. Yani o eski atiklik, serilik olmuyor. Kilo insanı yavaşlatıyor. (Amazon, E, BKİ: 34,4)”

4.2.1.1.3. Nefes Darlığı: “Bir yol yürüdüğün zaman nefes nefese kalıyorsun.”

Katılımcılar günlük yaşamlarında yol yürüdüklerinde, merdiven çıktıklarında nefes nefese kaldıklarını belirtmişlerdir.

“Sağlık sorunları ister istemez hafif hafif başlıyor. Hissediyorsunuz bir bel ağrısı mesela. Bir yol yürüdüğün zaman nefes nefese kalıyorsun. (Aras, K, BKİ: 43,3)”

Katılımcılardan, özellikle askerlik döneminde kilo almaya başlayan ve görüşme sırasında beden kütle indeksi 41,5 olan Gediz kilo almadan önce spor (futbol oynama) yaptığını belirtmiştir. Ancak şu anda kilo nedeniyle spor yapmasının zor olduğunu, çünkü koştuğunda nefes nefese kaldığını şu sözlerle açıklamıştır:

“Spor yapamıyorum mesela. Spor yapmam çok zor şimdi. Spor yapmayı da çok severim. Kilo aldıktan sonra belli bir şey yapamıyorsun artık. Çünkü koştuğun zaman hemen daralıyorsun. Nefesin kesiliyor. O oluyor. (Gediz, E, BKİ: 41,5)”

Katılımcılardan Amazon, özellikle tempolu yürüdüğünde nefes nefese kaldığını ve bu durumdan dolayı kendisini eleştirdiğini ifade etmiştir.

“Tempolu yürüdüğüm zaman, vücut alışık olmadığı için nefes nefese kalıyorum. O zaman kızıyorum kendi kendime. Al işte yersen böyle olur diye. Yemeği, tatlıyı görünce tekrar eskisine dönüyorum. (Amazon, E, BKİ: 34,4)”

4.2.1.1.4. Aşırı Terleme: “Duş olman gerekiyor.”

Kiloya bağlı olarak, katılımcılardan bazıları iki adım attıktan sonra ellerinin ve vücutlarının terlediğini belirtmişlerdir.

“Eve gidiyorsun mesela hani vücudun işte terliyor. Zayıf bir kişi gibi olamıyorsun. Hemen duş alman gerekiyor. (Fırat, E, BKİ: 38,2)”

“Bir de ben çok terlerim. İki bir şey yapayım, aşağı markete gideyim gelip, her tarafımdan böyle ter fışkırır, kilodan oda. Doktorlar da çare bulamadı. (Menderes, E, BKİ: 42,2)”

Katılımcılardan Amazon, daha önce kolay kolay terlemediğini, ancak kilo aldıkça çok çabuk terlediğini belirtmiştir. Bu nedenle, her gün eşinin çarşaflarını değiştirmek zorunda kaldığını ifade etmiştir.

“Çok çabuk terliyorum mesela artık. Eskiden ben terlemezdim kolay kolay. Şimdi iki adım atsam terliyorum. Mesela her gün eşim çarşaf yıkmak zorunda kalıyor. Her gün yataktan terli kalkıyorum. Ben kiloya yoruyorum (Amazon, E, BKİ: 34,4)”

4.2.1.1.5. Uygun Kıyafet Bulamama: “Sürekli yeni bedenime göre alışveriş yapmak zorundayım.”

Katılımcıların çoğu, kilo ile ilgili yaşadıkları en büyük sorunlarının başında kıyafetlerinin yakışmaması ve uygun kıyafet bulamamak olduğunu belirtmiştir. Kilo almaya devam ettikçe, yeni bedenlerine uygun kıyafetler bulmanın zorlaştığını ve genellikle bol ve siyah giymek zorunda kaldıklarını ifade etmişlerdir. Bu bağlamda kilo, giyim tarzını belirleyen en önemli unsur haline gelmektedir. Diğer bir deyişle, katılımcılar kendi tarzlarını yansıtan kıyafetler tercih etmek yerine, bedenlerine uygun kıyafetleri seçmek zorunda kaldıklarını dile getirmektedir.

“Giydiklerin olmuyor, yakışmıyor. (Arda, K, BKİ: 32,4)”

“Tabii kıyafetlerimin hepsi artık olmuyor bana. Pantolonlarımın çoğunun belli olmuyor mesela. Sürekli yeni bedenime göre alışveriş yapmak zorundayım. (Amazon, E, BKİ: 34,4)”

“Tabii kıyafet bulamıyorsun belli bir kilonun üstünde. Bu bir gerçek. Kıyafet seçmek, giyim tarzı bunlar etkiledi. (Dicle, K, BKİ: 39,2)”

“Okul zamanı da mesela. Herkes giyiyordu eşortman, şortla her şeyini. Ben giyemiyordum. Çünkü niye? Vücudum düzgün değil. Kilo problemim var. Ne giysem böyle geniş giyeceğim. Göğüs hatlarım, vücut hatlarım çok belli oluyor. Rahatsız oluyorsun. (Fırat, E, BKİ: 38,2)”

Katılımcılardan mesleği öğretmen olan Asi, kilo aldıkça kıyafetlerinin kötüleştiğini, yakışmadığını, ancak artık buna dikkat etmediğini ve kendi ifadesiyle annesi gibi giyinmeye başladığını belirtmiştir. Buna bağlı olarak toplumda kıyafete büyük önem verildiğini ve “ye kürküm ye” gibi yaklaşımların olduğunu, bunun sonucunda da bazı olumsuz yakıştırmalarla karşılaştığını ifade etmiştir:

“Kilo aldıkça kıyafetlerim kötüleşti. Annem gibi falan giymeye başladım. Birazcık ye kürküm ye var bizim ülkemizde yani. Öğrencilerimde Allah'ın köylüsü falan diye bakıyorlar. Kendime çok kızıyorum. Giydiğim kıyafetler yakışmadığı için. Böyle göbeğim çıkıyor falan ya. Hoşlanmıyorum. Hani kilo aldıktan sonra kılık kıyafetinize de dikkat etmiyorsunuz. Bu bir süreç ve kısır döngüye giriyor. (Asi, K, BKİ: 31,2)”

Katılımcılardan 23 yaşındaki Ren, kilosu nedeniyle içinde rahat edebileceği düz kıyafetler tercih ettiğini ve sürekli olarak uzun ve koyu renk kıyafetlerle kilosunu kapatmak zorunda kaldığını şu sözlerle ifade etmiştir.

“Sırf kiloluyum diye niye oramı, buramı saklayayım? Düşüncesi var. Ya da bu kiloda rahat edebileceğim en düz olması gereken şeyi giyiyorum diyebilirim. Mesela giydiğinizde göbeğim çıkıyor. Ceket ya da montla önünü kapatmak zorundasın. Ama artık içine güzel bir bluz bir şey giymişsin badi. Niye onu göstermiyorsun? Çünkü göbeğim gözüktüyor. Kapatmam lazım onu. Kapatıyorsunuz. Daha uzun giyiyorsunuz. Ya da işte daha koyu renkler giyiyorsunuz iç olarak. Çünkü koyu renk daha zayıf gösterir ya...(Ren, K, BKİ: 33,6)”

Ayrıca Ren, erkek arkadaşının olduğunu fakat nişanlılık ve evlilik gibi özel günlerde “ne giyeceğim” endişesi taşıdığını da eklemiştir.

“Erkek arkadaşım var. Belki ileride evlenirsek veya nişanlanırsak ben ne giyeceğim düşüncesi var. (Ren, K, BKİ: 33,6)”

Yine katılımcılardan Aras, kilosu nedeniyle istediği kıyafetleri giyemediğini, sürekli siyah kıyafet giymek zorunda kaldığını ve bu durumdan mutsuz olduğunu, özellikle özel günlerde bu sorunla yüzleşmek zorunda kaldığını belirtmiştir. Ayrıca güzel kıyafetlerin genellikle small, medium ve large beden seçenekleriyle olduğunu da eklemiştir.

“Yani istediğinizi giyemiyorsunuz. Hep en güzel kıyafetler küçük bedenlerde var. Mesela bakıyorsun bir kıyafet görüyorsun. Yani en çok güzel beğendiğin kıyafetler en fazla XL'ye kadar çıkıyor. Geneli tabii ki S, M, L. En açıkçası bu. En üzücü kendi açımdan baktığım zaman bu. Düşünsenize, en sevdiğiniz bir kardeşiniz evleniyor. Düğünlere gidiyorsunuz ama istediğiniz hiçbir şeyi

giymiyorsunuz. Sürekli siyah giyinmek öğrettiği şeylerden biri. Yani ne kadar kıyafet aldıysam diyelim dışarı çıkarken giyeceğim. Hepsi siyah. (Aras, K, BKİ: 43,3)”

Evli katılımcılardan Fırat, özel günlerde kilo sorunuyla yüzleştiğini ve damatlık gibi özel bir günde giydiği kıyafetin üzerinde çuval gibi durduğunu ifade etmiştir.

“Bir damatlık en basitinden mesela damatlık giyiyorsun, hiç damatlık gibi durmuyor. Gerçekten o bile etkiliyor. Bir şeyi beğeniyorsun, gömlek giyiyorsun. Olmuyor. Çuval gibi. Her şeyde sıkıntı. Kilo hayatında... (Fırat, E, BKİ: 38,2)”

Katılımcılardan bazıları, özellikle yaz dönemlerinde bedenlerinden memnun olmadıklarını, bikini giymek ve havuza girmek isteseler de kiloları nedeniyle bunu yapamadıklarını belirtmişlerdir.

“Yani hep bir şeylerden bir adım geri kalma hissiyatı. Mesela en büyük hayalim şeydi benim, bikini giymekti. Hiç giyemedim mesela. (Meriç, K, BKİ: 41,02)”

“En başta bir havuza gideceksin, gidemiyorsun. O beni psikolojik olarak çok yıprattı. Çünkü kilon rahatsız ediyor insanı ister istemez. Evlenene kadar da gitmedim. Gitsem de giremezdim. Çünkü rahatsız olurdum vücudumdan. (Fırat, E, BKİ: 38,2)”

Katılımcılardan Fırat, kilosu nedeniyle yaşadığı kıyafet sorunlarının askerlik döneminde de devam ettiğini belirtmiştir.

“Askere gittim ben mesela. Bir hafta boyunca bana kamuflej bulamadılar. Kilomdan dolayı. Ben bir hafta eşofmanla gezdim. Her yerde etkiliyor. (Fırat, E, BKİ: 38,2)”

Aslında katılımcıların yaşadıkları kıyafet sorunu yalnızca bir fiziksel sorun olarak algılanmamaktadır. Bu sorun, katılımcıların psikolojik durumlarını da olumsuz bir şekilde etkilemektedir. Bu bağlamda katılımcılardan Nil, yukarıda belirtildiği gibi özellikle yaz dönemlerinde kendisini beğenmediğini, özgüveninin düştüğünü ve romantik ilişkide olduğu kişinin bedenini bu şekilde görmemesi için tatile gitmekten kaçındığını şu sözlerle açıklamıştır:

“Şöyle, özellikle yazın. Bikini falan girerken sıkıntı. Yazın kendimi beğenmiyordum. O dönemlerde hiç beğenmiyordum kendimi ve gerçekten özgüvenimi düşürüyordu. Mesela işte arkadaşlardan ziyade sevgilimle tatile gitmiyordum. Beni bu halde görmesin diye. (Nil, K, BKİ: 36,5)”

Katılımcılardan Tuna, bir mağazaya gittiğinde kendisi ve bedeni için uygun bir şey bulamadığını ve bunun sonucunda mutsuzluk yaşadığını ve hayata küstüğünü açıklamıştır.

“Bir mağazaya gidiyorum, bir şey alamıyorum. Yani yakışmıyor. Bedenine hiçbir şey olmuyor. Hayata küsmüştüm. Mutsuzluk yaşıyorsun. (Tuna, K, BKİ: 44)”

Aynı şekilde katılımcılardan Ren’ de istediği kıyafetleri giyemediğinde bu durumun psikolojisini olumsuz şekilde etkilediğini belirtmiştir.

“İstediğim kıyafetleri giyemiyorum. Bu bir gerçek. İstediğinizi giyemeyince ve alamayınca psikolojinize de olumsuz yansıyor. (Ren, K, BKİ: 33,6)”

4.2.1.2. Psikolojik Sorunlar

Katılımcıların yaşadıkları psikolojik sorunlar, depresif belirtiler ve düşük özgüven başlıkları altında incelenmiştir.

4.2.1.2.1. Depresif belirtiler: “Evde bunalıma giriyorsun, hayata küsüyorsun...”

Katılımcıların bazıları, depresyon belirtileri gösterdiklerini ve bu durumu, kilolu olmaları nedeniyle kendilerini evlerine kapatmak, sürekli ağlamak ve hiç hareket etmemek şeklinde açıklamışlardır. Katılımcılar, bu dönemlerde hayatlarında yalnızca yemek yemenin ve sürekli yatmanın olduğunu ifade etmişlerdir. Bu süreç, katılımcıların evden çıkmayarak kendilerini izole ettiklerini, mutsuz olmalarına, daha çok yemek yemelerine, hareketsiz kalmalarına ve daha çok kilo almalarına neden olarak bir kısır döngüye yol açmaktadır.

“Çünkü kendimi eve kapattım, öyle söyleyeyim. Ve sürekli ağlıyordum. O dönemde çok içime kapandım. Kiloda aldım. Hiç hareket etmiyordum ben. Eve geliyordum, odama geçiyordum. Sadece yiyip içip yatıyordum doğrusu. (Ren, K, BKİ: 33,6)”

“Evden çıkmak istemiyorum. Homini gırtlak yiyorsun, eve kendini hapsediyorsun, kiloların var diyorsun. Toplum sana sanki farklı bakıyor gibi görüyorsun. O psikolojiye artık giriyorsun artık, kendini kapatıyorsun. Evde bunalıma giriyorsun, hayata küsüyorsun yani ve kilon ilerlediğini görüyorsun. Seni daha çok bunalıma sokuyor. Daha çok bunalıyorsun. Daha çok depresyona giriyorsun. (Tuna, K, BKİ: 44)”

“Yine aynı kısır döngüye giriyorum. Yine kilo almaya başlıyorum. (Asi, K, BKİ: 31,2)”

Katılımcılardan Aras, böyle dönemlerde yalnızca yemek yeme ve yatmak gibi iki temel ihtiyacının olduğunu ve bu dönemde kilo vermenin de almanın da kendisi için çok önemli olmadığını şu şekilde açıklamıştır:

“Nasıl diyeyim size? Yemek yiyip gidip yatıyorsun yani. Bir nevi iki ihtiyaç gibi görüyorsun onu. Çünkü üzüldüğüm zaman kilo vermek bile istemiyorsun yani. İstemedim. Yani kendimi bile önemsemiyorum. (Aras, K, BKİ: 43,3)”

Katılımcılardan Nilüfer, kendini eve kapattığı süreçte, çoğunlukla yatakta vakit geçirdiğini ve yalnızca yemek yemek için kalktığını bu yaşam biçiminin ise kendisine kilo olarak döndüğünü açıklamıştır.

“Kendimi eve kapattıktan sonra o süreçte çok yedim. Zaten 86'lardan o süreçte 95'e geçtim. Yatmayı, hiçbir şey yapmamayı. Hiçbir şeyle ilgilenmemeyi tetikledi. Sadece yatağın içinden yemek yemek için kalkıyordum. Ve yiyip yatıyordum sürekli. (Nilüfer, K, BKİ: 32,2)”

4.2.1.2.2. Düşük Özgüven: “Kendinize olan o özgüveninizi o alıyor...”

Katılımcılar, kiloları nedeniyle mutlu olmadıklarını, özgüvenlerinin düştüğünü ve kendilerini beğenmediklerini belirtmişlerdir. Ayrıca, kilonun kendilerine olan saygılarını zedelediğini ve deyim yerindeyse “bedenlerini ele geçirdiğini” ifade etmişlerdir.

“Görüntü olarak da mutlu değilim. Sizi alıyor en başında yani. Size olma saygınızı alıyor, bedeninizi alıyor. Kendinize olan o özgüveninizi alıyor. Hiçbir şey kalmıyor sizden geriye. (Ren, K, BKİ: 33,6)”

“Psikolojik zaten özgüveninizi düşürüyor gerçekten. (Nil, K, BKİ: 36,5)”

“İşte bir şekilde kendini beğenmiyorsun. Kendini beğenmiyorsun yani. O bakımdan rahatsız ediyor insan kilo. (Arda, K, BKİ: 32,4)”

Katılımcılardan Aras, aynaya baktığında mutlu olmadığını ve bu nedenle özgüveninin de düştüğünü belirtmiştir.

“Yani o aynaya baktığınızda bile o sizi üzüyor. Bu sefer aynalara küsüyorsun. Görüntüden mutlu oluyorsun, özgüvenin düşüyor. (Aras, K, BKİ: 43,3)”

4.2.1.3. Sosyal Sorunlar

Katılımcıların yaşadıkları sosyal sorunlar önyargıya ve ayrımcılığa maruz kalma başlığı altında incelenmiştir.

4.2.1.3.1. Önyargı ve Ayrımcılığa Maruz Kalma

Obez bireylere yönelik önyargı ve ayrımcılık ebeveynler, eş veya romantik ilişkide olunan kişiler, işverenler, iş arkadaşları, akranlar, öğretmenler ve toplum gibi farklı sosyal gruplar tarafından gerçekleşmektedir ve bu başlıklar altında incelenmiştir. Kilolu bireylerin diğer kilolu bireylere karşı geliştirdiği önyargılar da bu başlıkta ele alınmış ve özellikle katılımcıların maruz kaldıkları önyargı ve ayrımcılığın etkisiyle kendilerini etiketledikleri konusuna da bu başlığın sonunda yer verilmiştir.

4.2.1.3.1.1. Ebeveynleri tarafından “Yeter artık şu yemeyi bırak...”

Katılımcılar kiloları nedeniyle aile üyeleri tarafından doğrudan yargılama ya da olumsuz söylemlere maruz kaldıklarını dile getirmiştir.

“İşte o yüzden hanımla çok kavga ediyoruz mesela. Yeter artık şu yemeyi bırak diye. (Gediz, E, BKİ: 41,5)”

“Kiloya karşı tutumları çok karşılar. Yani çok katı bir şekilde. Çünkü ablam mesela şey diyor, zaten bir bacağın gitti, ne yapacaksın? Hani ver bu kiloyu artık. Yani en kötü bir 20 kilo versen eski halindesin zaten diyor. Abim de mesela hep şey der, sağlık sağlık. Bu diz gitti zaten. Diğeri de giderse ne yapacaksın? Koltuklu değneye mi bağlı kalacaksın? Çok acı bir şekilde doğruları söylüyor aslında. Tabi birde bir akraba faktörü var. Laf ederler diye düşünüyorsunuz. (Ren, K, BKİ: 33,6)”

Katılımcılardan Dicle, ailesindeki herkesin obez olduğunu ve aile ortamında sürekli bir kilo ve bedenle ilgili konuların gündeme geldiğini belirtmiştir. Ayrıca, bu konuların genellikle eleştirel ve yargılayıcı bir üslupla ifade edildiğini de vurgulamıştır.

“Ailede yani böyle çok kilo aldın ver falan. Çok olumsuz. Acayip bir yargılama aslında. Beğenmeme. Benim hikayemde oturduğu yer bu oldu çünkü sürekli bir beden konusu var. Bedene yönelik acayip yorumlar evde sürekli. (Dicle, K, BKİ: 39,2)”

Babasını dominant bir karakter olarak tanımlayan Arda, babası özelinde erkeklerin ve hatta toplumun kadının bedenini belirli kalıba soktuğunu ve ideal kadın olmanın yalnızca zarif ve ince olma gibi fiziksel ölçütlerle değerlendirildiğini şu sözlerle dile getirmiştir:

“Bir de erkeklerin bakış açısı mı diyeyim, babamın bakış açısı mı? Toplumda böyle bir bakış açısı mı var? Kadın dediğin zarif olmalı, ince olmalı falan. Hani bana bunu söylüyor. Kadın dediğin ince olur, zarif olur. Kadın dediğin ince olur, zarif olur ama olamıyorum işte. (Arda, K, BKİ: 32,4)”

Katılımcılardan Meriç, kendisi gibi kilolu olan babası tarafından olumsuz bir söylemle karşılaşmadığını ifade etmiştir. Ancak, otoriter olarak tanımladığı annesi tarafından “böyle güzel değilsin zayıfla” gibi olumsuz söylemlere maruz kaldığını belirtmiştir.

“Vallahi babamın bir şeysi yoktu Allah var ya. Çünkü kendi de aynı olduğu için. Annem hani şey yapar, kızım biraz zayıfla, işte güzel değilsin böyle. (Meriç, K, BKİ: 41,02)”

Katılımcılardan bazıları ise aile üyeleri tarafından doğrudan ayrımcılığa maruz kaldıklarını belirtmiştir. Tuna, bu söylemlerin kilo vermede olumlu hiçbir etkisinin olmadığını, aksine bu durumun kendisini strese soktuğunu ve daha fazla kilo aldığını dile getirmiştir.

“Annem de bir yandan zayıfla diyor. Ya ben zayıflamak istiyorum. Ben mutlu değilim hayatımdan. Arkadaşım hiçbir kilo problemi falan konuşmadım ben hiç öyle kimse kimse dış görüşü yargılayamaz. Bunu en çok ailedeki insan yapıyor zaten seni. Dışarıdaki insan yapmıyor. Kilolusun, zayıfla. Kilolusun, zayıfla. Artık aileden bunu onu duya duya. Ruhsal çöküşe indim zaten. Onların baskısıyla daha çok kilo almaya başladım. Daha çok strese girdim (Tuna, K, BKİ: 44)”

Katılımcılardan bazıları aile üyelerinin doğrudan kendisine yönelik olumsuz söylemleri olmasa da başka kilolu bireylere yaptıkları olumsuz söylemlerin aslında kendilerine yönelik yapılan bir ayrımcılık olduğunu ifade etmiştir.

“Ya da işte hani kilolu insanları senin yanında bazı terimlerle adlandırıyorlar. Yani direkt bana söylemeseler de bir başkası hakkındaki yorumlarından az çok anlıyorsunuz. Çünkü o yorumlar çirkin ve kaba oluyor. Çünkü bakıyorsun o kişide senin kadar anca. Giydiği yakışmıyor diyor mesela. Demek ki bunlar bana da böyle bakıyor diyorsun (Asi, K, BKİ: 31,2)”

4.2.1.3.1.2. Eş veya romantik ilişkide olunan kişi: “Kendini iyice saldın...”

Katılımcıların çoğu, kiloları nedeniyle şimdi ya da geçmişte eşi, sevgilisi ya da romantik ilişkilerinde olduğu kişi tarafından “sen çabuk yorulursun”, “annen gibi olma”, “sen yeme” gibi olumsuz söylemlerle ayrımcılığa maruz kaldıklarını ifade etmişlerdir.

“Yani hem eşim çok sevmez kiloyu. Annen gibi olma diyor (Asi, K, BKİ: 31,2)”

“Üniversite dönemindeki erkek arkadaşımın çok öyle lafları olurdu. Sürekli işte sen yeme. Şöyle yapma, böyle yapma. Şimdi dönüp bakıyorum. O beni sarstı yani. Ki o dönemde çok bir kilom yokmuş. (Dicle, K, BKİ: 39,2)”

“Nasıl diyeyim size... Hanımla bazen tartışıyoruz tatlı tatlı. Ama hiç sevmiyor aslında. Hatta çok tavır yapıyor bu konuda. Sürekli spor yap, zayıfla. Şunu yeme, bunu yeme diyor ama duramıyoruz biz. (Gediz, E, BKİ: 41,5)”

Katılımcılardan Ren, erkek arkadaşının kendisine “kendini iyice saldın” şeklinde olumsuz söylemler yönelttiğini ve bu durumun ilişkilerinde bir bahane olarak kullanıldığını belirtmiştir. Ayrıca, yalnızca kilolu olduğu için ilişkilerinin sona erdiğini ve bu süreçte ihanete uğradığını ifade etmiştir.

“Üç ayın sonunda ufak ufak bir ihanet belirtileri başladı. İşte buluşmaya gelmemeler, benim dizimi bahane etmeler, sen gelmiyorsun zaten, kendini iyice saldın falan. Keyfimden mi saldım? Ben iyi değilim zaten. Saldın derken, bakmıyorsun kendine diye. Kişisel bakım olarak. (Ren, K, BKİ: 33,6)”

6 yıldır evli olan ve evlendikten sonra kilolarının daha da arttığını belirten Tuna, eşinin bu süreçte destek olmaktan ziyade olumsuz söylemleriyle köstek olduğunu ifade etmiştir. Ayrıca Tuna, eşinin kendisiyle sırf kilolu olduğu için bir yere gitmek istemediğini ve bu durumun kendisini üzdüğünü dile getirmiştir.

“Bir de eşim yani biraz şey yaptı. Desteklemedi. Aslında köstekledi. İşte çok kilolusun. İşte ben bak minyonum sen niye zayıf değilsin? İşte boğazına çok düşkünsün gibi olumsuz ifaleri ile beni mutsuzluğa soktu. Bunları diyen eşim yani rencide oluyorsun, üzülyyorsun. Eşin seninle bir yere gitmek istemiyor. Seni kilolu olduğun için hakir görüyor. (Tuna, K, BKİ: 44)”

4.2.1.3.1.3. Eğitim hayatı: “Genelde tombiş, ayı, kilolu, şişko derlerdi...”

Çocukluk çağından itibaren kilolu olan katılımcılar, eğitim hayatlarında akranları tarafından önyargıya maruz kaldıklarını dile getirmiştir. Bu bağlamda, çocukluk çağından itibaren kilolu olmanın, önyargıyla karşılaşmada önemli bir etken olduğu söylenebilir. Katılımcılar, özellikle zayıf öğrenciler arasında bir gruplaşma olduğunu ve kendilerine “ayı”, “şişko” gibi alaycı lakaplarla hitap edildiğini belirtmişlerdir.

“Okulda mesela öğrenciler genelde, öğrenciler, sınıfta zayıf olan kızlar, kendi aralarında gruplaşma olurdu. Genelde tombiş, ayı, kilolu, şişko derlerdi. Asıl kız öğrenciler seni dışlıyordu. Ama onlara göre iriydim bende. Evet, lisede değil de ortaokulda bunu yaşadım. (Tuna, K, BKİ: 44)”

“Ama o zaman dediğim gibi, yaşitlarıma göre kalıplıydım. Şöyle baktığım zaman bana gelip şişko diyorlardı ya. (Gediz, E, BKİ: 41,5)”

“Valla çocukluktan beriydi de ortaokulda biraz daha zor oldu. İlkokulda biraz daha çocuk akli olduğu için pek anlayamıyorsun ama ortaokulda bunu anlayabiliyorsun. Çünkü arkadaşlarının dalga geçmesi, kızlarının seni beğenmemesi. Çok dalga geçiliyordu yani. Kimler daha çok? Kızlar tarafından işte. Böyle ukala erkekler tarafından işte. Onlar şişko işte. Yani her şeyi diyorlardı. Ayı da diyorlardı, şişko da diyorlardı. (Fırat, E, BKİ: 38,2)”

Katılımcılardan Arda, özellikle lise döneminde beden üzerinden nasıl bir popülerlik dinamiği olduğunu örnek vererek açıklamıştır. Arda, lisede beğenilen, öne çıkan ve popüler olan tüm kızların ince olduğunu, tımbul olan kızların ise beğenilmediğini belirtmiştir.

“Mesela lisenin popüler kızların, beğenilen kızların, önde olan kızların hepsi ince, zarif... Tımbul olup da çok beğenilen bir kız yoktu açıkçası. Böyle bir algı var yani. (Arda, K, BKİ: 32,4)”

Fırat, eğitim hayatında yaşadığı önyargıların yalnızca akranları değil, öğretmenleri tarafından da gerçekleştiğini belirtmiştir. Bu söylemlere birçok kişinin içerisinde maruz kaldığını ve bu durumu kendi ifadesiyle “yerin dibine giriyorsun” şeklinde duygularını dile getirmiştir.

“Öğretmenler de vardı birkaç kişi mesela...Niye kilo alıyorsun? Yazık değil mi gençliğine? Yakışıyor mu? Herkesin içinde. İnsan iyilik yaptığını düşünüyor ama o kadar insanın içinde demesi rencide ediyordu. Kızlar var mesela. Kızların içinde dediği zaman sen yerin dibine giriyorsun. (Fırat, E, BKİ: 38,2)”

Özellikle yetişkinlik dönemi ve sonrasında kilo problemi yaşayan katılımcılar ise ilkökul, ortaokul ve lise dönemlerinde zayıf oldukları için herhangi bir ayrımcılığa maruz kalmadıklarını belirtmiştir.

“İlkokul ve lisede yoktu, o zamanlar çok hareketliydik o zamanlar. (Amazon, E, BKİ: 34,4)”

“Şöyle, kiloma karşı sen kilolusun olayı hiç olmadı. Genellikle zaten hep normal kilolarımdıydım. Hatta ilkökulda zayıfım falandım. Ondan sonra okul hayatımda hiç sorunum olmadı. Okulda dikkat çeken öğrenciler var ya, genellikle onlardan biriydim. (Nil, K, BKİ: 36,5)”

4.2.1.3.1.4. İş hayatı: “Kilolu olduğum için hantal zannediyorlar...”

Katılımcıların çoğu, iş hayatında yöneticileri veya iş arkadaşları tarafından kiloları nedeniyle ayrımcılığa maruz kaldıklarını dile getirmiştir. Bu ayrımcılık, iş başvurularının ilk görüşmelerinde başlamakta ve katılımcılar işe alınsalar dahi görev pozisyonlarına kadar etkili olmaktadır. Bu durum, özellikle katılımcıların

kendilerini yetersiz hissetmelerine ve içselleştirilmiş damgalanma yaşamalarına neden olmaktadır.

“Benim daha önce bir müdürüm vardı. O mesela beni gördü, görüşme yaptı. Ondan sonra beni yönlendiren kişiyi aramış. demiş ki bu arkadaş çok kilolu. Bu işte yapamaz, kilolu olduğum için hantal zannediyorlar. (Fırat, E, BKİ: 38,2)”

“Tipime baktığın zaman ister istemez, ya bu yapabilir mi ki acaba birader bu nasıl yapacak diye düşünüyorlar. (Gediz, E, BKİ: 41,5)”

Mesleği psikolog olan Dicle, bir iş başvurusunda kendisinden boy ve kilo bilgilerinin talep edildiğini ve sonrasında kendisinde geri dönüşün yapılmadığını belirtmiştir.

“Ya ben mesela şeyi hatırlıyorum. O dönem 72 kiloydum. Bir iş başvurusu yaptım bir hastaneye. Bana boy ve kilomu sordular. Çok abes bir soruydu bence. Sonra çağırılmadım. (Dicle, K, BKİ: 39,2)”

Üretim sektöründe çalışan ve görüşme sırasında 110 kilo olan Aras, iş yerinde çalışılacak olan pozisyonun kiloya göre belirlendiğini, kilolu bireylerin aktif ve hızlı olmadığı düşüncesiyle daha hareketsiz işlerde görev verildiğini belirtmiştir. Ayrıca bu durumun kendisini yetersiz hissetmesine neden olduğunu şu sözlerle açıklamıştır:

“Şöyle söyleyeyim... Şöyle bakıyorlar, her şeyi yapamazsın aktif olarak. Seni mesela bir makine başına falan... Vermiyorlar. Şöyledir söyleyeyim sana. Hızlı çevirme ve vakum makineleri falan vardı biz de fabrikada çalıştığımız için mesela. Kilolu insanları onu başına vermiyorlar. Hızlı eğilip kalkamazsın. Aktif değilsin. Makineyi zamanında çeviremezsin hesabı. Yani daha hareketsiz işlere veriyorlar. Bu durumda üzücü tabii ki. Yani bir nevi kendinizi yetersiz hissediyorsunuz. (Aras, K, BKİ: 43,3)”

Katılımcılar, kilolarına yönelik olarak işverenlerin “aktif olamaz” veya “hantaldır” gibi önyargıları nedeniyle iş görüşmelerine tereddütlü ve endişeli bir şekilde gittiklerini ve iş başvurularının ilk görüşmesine dahi alınmayarak ayrımcılığa maruz kaldıklarını ifade etmişlerdir.

“Yani... nasıl diyeyim size, bir iş görüşmesine falan giderken tereddütlü ve endişeli gidiyorsunuz. Çünkü kilolusun. Bu görünüyor, bunu saklayamıyoruz maalesef. Bunu da işveren ya da sizinle görüşen kişinin bakışlarından bile anlıyorsunuz yani. (Aras, K, BKİ: 43,3)”

“Mesela ben bir AVM ye gittim böyle bir iş görüşmesine. Benimle görüşmeye beklediği halde beni gördü. Sonra dedi ki, “şu an işim var”. “Arkadaşa söyleyin, sonra gelsin”. Ben çok bozuldum mesela. Niye? Çünkü görüşme

ayarlandı 14:00 de mesela. Beni gördü direkt kilodan, tipten. Adam direkt görüşmedi bile benimle. Çıktım geri geldim mesela. (Fırat, E, BKİ: 38,2)”

Katılımcılardan Arda ise çalıştığı yerde kilolu bireylerin sayısının fazla olması nedeniyle herhangi bir önyargı ya da ayrımcılığa maruz kalmadığını belirtmiştir.

“Bizim iş yeri şişmanlar cenneti... Şişmanlar diyelim. Çalışanların çoğu kilolu. Kendimi hiç kötü hissetmiyorum diyormuşum. Gerçekten öyle. Herhalde belirli bir yaş grubu mudur nedir? Kilolu insan sayısı fazla. (Arda, K, BKİ: 32,4)”

Katılımcılardan bazıları, aile üyelerinin yaptığı gibi iş arkadaşlarının da doğrudan kendilerine yönelik olumsuz söylemleri olmasa da, başka kilolu bireylere yönelik yaptıkları olumsuz yorumların aslında kendilerine yönelik bir ayrımcılık olduğunu ifade etmiştir.

“Bir gün artık şey dedim benim yanımda bunu konuşmayın bari ya dedim. Yani kendi aranızda konuşun falan. Çünkü bir yerde saygısızlık da oluyor bu bence. Çünkü sen sürekli kilo vermeye çalışıyorsun, böyle bir çaban var. (Dicle, K, BKİ: 39,2)”

“Direkt bana söylenmiyor mesela. Bir muhabbet ortamında ya da bir şakalaşma bile hani espri anlamında bile söylendiği zaman kilo ile alakalı veyahut da birinden bahsederken bile hani onunla ilgili kendi tanıdıkları, benim tanımadığım bir insandan bile bahseder ki işte şu kadar kilo almış, ayı gibi olmuş. İşte öyle kelimeler cümleler geçtiği zaman, duyduğun zaman ister istemez üzülüyorsun yani. Çünkü kendim de kilolu olduğum için o tür cümleler, o tür muhabbetler hoşuna gitmiyor insanın. (Aras, K, BKİ: 43,3)”

4.2.1.3.1.5. Toplum tarafından: “Çünkü millet kilodan linç ediliyor yani...”

Katılımcılar toplumun “dış görünüş odaklı” olduğunu, bu toplumda “kabuk” olarak adlandırılan dış görünüşün her zaman daha fazla öne çıktığını ifade etmişlerdir. Ayrıca, kilolu bireylerin “beğenilmeyen” ve “linç edilen” bir grup olarak görüldüğünü belirtmişlerdir. Bu durum ise kilolu bireylere toplum tarafından sürekli bir baskı uygulandığı anlamına gelmektedir. Bu bağlamda, toplumda kilolu olmanın “bir sıfır yenik başlamak” anlamına geldiğini dile getirmişlerdir.

“İnsanlar buna çok önem veriyor. Çok laf ediyorlar. Kendileri için de başkaları için de. Yargılayıcı tutumlar, laflar. Sosyal medyada. Twitter'a girin yani. Çünkü millet kilodan linç ediliyor yani. Bu nedenle kilonun sosyal olarak da insanı çok geride tuttuğunu düşünüyorum. Sanki senin kim olduğun değil de kabuğun önemliymiş gibi. Tek önemli olan şey buymuş gibi. Hiçbir şey önemli değil bu hayatta kim olduğunun ne yaptığının tek bedeninin önemli. Hele genç kadınlar için bir problem. Bana geçen algı bu. (Dicle, K, BKİ: 39,2)”

“Özellikle kilo olayı toplumun gerçekten gözünde bir sıfır yenik başlatıyor zaten. (Fırat, E, BKİ: 38,2)”

Katılımcılardan Arda, yurtdışından gelen bir tanıdığının almış olduğu kilolar nedeniyle yıllardır görmediği insanlar tarafından sorguya çekildiğini ve maruz kaldığı “kilo ırkçılığını” aktarmıştır. Ayrıca, daha öncede vurgulandığı gibi, toplumun zayıf kişileri daha fazla beğendiğini ve beğenilme kriterlerinin yine kadının bedeni üzerinden belirlendiğini şu şekilde açıklamıştır:

“...Kilo ırkçılığı demiş. Geliyorum buraya, senelerdir görmediğim insanlar var. Bana nasılsın, iyi misin? Demek yine ooo çok kilo almışsın, ne kadar kilo almışsın, ne zaman aldın, niye aldın? Niye bu kadar kiloya odaklı insanlar yani? Dış görünüme odaklı. Bence bu konuda toplumsal bir baskı var. O baskıyı ben de hissettim. İşin açıkçası. Ortaokulda da hissettim, lisede de hissettim. Bir de tabii genç kızsın, gençsin. Beğenilme karşı cins tarafından beğenilmek istiyorsun. Bu vardı. Yani kimse bir şey söylemese de zayıf insanların, zayıf kişilerin daha beğenildiği düşüncesi beynimde her zaman vardı. Böyle düşünüyordum açıkçası. (Arda, K, BKİ: 32,4)”

Katılımcılardan Dicle, yukarıda da belirtildiği gibi kilolu bireyler üzerinde toplum tarafından uygulanan bir baskı olduğunu ve bu baskının bireylerin kıyafet seçimlerini etkileyecek kadar geniş bir etki alanına sahip olduğunu belirtmiştir.

“Herkes istediğini giysin banane? Ama işte bir toplumun da o baktığı yer var ya, laf atar birisi, çirkin bir şey der, ben de ağzımı tutamam. Ya da işte insanların bir bakışı var. Biz bile bakıyoruz, ya bu fizike niye bunu giymiş ki bu kız, niye kendine bunu yapmış diyoruz mesela. Zayıf birisi için de geçerli. Bu kilolu birisi için de. Aynı duruma düşmemek için mesela giymiyorsun. Giymeyince de içinde bir ukte kalıyor. Ya ben de giyseydim. (Dicle, K, BKİ: 39,2)”

4.2.1.3.1.6. Kilolu Bireylerin Diğer Kilolu Bireylere Karşı Geliştirdikleri Önyargılar:

“Biz bile bakıyoruz, ya bu fiziğe niye bunu giymiş ki...”

Katılımcıların bazıları diğer kilolu bireylere karşı önyargılı olduklarını belirtmiş ve özellikle kıyafet tercihleri konusunda “biz bile durup bakıyoruz” ve “Kendilerini ne olarak görüyor?” şeklinde düşüncelerini ifade etmişlerdir.

“Biz bile bakıyoruz, ya bu fizike niye bunu giymiş ki bu kız, niye kendine bunu yapmış diyoruz mesela. (Ren, K, BKİ: 33,6)”

“Şöyle diyeyim ben sana. Mesela bazen öyle bir kıyafetle karşılaşıyorum. Öyle bir giyinmiş ki. Daha dün de gördüm. Vallahi benden kilolu. Böyle daracık giymiş. Kendini ne olarak görüyor ki? Bak ben giymem ki. Yine bir adam gibi düzgün, fiziğine uygun bir şey giysene. Hani durup bakıyorsun yani. Çirkin. Çirkin bir görüntü yani. (Meriç, K, BKİ: 41,02)”

Bazı katılımcılar, bu duruma yönelik empati geliştirdiklerini ve herhangi bir önyargıya sahip olmadıklarını dile getirmiştir.

“Üzülüyorum sadece. Onlar için. Çünkü neler hissettiğini, neler yaşadıklarını az çok tahmin ediyorsun. Sorunlarını bildiğin için. (Aras, K, BKİ: 43,3)”
“Ya diğer kilolu insanlara karşı aslında çok bir ön yargım yok yani öyle. Kilo şeydir yani belki hep yemekle alakalı bir şey değildir. Bazı insanlar genelde genetik olarak bir kilo olabiliyor. Doğuştan belki kilolu olabiliyor. Ben o yüzden çok büyük bir önyargım yok yani insanlık hali. (Gediz, E, BKİ: 41,5)”

4.2.1.3.1.7. Kendini etiketleme: “Ben öyle çok iradeli, sağlam olan birisi değilim.”

Katılımcılar kiloları nedeniyle yaşadıkları bu önyargı ve ayrımcılığa farklı kişiler tarafından, farklı ortamlarda ve zamanlarda sürekli olarak maruz kalmaktadırlar. Bu durum, yukarıda da belirtildiği gibi, katılımcıların kendini sorgulamalarına (“... 80 kilonun üstüne çıktıktan sonra böyle bir iki kişiyle görüştüm, baktım dönüşü olmadı bana. Bu sefer de şey oluyor dönüşü olmayınca demek ki ben acaba şeyimi mi kaybediyorum? O beğenilme durumumu?” (Nil, K, BKİ: 36,5), suçlamalarına ve kendini etiketlemelerine (“Yani tabii ki kendi güçsüzlüğümdür. Başaramamamın sebebini kendime bağlıyorum (Aras, K, BKİ: 43,3)”, “Kilo konusunda çok tutarlı olamadım (Asi, K, BKİ: 31,2)” neden olmaktadır. Katılımcılar bu durumu anlatmak için görüşmelerin çoğunda “iradesizim” “tutarlı değilim”, gibi ifadeler kullanmışlardır.

“Ama buna irade lazım. Ben öyle çok iradeli, sağlam olan birisi değilim. Kendimi tanıyorum. Yani ben tatlıya en fazla iki gün yok derim. Ama üçüncü gün dayanmam yani. (Amazon, E, BKİ: 34,4)”
“Ama düşündüğümde mesela bu son yıllarda hiç öyle çok iradeli bir tablo sergileyemiyorum. (Arda, K, BKİ: 32,4)”
“Kilo konusunda çok tutarlı olamadım. Yemek yeme, benim irade anlamında en zayıf noktam. (Asi, K, BKİ: 31,2)”

Katılımcılardan Tuna, kendisini iradesiz olarak etiketlemenin yanı sıra, kilolu insanların “değerli olmadığını” şu sözlerle açıklamıştır:

“Kilolu insanların değeri olmadığını düşündüm. Kilolu insanlar yaşayamaz, moduna girdim, o psikolojiye girdim. (Tuna, K, BKİ: 44)”

Katılımcıların kilo konusunda “iradesizim” şeklinde kendilerini etiketlemenin yanı sıra, “kilo konusunda yapamıyorum, başarılı değilim” gibi olumsuz düşünceler de dile getirmişlerdir.

“İşte bir iki deneyim de ben şey başarısız olunca. Demek ki yapamıyorum, başarısızım dedim. Yani bunu söyleyip durmanın bir alemi yok. (Meriç, K, BKİ: 41,02)”

“Yani başaramıyorum. Ameliyat olmak da bu arada böyle bir şey. İnsanın narsizmine çok kötü gelen bir şey. Yapamıyorsun, biri seni kesiyor yani. (Dicle, K, BKİ: 39,2)”

“Arkadaşım zayıflayamadım yani, beceremedim. (Tuna, K, BKİ: 44)”

Katılımcılardan Aras, kilo verme konusunda başarısız olduğunu ve kilo verenleri takdir ettiğini belirtmiştir. Ayrıca, bu durumla ilgili olarak kendisini eleştirdiğini ve kızdığını ifade etmiştir.

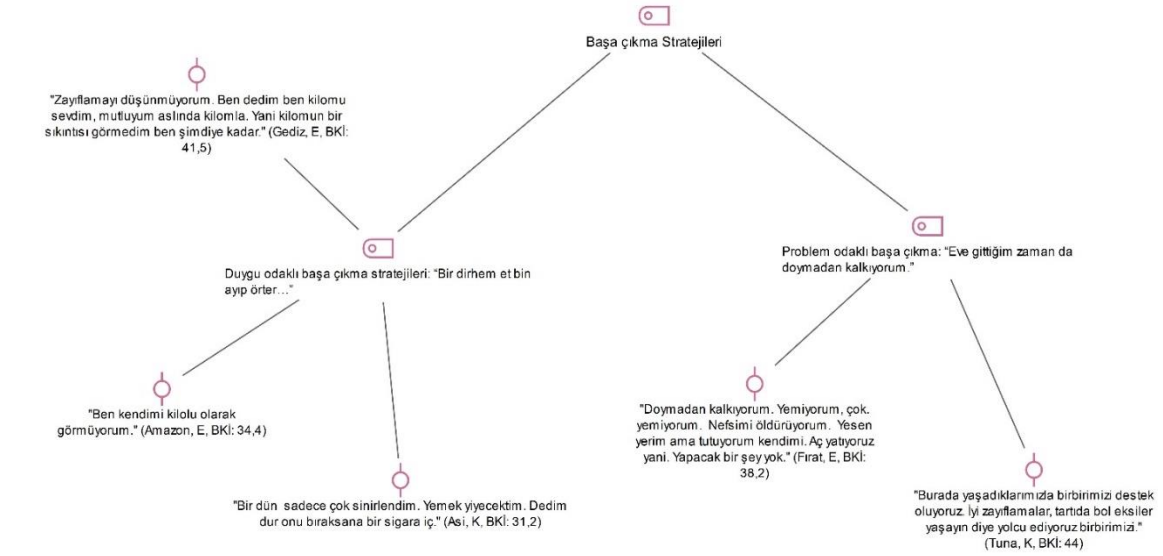
“Kilo vermeyi başaranları tebrik ediyorum. Kendim başaramadığım için üzülüyorum açıkçası. Biraz bu konuda kendime de kızıyorum. Kendimi aslında eleştiriyorum. Neden azimli değilsin? Neden hırslı değilsin? Başaranlar nasıl başarıyor? Diye. (Aras, K, BKİ: 43,3)”

Katılımcılardan Dicle ise; yukarıda bahsedildiği gibi kiloyu özellikle romantik ilişkilerde sorunların temeli olarak gördüğünü ve bu durumdan dolayı kendini sorguladığını ifade etmiştir. Bu bağlamda kiloyu kendisi için kusurlu bir durum olarak değerlendirdiğini ve bunun çok olumsuz bir şey olduğunu da eklemiştir.

“Romantik ilişkilerde özellikle diyorum ben 50 kilo olsam böyle bir şey olmazdı diyorum mesela... Kusur gibi yani. Kilo benim için bir kusur gibi kendi adıma. Böyle bir yerde. Ve bu çok kötü bir şey. (Dicle, K, BKİ: 39,2)”

4.2.2. Başa Çıkma Stratejileri

Katılımcıların, obezite ile ilgili yaşadıkları sorunlar ve stresle mücadele etmek için geliştirdikleri çeşitli baş etme stratejileri bulunmaktadır. Bu stratejiler, “duygu odaklı başa çıkma” ve “problem odaklı başa çıkma” başlıklar altında ele alınmıştır.



Şekil 4.5 Başa çıkma stratejileri kod- alt kod modeli

4.2.2.1. Duygu odaklı başa çıkma stratejileri: "Bir dirhem et bin ayıp örter..."

Katılımcıların bazıları "inkâr" (Meriç, Amazon, Menderes), "kıyafetle kamufle etme" (Nil), "sosyal medyada var olma" (Tuna, Nilüfer) ve "daha çok yemek yeme" gibi genel olarak duygusal odaklı başa çıkma stratejilerini benimsemişlerdir. Bu stratejiler, katılımcıların tekrar kilo almasına yol açarak kısır bir döngüye girmelerine neden olmuştur.

"Şöyle bir şey, babaannemin önemli bir lafı vardı işte. Bir dirhem et bin ayıp örter diye. Ya bilmiyorum, onun kafasında mı neyim ama yerim ben. (Meriç, K, BKİ: 41,02)"

Görüşme sırasında beden kütle indeksi 42,2 olan katılımcılardan Menderes, kilosu nedeniyle başta fiziksel sorunlar yaşamasına rağmen bundan rahatsız olmadığını belirtmiştir. Ayrıca, Menderes'in kilosunun büyük kısmının göbek bölgesinde toplandığı gözlemlenmiş ve göbeğini göstererek kilosunu "benim servetim" şeklinde ifade etmiştir.

"Ben hiç bir zaman kilomdan dolayı rahatsız olmadım. Kendimi diğerlerinden ayırtırmadım yani. Ben severim kilomu. Hani derler ya, benim servetim burada... (Menderes, E, BKİ: 42,2)"

Katılımcılardan Amazon, beden kütle indeksini hesapladığını ve obez kategorisinde yer almasına rağmen bu durumdan rahatsızlık duymadığını ifade etmiştir.

“O dönemlerde mesela ben internete gidip yazıyordum ki boy şu, kilo şu, direkt obezsiz diye çıkıyor zaten orada. Beni rahatsız ediyor mu? Hayır. Ben kendimi kilolu olarak görmüyorum. Çok da böyle hani kafaya takmıyorum. (Amazon, E, BKİ: 34,4)”

Görüşme sırasında beden kütle indeksi 36,5 (II. derece) olan Nil ise bu süreçte kilolarını, uygun kıyafetler seçerek kamufle ettiğini dile getirmiştir.

“Ne derler? Kiloluyken bile. Kiloyu kamufle etme mi derler. Onu yapıyordum. Gerçekten kıyafet çok etkiliyor. Ben nasıl daha zayıf görünüyorum? Topuklu ayakkabı. Hep topuklu giyerim ben. Ondan sonra onda bir tık boy uzuyor. Sonra kıyafetler de bunu etkiliyor. Belli başka kıyafetlerim vardı. Ondan sonra onlar etkiliyordu. Güzel giyiniyordum, süsleniyordum. Bu bana yetiyordu. (Nil, K, BKİ: 36,5)”

Görüşme yapılan on üç katılımcıdan sekiz katılımcı sigara içtiğini belirtmiş ve görüşme sırasında da sıklıkla sigara içtikleri gözlemlenmiştir. Yeme ve sigara bağımlılığı, genellikle birbirine eşlik eden bağımlılık türleri arasında yer almakta olup, bu duruma sıkça rastlanılmaktadır. Bu bağlamda, yeme alışkanlıklarının yerine başka bir şey koyma stratejilerini benimseyen katılımcılar, çoğunlukla sigara ve su içmeyi tercih ettiklerini belirtmişlerdir.

“Bir dün çok sinirlendim. Yemek yiyecektim. Dedim dur onu bırak bir sigara yak. (Asi, K, BKİ: 31,2)”
“Mesela gece kalkınca su içtim, içilmez diyorlar ama su içmek en azından tatlı yemekten iyidir diye düşünüyorum. (Meriç, K, BKİ: 41,02)”

Fakat bazı katılımcılar, yemeğin yerine herhangi bir şey koymanın asla yemek kadar haz vermeyeceğini şu şekilde ifade etmişlerdir:

“Yemek kadar haz veren başka ne koyabiliriz? (Arda, K, BKİ: 32,4)”
“Bunun (yemek) yerine başka koyabileceğin herhangi bir şey olacağını hiç düşünmedim. Çünkü yerini hiç tutamaz diye düşünüyorum. Yani yerini bence başka bir şey tutamaz gibime geliyor. (Ren, K, BKİ: 33,6)”

Kilolu olmak, kişinin gizleyebileceği veya saklayacağı bir durum değildir, bu görünür bir özelliktir. Bazı katılımcılar, kilolarını saklayabildikleri tek yerin sosyal medya olduğunu belirtmiş ve burada kilosuna dair herhangi bir önyargı veya ayrımcılıkla karşılaşmadıklarını, bu yüzden sosyal medyada mutlu olduğunu ifade

etmişlerdir. Ayrıca katılımcılardan Nilüfer, sosyal medyanın kendisi için bir özgürlük alanı olduğunu ve görünümünü gizlemek için filtre kullandığını dile getirmiştir.

“TikTok, sürekli TikTok. Sürekli oradan video paylaşarak stresimi gideriyordum. Sosyal medyaya girdiğinde yalancı, sahtekâr insanlar var, belki herkes üçkâğıtçı, dolandırıcı ama arkadaş olduğunu zannediyorsun onlarla. Oraya sığınıyorsun. Orada kilodan başka sohbetini, muhabbetini yapıyorsun. Hem kilomu sakladığım yer sosyal medya hem de ailemde göremediğin arkadaşlığı, dostluğu, sevgiyi sosyal medyada görüyorsun. Bunu yaşadım. (Tuna, K, BKİ: 44)”

“Evet telefon, sosyal medya benim çok güzel bir özgürlük alanım oldu. Aynı yemek yeme gibiydi. Sosyal medyada ayrıca filtre var. Öyle. (Nilüfer, K, BKİ: 32,2)”

Genel olarak tıka basa yeme alışkanlığına sahip olan katılımcılardan bazıları, yaşadıkları stresi yönetmek için tek özgürlük alanı olarak gördükleri yemeği bilinçsizce ve farkında olmadan tükettiklerini belirtmişlerdir.

“Kafaya bir şey takayım mesela. Uyumam mesela. Diyelim ben abimle mesela konuşmuyorum. Bir şey aklıma gelir o an mesela. Onunla kavga ederim kafamda. Uyku tutmaz kalkarım mesela. Bu sefer abur cubur tatlı bir şey yerim. Bu sefer yemeğe veririm kendimi. Mesela ne yediğimi de bilmem. Çünkü kafamda onunla kavga ederken önümde ne var, ne yok, ne yediğimi hiç bilmem, hesaplamam yani. Poşetlerden anlarım yani. En son kendime gelirim, bir ne yapıyorum ben falan ama o zaman işten geçer yani. (Fırat, E, BKİ: 38,2)”

“Bir şeyleri didinerek, akşama kadar yorularak yapıyordum ve akşam kendimi ödüllendirmek için yemeğe başlıyordum. Çünkü gezmeme izin verilmiyor, dışarı çıkmama izin verilmiyor, ekstra bir şey yapılmama izin verilmiyor. Ben de kendimi yemekte buluyordum. (Nilüfer, K, BKİ: 32,2)”

Katılımcılardan Asi, başka alanlarda başarılı olmadığını düşündüğü için yemeğe yöneldiğini ve yemeği farklı sunum ve yiyeceklerle zenginleştirdiğini belirtmiştir.

“O yüzden böyle yapıp yedirmeyi çok seviyordum. Çok da yapıyordum. Başka bir yerde, alanda başarılı olma ihtimalim yoktu galiba. Farklı sunumlarla, farklı yiyeceklerle kendimizi tatmin ediyorduk. (Asi, K, BKİ: 31,2)”

4.2.2.2. Problem odaklı başa çıkma: “Eve gittiğim zaman da doymadan kalkıyorum.”

Katılımcılar, obezite ile ilgili problem odaklı başa çıkma stratejilerinden “kabullenme”, kendi geliştirdikleri “masadan doymadan kalkma” ve “yemek ortamlarından uzak kalma” gibi yöntemleri benimsediklerini ifade etmişlerdir.

“Yani artık kabulleniyorsun bir yerden sonra. Ama zor oluyor. (Fırat, E, BKİ: 38,2)”

“Kendim çabalarım oldu spor, diyet gibi falan. (Dicle, K, BKİ: 39,2)”

Aşırı yeme davranışı sergileyen Fırat, bu süreçte “masadan doymadan kalkma” ve “daha zararsız yiyecekler tercih etme” gibi yöntemleri benimsediğini belirtmiştir. Ayrıca, kilo verme sürecinde “beyinde bitirmenin” önemine de dikkat çekmiştir.

“Poğaçı tarzından ziyade domates, salatalık, yumurta tarzı yemeyi tercih ediyorum. Daha sağlıklı ve masum diye. Birde eve gittiğim zaman da doymadan kalkıyorum mesela. Ya da yemiyorum. Yesen yerim ama tutuyorum kendimi. Mesela kuru yemiş, kabak çekirdeği. Üzüm, leblebi tarzı az az. Şu an onu öğrendim. Kafa da bitiyor bence ya. Ya da doymadan kalkmak. Kural bu yani. Tıka basa doymadan kalkmak. (Fırat, E, BKİ: 38,2)”

Katılımcılardan Arda, diyeti bir kere bozduğunda bunu sürdüremediğini ve bu nedenle kendine özgü yöntemler geliştirdiğini belirtmiştir. Özellikle yemek ısrarlarına “hayır diyemediğini” ifade eden Arda, ideal kiloya ulaşana kadar yemek ortamlarından uzak durması gerektiğini vurgulamıştır.

“Bir de benim öyle ortamlara (yemek ortamlarına) girmemem lazım. Çünkü ben öyle ortamlara girdiğim zaman, U dönüşü yapmıyorum. Orada yediysem orada kalamıyor yani....bir müddet istediğim kiloya düşene kadar bu tip ortamlardan uzak kalacaksın. Yani başka bir yolu yok herhalde. (Arda, K, BKİ: 32,4)”

Diğer sorunlarda olduğu gibi, obezite sorununda da sosyal desteğin varlığı, kilo yönetimi sürecini ve bu alanda yapılan yada yapılacak girişimleri şüphesiz olumlu yönde desteklemektedir. Katılımcılar, bu süreçte ebeveyn(lerin)den, eşlerinden veya romantik ilişkide bulundukları kişilerden, çocuklarından ve kendisiyle aynı deneyimi yaşayan kilolu bireylerden destek aldığını belirtmişlerdir.

“Hep annem bana destek oldu, hep annem yanımdaydı. Şu anda olduğu gibi her zaman destekçiyim annemdi. Bu süreçte öncesinde de hep bütün süreçlerde annem destekçi. (Tuna, K, BKİ: 44)”

“Ya eşim destekledi. Başta zaten eşim var, çocuklar var zaten. İşte zayıflım diye çabalamadım. Eşim çok çabaladı. Arkadaşlar da çok güzel destek olmuşlardı. (Gediz, E, BKİ: 41,5)”

“Kızım benim her şeyim, hayata tutunma amacım. Kızım destekledi. (Asi, K, BKİ: 31,2)”

“O (eşi) da söylüyor aslında biraz dikkat et, ne bileyim bir yürüyüş yap. Çok hareketsizsin, çok hareketsiz olma. Biraz yürü, düzgün yürüsen, düzgün spor yapsan işte kilo almazsın, kilo verirsin falan telkinleri oluyor. (Amazon, E, BKİ: 34,4)”

Katılımcılardan Meriç, eşinin kilo verme sürecinde kendisine destek olduğunu ve kilo verdiği taktirde çeşitli vaatlerde bulunduğunu belirtmiştir.

“Benim kilomu mu? Yani eşim ilk başta hani çok vaatlerde durdu, Allah var. İşte zayıfla ne istiyorsan alacağım, zayıfla ne istiyorsan işte şöyle yapacağım, böyle yapacağım. (Meriç, K, BKİ: 41,02)”

Görüşme sırasında beden kütle indeksi 43,3 olan katılımcılardan Aras, bu süreçte çocuklarının ve eşinin kendisine destek olduğunu, giderek kilo aldığını ve sağlığı için kilo vermesi gerektiğini ifade etmiştir. Ayrıca, yaşadıkları sorunlar nedeniyle *“Bende eşim ve annemin kilolu olmasını istemezdim”* diyerek sürecin onlar için de zor olduğunu belirtmiştir.

“Çocukların hani evde falan hani söylüyorlar, dile getiriyorlar anne. Sağlık açısından anne ver kilonu. Daha gittikçe alıyorsun. Sağlık sorunları ister istemez hafif hafif başlıyor. Nasıl diyeyim size? Yani üzülüyorsunuz ve... Onlar için de kötü, zor bir dönem olduğunun farkındayım. Hani ben de bir annemin kilolu olsun istemezdim. Eşimin de kilolu olsun istemezdim açıkçası. Hani empati kuruyorsunuz. Yani endişelerinin farkındayım onların. Zor olduğunun farkındayım. Ben de çünkü çok sevdiğim bir insanın kilolu olsun istemezdim. O zorluğu yaşasın istemezdim. (Aras, K, BKİ: 43,3)”

Katılımcılardan Arda, kilo verme sürecinde annesinin kendisine destek olduğunu belirtmiş ve ayrıca annesinin yemekler yaparak desteğini davranışsal olarak da pekiştirdiğini eklemiştir.

“Kilo verme sürecinde herhalde annemdir diye düşünüyorum. Çünkü beraber yaşadığımız için yemekleri yaptı. Benim için bir avantaj oldu tabii ki o. (Arda, K, BKİ: 32,4)”

Katılımcılardan Dicle, yaşamında birçok sorunu kilo nedeniyle yaşadığını belirtmiş ve bu düşüncelerini arkadaşlarıyla paylaştığında, arkadaşlarının bunun *“gerçek dışı”* olduğunu ve ona umut veren desteklerde bulunduklarını ifade etmiştir.

“Öncesinde de çok hassas olduğumu biliyorlardı tabii. Orada da bununla alakası olmayabilir, sen de biliyorsun gibi. Ama hep benim böyle cümlelerim, “işte ben şöyle 35-36 beden olsam”, “34 beden olsam bu olmaz” dediğimde saçmalyorsun. Karşı tarafın yaptığı kendini ilgilendirir, sebebi her ne olursa olsun gibi. Daha böyle güzel bir gerçeklik işlevi sunan arkadaşlarım var. Onlar çok güzel destek oluyorlar. Böyle umut veren bir yerdeler. Sağ olsunlar. (Dicle, K, BKİ: 39,2)”

Katılımcılardan Arda, kilo ile ilgili görüşlerini, duygularını ve deneyimlerini yalnızca kendileriyle aynı süreçlerden geçen bireylerle paylaşmaları gerektiğini belirtmiştir. Aksi durumda, bu konularda anlaşılmadıklarını, kilo sorunlarını abarttıklarının düşünüldüğünü ve bu duruma takıntılı olduklarının ima edildiğini ifade etmişlerdir.

“Bunu ancak benim gibi sıkıntısı olan, benim geçtiğim aşamalardan geçen kimselerle, empati kurabilecek kimselerle konuşabileceğimi öğrendim. Eğer benim gibi, benim yaşadığım şeyleri yaşamayan bir insanla paylaşırsam karşı taraf bunu algılamıyor, algılayamadığı gibi, bir de üstüne üstlük olayı abarttığımı, belki takıntılı olduğumu düşünüyor. Bu da kiloya takmış, kiloya takmış ama bir yandan da belki diyor ki hem kiloya takmış hem de şişman, niye veremiyor falan. (Arda, K, BKİ: 32,4)”

Katılımcılardan Nil, tüp mide ameliyatı geçiren arkadaşından bu süreçte destek aldığını ve kilo verme girişimlerinde kendisini teşvik ettiğini belirtmiştir.

“Arkadaşım. Benden önce ameliyatı olan arkadaşım. Bir yandan da çok destek oldu ve çok teşvik etti beni. Gerçekten ona ayrı bir teşekkür etmem lazım. (Nil, K, BKİ: 36,5)”

Katılımcılardan tüp mide ameliyatı için kliniğe başvuran Tuna, aynı deneyimi yaşayan kişilerin bu süreçte bir grup oluşturduğunu ve birbirlerini kilo verme yolculuklarında “iyi zayıflamalar” gibi olumlu söylemlerle desteklediğini belirtmiştir.

“Burada yaşadıklarımızla birbirimizi destek oluyoruz. İyi zayıflamalar, tartıda bol eksiler yaşayın diye yolcu ediyoruz birbirimizi. (Tuna, K, BKİ: 44)”

Katılımcılar bazıları, anlaşılmadıklarını hissetmemek ve bu durumu engellemek için stratejiler geliştirdiklerini ve çevrelerinde, özellikle kendileri gibi kilolu ya da yemeğe düşkün arkadaşlar seçtiklerini ifade etmişlerdir.

“...Veya kilolu çok arkadaşım var. O da kötü bir şey. Kendime arkadaş olarak seçtiğim kişiler de kilolu ve yemekten hoşlanan tipler. Yani onlarla daha iyi anlaşıyorum falan. (Arda, K, BKİ: 32,4)”

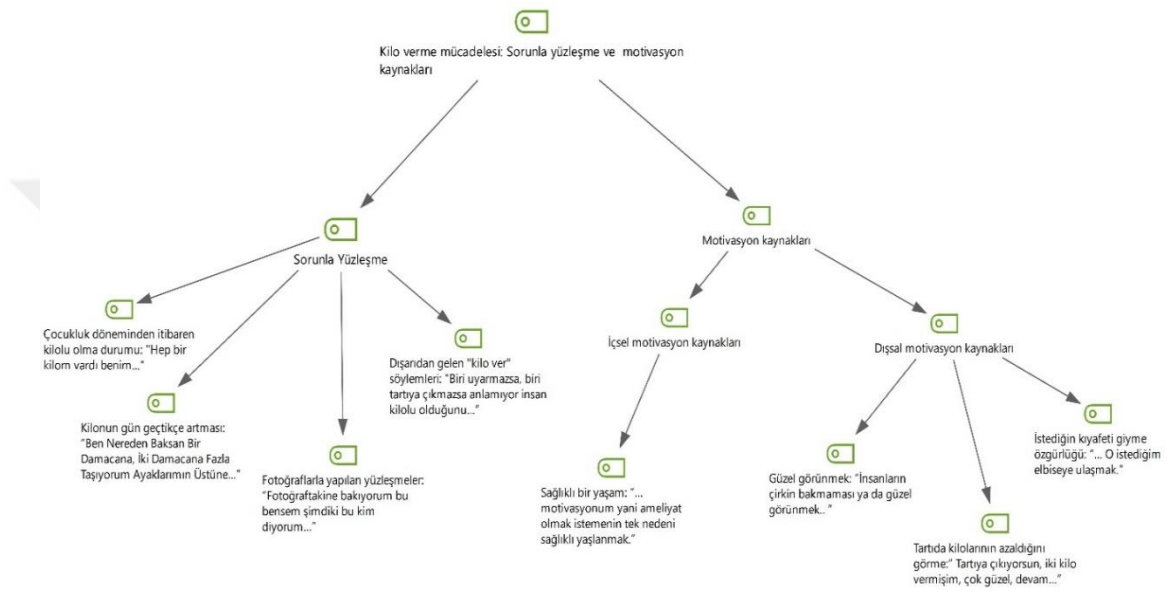
“Yemek yemeyi çok seviyorlardı, onlar da kiloluydu çoğu. (Aras, K, BKİ: 43,3)”

“Onlar da benimle hemen hemen aynı. (Asi, K, BKİ: 31,2)”

“Onlar da öyle fit değil genelde. (Fırat, E, BKİ: 38,2)”

4.2.3. Kilo Verme Mücadelesi: Sorunla Yüzleşme ve Motivasyon Kaynakları

Katılımcıların kilo verme gerekliliğiyle yüzleşmeleri, onların kilo verme mücadelesinde motivasyon kaynaklarına rehberlik ve öncülük etmektedir. Bu nedenle, sorunla yüzleşme ve motivasyon kaynakları temaları bu başlık altında birleştirilmiştir.



Şekil 4.6 Kilo verme mücadelesi: Sorunla yüzleşme ve motivasyon kaynakları kod- alt kod modeli

4.2.3.1. Sorunla Yüzleşme

Katılımcıların kilo ile yüzleşme süreçleri, tek bir olaya bağlı olduğu gibi birden fazla deneyimle de ilişkilendirilebilmektedir. Bu tema çocukluk döneminden itibaren kilolu olma durumu, kilonun zamanla artması, fotoğraflarla yapılan yüzleşmeler ve dışarıdan gelen “kilo ver” söylemleri olmak üzere dört alt tema altında incelenmiştir.

4.2.3.1.1. Çocukluk döneminden itibaren kilolu olma durumu: “Hep bir kilom vardı benim...”

Katılımcıların çoğu, kilo sorunlarıyla yüzleşmelerinin çocukluk çağlarına dayandığını belirtmiştir. Yaşamlarındaki bu problemin çocukluktan beri var olduğunu ve kendilerini hep “balıketli” ya da akranlarına göre “daha iri” olarak

gördüklerini ifade etmişlerdir, dolayısıyla bu konuda belli bir dönemi veya olayı işaret edemediklerini söylemişlerdir.

“Öncesinde de hep böyle dal gibi değildim diyorum ya, çubuk gibi değildim. Hep bir kilom vardı benim. (Tuna, K, BKİ: 44)”

“Çocukluktan beri kilo problemim vardı. (Fırat, E, BKİ: 38,2)”

“Sürekli böyle bir muhabbet var yani. Bir aralık veremem. Hep aklımda böyle ben kilo vereyim falan. Fazlayım yani. 60 kiloyken de böyle. 90 kiloyken de böyle aslında. (Dicle, K, BKİ: 39,2)”

Katılımcılardan çocuk gelin olan Nilüfer, çocukluğundan itibaren balıketli olduğunu ve bu nedenle 13- 14 yaşlarında bile, evlenme çağına zannedildiği için kendisinin istemeye gelindiğini belirtmiştir.

“Evet, balıketliydim. 13, 14 hatta 15 yaşlarımda sürekli bizi istemeye gelirlerdi. Bizi 18 ve 19 yaşlarında sanırlardı. Evlenme çağı kızları sanırlardı. O kadar büyük gösterirdim. Biz yapı olarak zaten büyük ve balıketliyiz. (Nilüfer, K, BKİ: 32,2)”

Katılımcılardan Arda da kilonun hayatında hep sorun olduğunu ve bununla devamlı mücadele içerisinde olduğunu aşağıdaki ifadelerle belirtmiştir:

“Aslında en çok herhalde bu dört kişilik ailede kiloyla mücadele eden, kilo sıkıntısı olan benim. Her zaman kilo benim için sıkıntı oldu, problem oldu. Her zaman. Yani şu anlamda hep kilo ile savaş verdim. Hep böyle geçti ömrüm. Ben hep kilolarla savaştım, savaştım. Hep de savaşıyorum, hala da savaşıyorum. Ben kilo mücadelesi her zaman veren birisiydim. (Arda, K, BKİ: 32,4)”

4.2.3.1.2. Kilonun gün geçtikçe artması: “Ben Nereden Baksan Bir Damacana, İki Damacana Fazla Taşıyorum Ayaklarımın Üstüne...”

Katılımcıların çoğu kilo sorunlarıyla yüzleşmede çocukluk çağından gelen kilolarının gün geçtikçe daha da artması ve bu durumun tartıya üçlü rakamlar ve sağlık sorunları olarak yansımalarıyla birlikte kilo verme girişimlerinde bulunmaya başladıklarını ifade etmişlerdir.

“Benim kiloyla ilgili düşünmeye başlamam ortaokuldu. Ama o zaman da birkaç kilo fazlam vardı. Hep bir kilo teması var...Yani şey gibi düşünün, bu artık daha iyi bir yere gitmeyecek. Burada bir nokta koymak lazım. (Dicle, K, BKİ: 39,2)”

“Ne zaman o tartıya çıkıp görmek istemediği rakamları görünce o zaman anlıyor. Şu an mesela kilo indeksine göre ben nereden baksan bir damacana, iki damacana fazla taşıyorum ayaklarımın üstüne. Önceden üç damacana. Ayaklarıma da yazık, ileride bu da sorun olacak. Bir de ayakta çalışıyorum. Çünkü burada da devamlı vücut hareket ettiği için kaldır, indir, kaldır, indir.”

Yani oturunca anlıyoruz yorulduğumuzu. İşte anlamıyoruz mesela. Sekiz saat ayaktayız, koşturuyoruz, o an anlamıyoruz. Eve bir gidiyoruz, bir oturuyoruz, kalkamıyoruz bir daha yerimizden. Neden kilodan dolayı... Zaten kilo fazla, ayak taşıyor. (Fırat, E, BKİ: 38,2)."

"Tabii ki 96 gerçekten aşırı bir kilo ve tehlikeli bir boyut. Şu anda da kiloluyum. Şuanda da olduğum kilodan aşağı inmem lazım ama bir 96 kadar şey değil, tehlikeli değil diye düşünüyorum aslında tehlikeli de 96 artık üçlü rakamlara doğru gidiyor, 100'e doğru gidiyordu. O tabii beni telaşlandırdı. (Arda, K, BKİ: 32,4)"

Katılımcılardan Menderes, yetişkinlik döneminde almaya başladığı kiloların zamanla artması nedeniyle kilo vermek istediğini ve kilosunun üç haneli rakamlara ulaştığında artık kontrol edilemez bir hale geldiğini belirtmiştir. Ayrıca, tartıya bakmak yerine kullandığı bornozla kilo alıp verdiğini fark ettiğini ifade etmiştir.

"27-28 yaşlarımdan sonra bir 90 kiloya çıktım. 30'larda falan 90 açtık, 100 dedik. Ondan sonra aldı başını gitti. Ben bu kiloyu vermeliyim dedim. Şimdi benim bornozum var böyle, belime bağladığım zaman ip ucu ucuna denk gelir. O ipten kilo alıp verdiğimi anlarım. (Menderes, E, BKİ: 42,2)"

Ayrıca katılımcılardan bazıları, fazla kilonun ayaklara yük bindirdiğini, yürüdüklerinde nefes darlığı çektiklerini ve bel ağrısı gibi sağlık sorunları yaşadıklarını belirtmişlerdir.

"Sağlık açısından anne ver kilonu. Daha gittikçe alıyorsun. Sağlık sorunları ister istemez hafif hafif başlıyor. Hissediyorsunuz bir bel ağrısı mesela. Bir yol yürüdüğün zaman nefes darlığı. (Aras, K, BKİ: 43,3)"

"Sonra dedim ki ben hani ailede... Şimdi annem kalp rahatsızlığı da var. Şeker, kalp. Böyle kronik rahatsızlıkları. Şeker iki tarafta da var. Baba tarafı, anne tarafı. Annem de zaten kalp var. Ben dedim ki sağlıklı yaşlanmak istiyorum. (Nil, K, BKİ: 36,5)"

Katılımcılardan Ren, düşme gibi yaşadığı olumsuz bir yaşam olayının beraberinde getirdiği sağlık sorunları nedeniyle zayıf kalması gerektiğini belirtmiştir. Ayrıca, kendisine bakım veren kişilerin özellikle kendisini taşıma konusunda sorun yaşadığını şu şekilde ifade etmiştir:

"Mesela ben ilk düştüğümde zayıftım, sıkıntı yoktu. Ve abim beni kucağımda götürüp getiriyordu. Hani lavabo falan. Çünkü zayıfsın. Ne kadar ağır olabilirsin ki? Ama bir de o ileride dönemlere kontrole giderken artık taşıyamıyordu ve sandalyeyle getiriyordu. Hani kilo aldın, kaldıramıyorum diyordu. Yaşarsam bile zayıf yaşamam gerekiyor. (Ren, K, BKİ: 33,6)"

Buna ek olarak katılımcılardan 39 yaşındaki Fırat, kilolu bireylerin yaşlılık döneminde bakımlarının zor olması nedeniyle dezavantajlı durumda olabileceklerini ve bu yüzden şimdiden kilo vermesi gerektiğini belirtmiştir.

“Çünkü kilolu bir insanın bakımı daha zor. O (eşi) da diyor, iki gün sonra sen de yaşlanacaksın. Bu kiloyla daha zor olacak. Belki bakıma ihtiyacın olacak. Ya da bir sakatlığın olacak, kendine zulüm edecen. Zayıf insan her zaman avantajlı. Şimdi kilo bir insan için zor. Ama o da sağlığın için. Şimdi sigarada içiyorsun. Hani o görüntüden ziyade sağlık açısından önem veriyor. (Fırat, E, BKİ: 38,2)”

Görüşme sırasında 40 yaşında ve beden kütle indeksi 44 olan Tuna, ölüm korkusu nedeniyle kilo verme ihtiyacı ile yüzleştiğini ifade etmiştir. Öldüğünde mezara ve tabuta sığamayacağı endişesini ise şu sözlerle dile getirmiştir.

“Ölüm korkusu geldi. Mezara sığmayacağım için geldi. Gerçekten bak, tabuta falan sığmayacağım için geldi. Zayıflamam gerektiğini ölüm korkusuyla daha çok idrak ettim. İnsan öldüğünde daha çok ağırlaşıyor. Tabut yerinden kalkmayacak. Mesela 110-120 kilo. Bir de ağırlığını düşün, 130-140 kilo. Belki tabutu 50 kişi kaldıramayacak, daha ağır olacak. Aklıma onlar da geldi. (Tuna, K, BKİ: 44)”

4.2.3.1.3. Fotoğraflarla yapılan yüzleşmeler: “Fotoğraftakine bakıyorum bu bensem şimdiki bu kim diyorum...”

Katılımcılardan Gediz, asıl kilo sorununun askerlik döneminden sonra başladığını belirtmiştir. Görüşme sırasında telefonundan sık sık eski fotoğraflarını açarak geçmişteki kilosuna dair sürekli atıfta bulunan ve eski halini özleyen Gediz, duygularını şu şekilde ifade etmiştir:

“Özlüyorum eski hallerimi. Şimdi baktığım zaman bazen diyorum. Fotoğraftakine bakıyorum bu bensem şimdiki bu kim diyorum. Bazen de özlüyorum ki eski hallerimi. Baktığımda o resme. Ya keşke şöyle olabilsem eskiye dönebilsem diyorum ama... (Gediz, E, BKİ: 41,5)”

Katılımcılardan Menderes ile yapılan görüşmede, masadaki çerçevede yer alan geçmişteki fotoğraflarına bakarak o dönemde çok fit olduğunu, giyimine özen gösterdiğini ve kravat ile ayakkabı uyumuna dikkat ettiğini ifade etmiştir. Bu halini özlediğini ise şu sözlerle dile getirmiştir:

“Ben eskiden çok fit gittim. Ayakkabım, gömleğim, kravatım. İspanyol paça giyerdim. Paçalarım merdivende toz olacaktı oraya çıkmazdım. Öyle bir adamdım. Bir kemere, bir kravata bir gün gezerdim çarşı pazarına. Uyum sağlayacak diye. O hallerimi özlüyorum şimdi. (Menderes, E, BKİ: 42,2)”

Katılımcılardan Nil, kilo sorununu fotoğraflarda fark ettiğini belirtmiştir. Tek başına yaşayan Nil, başkalarıyla bir araya gelip fotoğraf çektiğinde kilolu olduğunu fark ettiğini, annesinden daha iri durduğunu ve bu durumun kilo verme girişimlerini hızlandırdığını ifade etmiştir.

“Evet bir de şeyde, genellikle fotoğraflardan fark ediliyor zaten. Çünkü normalde şu var, yani ben hep öyleydim. Kilo aldığım zamanlarda bile bilmiyorum, hep ayna aynaya baktığım için herhalde. Odamdaki aynalara bakıyorum ve ben kendime kilolu gelmiyorum. Şimdi tek başınızaysanız kendinize kilolu gelmiyorsunuz. Ancak yanınızda birisi varken, sizden zayıf birisi varken o zaman fark ediyorsunuz. Fotoğraflara bir bakıyorum, annemden bile kilolu duruyorum. Annem normalde baktığında kilolu görünen bir kadın. Annemden bile iri duruyorum. Nasıl ya dedim. Hani hiç kendimi beğenmedim. Çok iriyim dedim. Bu nedir böyle dedim. Fotoğraflara bakıyorum, yok dedim ya. Çok kilo almışım dedim. Ondan sonra zaten hızlandırdım açıkçası. (Nil, K, BKİ: 36,5)”

4.2.3.1.4. Dışarıdan gelen “kilo ver” söylemleri: “Biri uyarmazsa, biri tartıya çıkmazsa anlamıyor insan kilolu olduğunu...”

Katılımcılardan bazıları, kilo sorunlarıyla yüzleşmelerinde etraflarındaki kişi ya da kişilerin etkili olduğunu belirtmiştir. Bu kişiler genellikle katılımcıların ebeveynleri, sosyal çevresi, işverenleri ya da diğer yakın çevrelerinden oluşmaktadır.

“Bir de tabii etrafımdaki insanlar, herkes dikkat etmem gerektiğini söyledi. Babam mesleği sebebiyle belki de kilodan hoşlanmıyordu. Yani her zaman o söylüyordu, işte kilo vermen gerekir. (Arda, K, BKİ: 32,4)”

“Almışım ama haberim yoktu. Sonra farkına vardım yani tehlikenin. Yani şu an insanların çoğu öyle. Biri uyarmazsa, biri tartıya çıkmazsa anlamıyor insan kilolu olduğunu. (Fırat, E, BKİ: 38,2)”

“Sonra işe başladıktan sonra o zamanki işverenim işte seni diyetisyene gönderelim mi dedi. O zamanki kilomda bundan, şu anki kilomdan birkaç kilo fazlaydım. (Nil, K, BKİ: 36,5)”

Katılımcılardan biri olan, beden kütle indeksi 33,6 ve bekar olan Ren, kilo sorunuyla yüzleşmesinde ablasının rolü olduğunu belirtmiştir. Ren, ablasının kendisine kilo nedeniyle çocuk sahibi olamayacağını söylediğini ifade etmiş ve bu konudaki düşüncelerini şu şekilde dile getirmiştir:

“Bana şey demişti (ablası) mesela, normal doğum mu yapmak istiyorsun. Bu kiloları nasıl yapacaksın sen demişti mesela bir keresinde. Olmaz ki bu kilolarla. Hamile bile kalamayabilirsin demiştin mesela. O düşünce biraz böyle, ya niye hani benim bebeğim olmasın mı diye bir düşünmüştüm. Bir yandan düşününce haklı hani. Belki kilo vermem gerekecek diye düşünüyorum ileriki dönemler için. Bu da olumsuz bir deneyimdi, kilom ileriye etkiler diye. (Ren, K, BKİ: 33,6)”

4.2.3.2. Motivasyon kaynakları

Katılımcıların kilo verme motivasyonları, içsel ve dışsal olmak üzere iki alt tema altında incelenmiştir. Katılımcıların bu süreçte tek bir motivasyon kaynağına sahip olduğu gibi, içsel ve/veya dışsal birçok motivasyon kaynağına da sahip oldukları ortaya çıkmıştır. Bazı katılımcılar ise *önce sağlık sonra görünüş gibi* motivasyon kaynaklarını sıralamışlardır.

4.2.3.2.1. İçsel motivasyon kaynakları

Katılımcıların içsel motivasyon kaynakları “sağlıklı bir yaşam” alt teması çerçevesinde incelenmiştir.

Sağlıklı bir yaşam: “...motivasyonum yani ameliyat olmak istemenin tek nedeni sağlıklı yaşlanmak.”

Katılımcıların çoğu, kiloya bağlı kronik hastalıklarının bulunduğunu ve kilo verme motivasyonlarının en önemli kaynağının sağlıklarına yeniden kavuşmak olduğunu belirtmişlerdir.

“Benim amacım kesinlikle sağlık. İlk önce sağlık, sonra tabii ki görünüş. (Nilüfer, K, BKİ: 32,2)”

“Sağlık sorunları ileride baş gösterecek. Merdiven çıkmada, inmede, poşet taşımada, çocuğu kucağına almada, her şekilde. Görüntüden ziyade sağlık açısından. Geçen mesela bir video izlettim. Kadın 60-65 yaşında, çok kilolu da değil. Sadece belki 10 kilosu var. Kadın mesela diyetle girmiş. Diyor ki, ben yaşlandığım zaman yatakta kalırsam çocuğum benden bunalmasın. Çünkü kilolu bir insanın bakımı daha zor. (Fırat, E, BKİ: 38,2)”

Tüp mide ameliyatı için kliniğe başvuran katılımcılardan Nil, genetik yatkınlık nedeniyle bazı sağlık sorunlarının kendisine aktarılabileceğinden endişe ettiğini ve yalnız yaşadığı için sağlığını koruma düşüncesinin içsel motivasyonunu oluşturduğunu belirtmiştir.

“Sonra bir anda böyle işte o annemin hastalıkları, o hastaneye git gel yok dedim. Ben dedim şu an yalnız yaşıyorum dedim. Ve yalnız yaşıyorum, sağlıklı yaşlanmam lazım. Kendime ne kadar iyi bakarsam o. Benim açıkçası tamamen şeyim, motivasyonum yani ameliyat olmak istemenin tek nedeni sağlıklı yaşlanmak. (Nil, K, BKİ: 36,5)”

4.2.3.2. Dışsal motivasyon kaynakları

Katılımcıların dışsal motivasyon kaynakları, “güzel görünmek”, “tartıda kilolarının azaldığını görmek” ve “istediğin kıyafeti giyme özgürlüğü” alt temaları altında incelenmiştir.

Güzel Görünmek: “İnsanların çirkin bakmaması ya da güzel görünmek.. ”

Katılımcılardan bazıları, sağlık gibi içsel motivasyon kaynaklarının yanı sıra estetik görünme gibi dışsal motivasyonel kaynaklarının da olduğunu belirtmişlerdir.

“İnsanların çirkin bakmaması ya da güzel görünmek. Anlamli geliyordu bunlar. (Ren, K, BKİ: 33,6)”

“Hani şimdi sağlık için evet, ama estetik benim için önemli, çok önemli. Yine vermek isterim. İnsanoğlu her yaşta güzel olmak istiyor. Her yaşta estetiğe önem veriyor. Ölene kadar bence bu böyle devam ediyor. İstersen 70 yaşına gel, istersen 80 yaşına. (Arda, K, BKİ: 32,4)”

Katılımcılardan Arda, karşı cinse kendini beğendirmek gibi dışsal bir motivasyonunun, kendisinde ciddi anlamda kilo vermesine neden olduğunu açıklamıştır.

“Ama tabii çok gençken böyle karşı cinsede kendini beğendirme olayları oluyor ya, herhalde o gençken birkaç sefer çok ciddi kilolar vermemde o etkili oldu. (Arda, K, BKİ: 32,4)”

Katılımcılardan Menderes, tıpkı Arda gibi, kız arkadaşının çok güzel olduğunu ve bu nedenle kendisinin de kilo vermesi gerektiğiyle yüzleştğini ifade etmiştir. Ayrıca, kız arkadaşı ile yemek yerken yemeğin sürekli göbeğine döküldüğünü ve bu durumdan rahatsız olduğunu eklemiştir.

“Bu sefer ben de tabii kendime başka bir yol çizdim. Evde bulamadığım mutluluğunu sağda solda böyle yaşadım. Ben otuz sene çifte hayat yaşadım. Çok güzeldi, çok bakımlı, alımlıydı yani, onun yanında göbekliydim, şu giydiğin bir yakışsa, yemeği yerken üstüme bi dökmesem, göbekliler döker genelde. (Menderes, E, BKİ: 42,2)”

Katılımcılardan Ren, kilo verme motivasyonunun dışsal kaynaklardan oluştuğunu ve bir insanı ilk tanıdığınızda görünüşün önemli olduğunu şu şekilde açıklamıştır:

“Şimdi bir insanı ilk tanıdığınızda ne kadar iyi bir insan olduğunu konuşmadan, bir şeyler yaşamadan bilemezsiniz. Herkes diyor ki ben iç güzelliğe bakarım. Herkes birbirinin yüzüne gözüne bakıyor. Konuşunca o iç güzellikmiş, dış güzellikmiş netleşiyor senin kafanda. Ama görür görmez bir tipine, ayakkabısına, tırnağına bile bakıyorsun kendine bakıyor mu bakmıyor mu diye. Konuşsa senin iyi bir insan, yetkin bir insan olduğunu anlıyor belki de ama bence o ilk başta o görünüş çok önemli. (Ren, K, BKİ: 33,6)”

Tartıda kilolarının azaldığını görme:” Tartıya çıkıyorsun, iki kilo vermişim, çok güzel, devam...”

Katılımcılar, kilo verme sürecinde tartıda kilolarının azaldığını görmek gibi dışsal motivasyon kaynaklarının da etkili olduğunu belirtmişlerdir. Bu durum, özellikle kilo verme girişimlerini sürdürme noktasında çok önemli bir rol oynamaktadır.

“Zayıflamada da herhalde şöyle bir şey oluyor. Bir başladığı zaman çorap söküğü gibi geliyor. Şu anda öyle bir durumda değilim de. Tartıya çıkıyorsun, iki kilo vermişim, çok güzel, devam... Bir iki kilo daha veriyorsun, devam falan... Kilo vermek insanı bir kere motive ediyor. Birkaç kilo verip de kendini o tartıda gördüğünde devam ediyorsun. Devam etme isteği öyle doğuyor. O yüzden de artık diyetisyenler çok ağır diyet vermiyorlar, belki şey yapmıyorlar ama kilo vermek de insana moral kazandırıyor, devam etmesini sağlıyor. (Arda, K, BKİ: 32,4)”

“Ama diyet yaptığım zamanlar. Verdim mi, ne kadar verdim diye tabii ki her gün tartılıyorum, evet. (Aras, K, BKİ: 43,3)”

Katılımcılardan Ren, her gün tartıldığını ve ne kadar kilo vermiş olmasının önemli olmadığını, sadece tartıda bir eksilme görmesinin onu mutlu ettiğini açıklamıştır. Ayrıca bu durumun kilo verme konusunda motivasyonunu artırdığını ve hedeflerini gerçekleştirdiğinde kendini ödüllendirdiğini şu sözlerle açıklamıştır:

“Ama ufak ufak da her gün tartılıyordum mesela. 100-gram bile gitmiş olsa ben mutlu oluyordum. Gitti benden diyordum. Verdikçe de bir mutluluk da geliyordu ve bir isteğe dönüştü artık. Hatta hedef koydum. Şu kadarki olsam kendime şunu alacağım diyordum mesela. Daha mutlu olduğumu hissettim. Kendime güvenim geldi her konuda. Yani yürüyüşüm bile daha böyle özgüvenli. (Ren, K, BKİ: 33,6)”

İstediğin kıyafeti giyme özgürlüğü: “... O istediğim elbiseye ulaşmak.”

Katılımcılar, dışsal bir motivasyon kaynağı olarak istedikleri kıyafeti giyme özgürlüğünü eklemişlerdir ve bu durumun kendilerini mutlu ettiğini belirtmişlerdir.

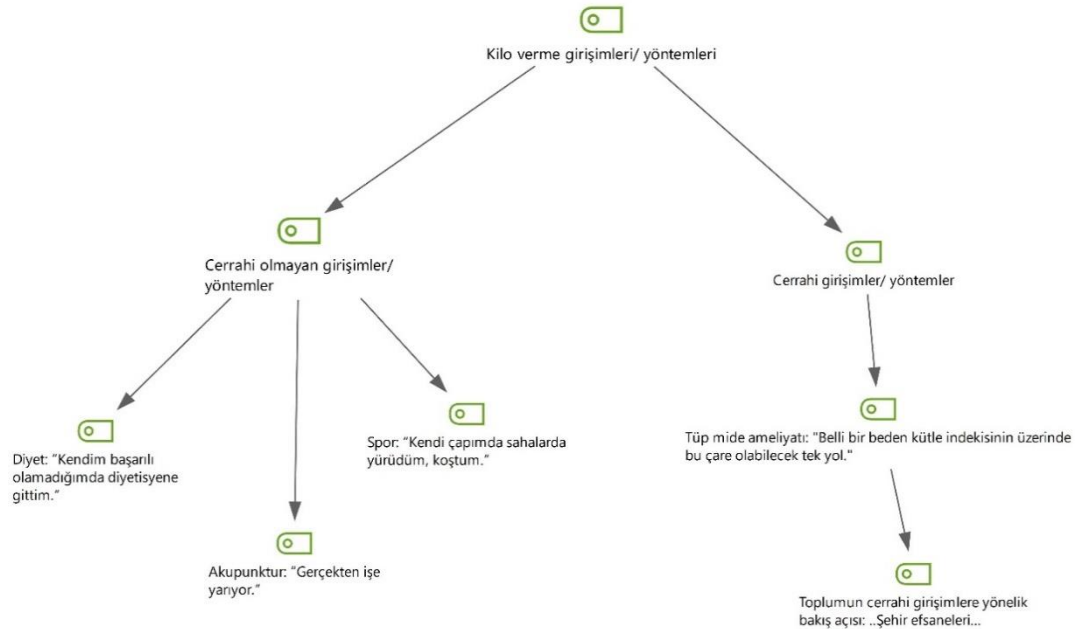
“İstediğim kıyafetleri giyebilmektir. İstediğin kıyafetleri giyip daha mutlu olmak. Kadın özellikle hani istediği her şeyi giyebilmek ister diye düşünüyorum. Bir kiloda hani boyuna göre belli bir kiloda olmak istersin. (Aras, K, BKİ: 43,3)”
“Sağlıktan ayrı güzelde giyinmek isterim. (Arda, K, BKİ: 32,4)”

Katılımcılardan Ren, kilolu olduğu için yaşadığı sorunlardan birinin, tarzına değil bedenine uygun kıyafet bulmak olduğunu ve bu durumla özellikle özel günlerde yüzleştiğini belirtmiştir. Bu bağlamda en önemli motivasyon kaynağının “istediği elbiseyi giymek” olduğunu ve bunun kilolu bireyleri harekete geçirmesi gerektiğini belirtmiştir.

“Sanırım böyle ablamın düşünüydü, nişanı mı düşünüydü öyle bir şeydi. Ve şey demiştik işte bir an önce istediğimiz bir elbiseye girmememiz gerekiyor. Bir gidip hani gezmek, istediğini almak var. Bir de beden üzerinden bakmak var. Böyle bir şeyin kamçılması da gerekiyor diye düşünüyorum. O istediğim elbiseye ulaşmak. (Ren, K, BKİ: 33,6)”

4.2.4. Kilo Verme Girişimleri

Kilo verme girişimleri, cerrahi olmayan ve cerrahi girişimler olmak üzere iki ana alt tema çerçevesinde incelenmiştir.



Şekil 4.7 Kilo verme girişimleri kod- alt kod modeli

4.2.4.1. Cerrahi olmayan girişimler

Katılımcıların cerrahi olmayan girişimleri, diyet, spor ve akupunktur alt başlıkları altında incelenmiştir.

4.2.4.1.1. Diyet: “Kendim başarılı olamadığımda diyetisyene gittim.”

Kilo verme girişiminde bulunan bireyler diyet gibi tek bir yöntemle başvurabilecekleri gibi, diyetle birlikte spor yapmak gibi birden fazla yöntemi de bir arada uygulamaktadır. Katılımcıların çoğu, kilo verme sürecinde öncelikli tercihlerini diyet olduğunu belirtmiştir ve çocukluk çağından itibaren kilolu olan katılımcılar ise bu sürecin yıllarca devam ettiğini eklemiştir. Bazı katılımcılar diyet süreçlerinde profesyonel destek almayı tercih ederken, diğerleri ise bu süreci kendilerinin, arkadaş çevreleri, sosyal çevreleri ya da popüler diyet programları (aralıklı oruç diyeti, su diyeti, dukan diyeti, ketojenik diyeti gibi) sürdürdüklerini ifade etmişlerdir. Bu süreçte bazı dönemlerde kilo verme girişimlerinin başarılı olduğunu, bazı dönemlerde ise başarısız sonuçlar aldıklarını dile getirmişlerdir. Bunun yanı sıra diyet programını bıraktıktan sonra verdikleri kiloları, hatta daha fazlasını geri aldıklarını belirtmişlerdir. Katılımcılar, bu bağlamda kilo verme sürecinde en önemli faktörün hem kişinin başlaması için sürece hazır olması hem de sürdürebilme davranışı olduğunu vurgulamışlardır.

“Ortaokulda ilk başladı bu şeyim. Lisede ilk kez diyetisyene gittim. Lise 1’de. O dönem biraz kilo almıştım. Hep bir deneme ve olmama süreci gibi. Sonuç aldığım dönemler de oldu ama şöyle, ben şunun farkındayım. Ben 70 kilonun üstüne çıktıktan sonra hiç kilo veremedim diyetle. Ama kilo arttıkça kilo vermek kolaylaşmıyormuş, ben öyle sanıyordum. (Dicle, K, BKİ: 39,2)”
“Lise zamanı bir gittim, bir diyet aldım, yürüyüş yaptım. Kendi çabamla bayağı verdim. Ama tabii koruyamadık. Tekrar eski kilolarımıza daha üstlerine çıkmaya başladık. (Fırat, E, BKİ: 38,2)”

Katılımcılardan Meriç, diyetle başladığını ancak diyet listelerinin yaşam boyu sürdürülebilir ve uygulanabilir olmadığını belirtmiştir. Ardından, kendi kendine çözümler aramaya çalışmış ancak bu yöntemleri de uygulamayı bıraktığı için tekrar kilo aldığını ifade etmiştir.

“Ama yani o listeler de bu benim, sürekli yapılacak şeyler değil. Hani ne bileyim, bu sefer kendimce çözüm üretmeye çalıştım. Onu da bıraktığım için

geri aldım kiloları. Arkasına hemen 5 kilo verdiysen 10 kilo geri aldım. (Meriç, K, BKİ: 41,02)”

Katılımcılardan Amazon, kilo verme sürecinde profesyonel olmayan kişilerden, kendi ifadesiyle “sağdan- soldan” gelen öneriler doğrultusunda beslenme alışkanlıklarını değiştirdiğini belirtmiştir. Ancak, bu tür profesyonel olmayan desteğin, kendisi gibi benzer durumda olan bireyler için yetersiz olduğunu ve diyetin sürdürülebilirliği için profesyonel bir desteğin gerekliliğini vurgulamıştır.

“Yani sağdan soldan arkadaşlarımın söylediği. Mesela ekmeği kes. İşte veya çok küçük ekmek ye. İşte pilav üstü haşlanmış tavuk ye. Akşam yatmadan önce hiçbir şey yeme. O da en fazla iki üç gün falan sürüyor ama o iki üç günde bile vücudumun rahatladığını aslında hissettim. Keşke devam ettirebilseydim ama bunda da bence bizler için profesyonel yardım lazım. Yani bana demesi lazım ki bir profesyonelin, pazartesi işte şunu ye, sebze ağırlıklı beslen, şunu ye, bunu ye. (Amazon, E, BKİ: 34,4)”

Katılımcılardan Tuna ise kilo verme sürecinde annesinin kendisini bol su ve sıvı tüketimine dayalı bir su diyeti uygulamaya yönlendirdiğini belirtmiştir.

“Annem şey dedi, işte su diyeti var internette gördüm. Onu mu denesen, iradem benim iyi değil dedim. Yani ben o su diyetini ben kaldıramam, yapamam dedim. (Tuna, K, BKİ: 44)”

Katılımcılardan Arda, kilo verme sürecinde zaman zaman kendi kendine diyet yaptığını, sonrasında ise profesyonel destek aldığını belirtmiştir. Bununla birlikte daha önce de ifade edildiği gibi, alanında en iyi diyetisyenden destek alınsa dahi, bu süreçte en önemli faktörün bireyin sürece hazır olması gerektiğini eklemiştir.

“Zaman zaman kendim yapmaya çalıştım, diyet yapmaya çalıştım. Kendim başarılı olamadığımda diyetisyene gittim. Fakat bu öyle bir şey ki, psikolojik bir olay. Bazen diyetisyene gitmek bile kar etmiyor. Eğer sen hazır değilsen, hazır değilsen derken yani, yapamıyorsan, kime gidersen git. Dünyanın en iyi diyetisyenine diye önerilen bir kişiye git. Sen o diyet listesini uymadıktan sonra veremiyorsun. (Arda, K, BKİ: 32,4)”

Yine katılımcılardan Arda, kilo verme sürecinde bireyin hazır olmasının yanı sıra bu sürecin her aşamasında dengenin korunması gerektiğini vurgulamıştır.

“Hani mesela diyetisyene gidiyorum. Diyor ki diyetisyen, yani hayat böyle geçmez elbette ki. Pastada yiyeceksin, börekte yiyeceksin, çörekte.... Önemli olan abartmamak veya mesela bir gün onu yediysen, ertesi gün dengeye sokmak falan. (Arda, K, BKİ: 32,4)”

Katılımcılardan Menderes, yaşamında en fazla 40 kilo verdiğini ve bunu, yemek yemeyi keserek ve kendi doktoru gibi hareket ederek başardığını ifade etmiştir.

“Yemedim gırtlığımdan kestim. Ben doktor tanımam. Bir insanın doktoru kendisidir. Ben gırtlığımdan kestim. (Menderes, E, BKİ: 42,2)”

4.2.4.1.2. Akupunktur: “Gerçekten işe yarıyor.”

Bazı katılımcılar, diyetle birlikte akupunktura (Tuna, Nil, Meriç) gittiğini ya da kilo verme sürecinde ilk olarak akupunkturu tercih ettiğini belirtmişlerdir. Ancak, tıpkı diyetle olduğu gibi, akupunkturu bıraktıktan sonra verdikleri kiloları ya da daha fazlasını geri aldıklarını eklemişlerdir.

“Baktım çok kilo aldım sonra akupunktura başladım. Akupunkturda da 69'lara kadar düştüm. Sonra tekrar bırakınca tekrar almaya başladım. Sonra 2017'de tekrar akupunktura gittim. (Nil, K, BKİ: 36,5)”
“Diyetisyen, akupunkturlar. Gitmediğim kalmadı. (Meriç, K, BKİ: 41,02)”

Katılımcılardan Tuna, akupunktur uygulaması sırasında iştahında belirgin bir azalma olduğunu ve bununla birlikte sigara içme sıklığının da azaldığını belirtmiştir. Ancak, akupunktur tedavisinin yüksek maliyeti olması nedeniyle süreci ömür boyu devam edemeyeceğini şu sözlerle açıklamıştır:

“Akupunktur da azalmıştı, iştahım biraz kesilmişti. İğnelere batırdıkları için sigara içmem de biraz azalmıştı. Ama akupuntura ömür boyu gidecek halim yok akupuntura yani. Oraya gitmek de para. (Tuna, K, BKİ: 44)”

Katılımcılardan Meriç, tıpkı Tuna gibi, akupunkturun işe yaradığını ancak çalışmadığı için maddi imkânlar açısından sorun yaşadığını belirtmiştir.

“Gerçekten işe yarıyor. Ben hani, bana şey geliyordu böyle, insanlar anlatınca da. En azından bir kere bir dene. Gerçekten doğru iştah kapattığını, işe yaradığını falan hissediyordum. Onu da devam ederdim aslında da biraz o zaman çalışmıyordum maddi imkân, birazcık zorladım. İyi yere gidiyordum, o da yüklüydü. (Meriç, K, BKİ: 41,02)”

4.2.4.1.3. Spor: “Kendi çapımda sahalarda yürüdüm, koştum.”

Katılımcılar ayrıca diyetle birlikte spora yöneldiklerini (Dicle, Aras, Fırat, Arda, Tuna) daha fazla hareket etmek için stratejiler geliştirdiklerini de belirtmişlerdir. Örneğin Aras bu durumu “Çalışmaya başladım. O 8 kiloyu orada verdim.

Yürüyerek gittim. Özellikle işe. Yarım saat her sabah yürüme şeyim oldu. Onun çok etkisi oldu.” şeklinde ifade etmiştir.

“Bir de benim enteresan bir şekilde yaşamımda her zaman bir spor olayı oldu. Mesela pilates. Yıllarca pilatese gittim çok düzenli olarak. Şu anda aletli pilatese gidiyorum ve çok büyük keyif alıyorum. (Arda, K, BKİ: 32,4)”
“Kendi çapımda sahalarda yürüdüm, koştum. O şekilde şınavımı, mekik, barfiks falan yapmaya çalıştım. (Fırat, E, BKİ: 38,2)”

Katılımcılardan Tuna, spor yaptığını fakat spor sonrası istediği yüksek kalorili yemekleri yediğini ve yemek yedikten sonra hiçbir fiziksel aktivite yapmadığını belirtmiştir. Burada tüm kilo verme yöntemleriyle ilgili olarak vurgulanması gereken en önemli nokta, hareketli yaşama dair farkındalığın artırılmasıdır ve yalnızca bu yöntemler bilinçli bir şekilde uygulandığında olumlu sonuçlar elde edilebilir.

“Benim denemediğim hiçbir şey kalmadı. Dışarıda spora gittim, spor salonuna. Ama spor, ben hangi kafadaydım? Spora gittikten sonra yemek yiyenlerin modundaydım. Spordan çıktım, hadi gideyim şurada da bir İskender yiyeyim. Oradan da yemeğimi yer, yürüme bile yok, taksiye bin, evine git. O moddaydım. Yani sporun tabii ki faydasını görmedim. (Tuna, K, BKİ: 44)”

4.2.4.2. Cerrahi girişimler

Katılımcıların cerrahi girişimleri, bariyatrik cerrahi türlerinden biri olan tüp mide ameliyatı başlığı altında incelenmiştir.

4.2.4.2.1. Tüp mide ameliyatı: Belli bir beden kütle indekisinin üzerinde bu çare olabilecek tek yol...”

Katılımcılardan Dicle, Nil ve Tuna Prof. Dr. Oktay Banlı Obezite Cerrahi Kliniği'ne tüp mide ameliyatı olmak için başvurmuşlardı. Bu katılımcılar, aslında cerrahi olmayan birçok kilo verme yöntemini denemiş, fakat verdikleri kiloyu koruyamamış ve sonrasında bu kilolardan kurtulmak için cerrahi bir yöntem olarak tüp mide ameliyatını tercih etmişlerdir. Katılımcılar, tüp mide ameliyatını tercih edenlerin genellikle yaşamlarındaki en yüksek kiloya ulaştıktan sonra bu seçeneği tercih ettiklerini, ancak tüp mide ameliyatının kilo verme için kesin bir çözüm olmadığını ve ameliyat sonrasında da sürecin sürdürülebilmesi için davranış değişikliğinin devam etmesi gerektiğini ifade etmişlerdir.

“Belli bir beden kütle indeksinin üzerinde bu çare olabilecek tek yol. Bu ameliyatı olanlarda benzer kilolarda yani genelde hayatları boyunca oldukları en yüksek kiloda giriyorlar gibi algıladım ben de. (Dicle, K, BKİ: 39,2)”

“En son anneme dedim ben ameliyat olacağım dedim. 120 kiloda, 150 kiloya gidiyorum. Bak bunun önüne geçemeyeceğiz dedim. Yine ben de tabi ki ameliyattan korkuyordum. Neşter değmesine, vücuduna ama başka çarem kalmadı. (Tuna, K, BKİ: 44)”

“Hani sürekli dikkat et, kilo ver, sonra bırakır bırakmaz geri al. Ver, al, ver, al. O vakit beni sıkmaya başladı. Sonra pandemide bir düşündüm, hani şey yapayım diye, bende mi ameliyat olsam diye düşünmeye başladım. (Nil, K, BKİ: 36,5)”

Katılımcılardan Dicle ve Tuna, belli bir kilonun üzerine çıkıldığında kilo verme girişimlerinde tıbbi yardım alınması gerektiğini ve tıpta böyle bir teknoloji varsa bunun kullanılmasının önemli olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca Tuna, kilolu bireylerin herhangi bir şey yapmadığı takdirde ölümle sonuçlanabileceğini de eklemiştir.

“Belli bir kilonun üstüne çıkmamak lazım. Yani mide büyüdü mü, geri dönüşü çok yok. Onu öğrenmiş oldum. Ve gerekeni de tabi daha ciddi, tıbbi bir yardım almanın, sadece terapiyle şununla bununla olmayacağını da öğrenmiş oldum yani. (Dicle, K, BKİ: 39,2)”

“Herhangi bir şey yapmazlarsa gerçekten kilolu insanların sonu ölüm oluyor. Bir de tıpta böyle bir şey varsa neden faydalanmayayım? Neden olumsuz hayatı yaşayayım? (Tuna, K, BKİ: 44)”

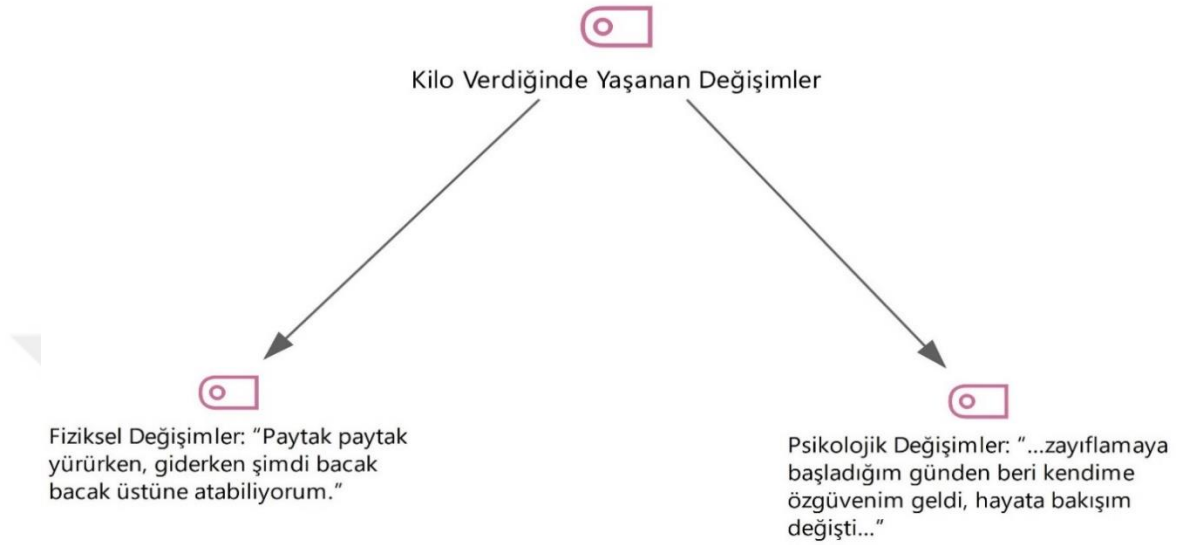
Katılımcılar “masada kalırsın”, “saçların dökülür”, “unutmaya başlarsın”, “ameliyat sonrasında kilo alırsın.” “ameliyat sonrasında su içemezsin, yemek yiyemezsin” gibi toplumda cerrahi yöntemlere karşı olumsuz söylemlerin olduğunu belirtmişlerdir. Ancak katılımcılar, başka çarelerinin olmadığını düşündükleri ve şehir efsanesi olan bu söylemlerin araştırarak doğru bilgiye ulaştıklarını ifade etmişlerdir.

“Zaten haberlerde de hep çıkıyordu. İşte ölümler oluyor, masada kalınıyor, kaçak oluyor. Ama benimde başka çarem yok dedim yani. Annem hiç istemedi (Tuna, K, BKİ: 44)”

“Sonra araştırdım dedim ki hani hep bir şehir efsanesi var ya işte mide ameliyatında ölen insanlar falan diye. Ama sonuna kadar hiç araştırmamıştım. Dedim ki bir araştıralım. Sonra bir baktım yani yüzde birlerde falan bir oran. Aaa dedim çok da bir şey değil yani. Bugün en basit ameliyatta bile olan bir oran. O zaman olabilirdim. Ameliyattan çok korkum yoktu. (Nil, K, BKİ: 36,5)”

4.2.5. Kilo Verdiğinde Yaşanan Değişimler

Katılımcıların girişimlerinin ardından, yaşadıkları fiziksel ve psikolojik değişimler olarak alt temalar çerçevesinde incelenmiştir.



Şekil 4.8 Kilo verdiğinde yaşanan değişimler kod- alt kod modeli

Kilo verme süreci, bireylerde yalnızca fiziksel değişimlere yol açmakla kalmaz, aynı zamanda psikolojik olarak da olumlu etkiler yaratır. Bu çalışmada, obez bireylerin kilo verdiklerinde yaşadıkları değişimler, fiziksel ve psikolojik başlıklar altında incelenmiştir.

4.2.5.1. Fiziksel Değişimler: "Paytak paytak yürürken, giderken şimdi bacak bacak üstüne atabiliyorum."

Katılımcıların çoğu, kiloya bağlı yaşadıkları fiziksel sorunun kilo verdikten sonra ortadan kalktığını, yürüyüş yapabildiklerini, ayakkabı bağcıklarını rahatça bağlayabildiklerini ve merdivenleri zorlanmadan çıkabildiklerini ifade etmişlerdir. Ayrıca, yukarıda da belirttiği gibi, giyim tarzını kilolarının belirlediği ifade eden katılımcılar, kilo verdikçe istedikleri kıyafetleri rahatça giyebildiklerini söylemişlerdir.

"Şöyle, kilo verdiğim zaman dedim ki ben boşuna taşıyormuşum o kadar kiloyu dedim. Ne derdim varmış, ne kadar rahatım dedim. Ayakkabımı

bağlayabilmek ve bir merdivene çıkabilmek. Bunlar çok güzel bir şey. (Fırat, E, BKİ: 38,2)”

“Oramı buramı kapatmak değil de daha böyle giydiğim şeyin hakkını vererek yürüdüğümü fark ettim. İşte verdikçe daha çok böyle istediğim kıyafete girebildiğimi gördüm. (Ren, K, BKİ: 33,6)”

Katılımcılardan, hayatının herhangi bir döneminde onbeş kilo verip bu kiloyu yalnızca bir ay koruyabilen Tuna, kilo vermeden önce yürümekten nefret ettiğini ve paytak paytak yürüdüğünü, ancak kilo verdikçe yürümeye istek duyduğunu belirtmiştir. Ayrıca kilo verdiği dönemde rahatça bacak bacak üstüne atabildiğini şu şekilde ifade etmiştir:

“Yürüyüş yapmayı sevmiyordum. Yürüyüş yapmaktan nefret ediyordum. Şimdi rahatlıkla yürüyebilirim ama zayıfladıkça yürüyebiliyorum. Kiloluyken yürüyemiyordum. Hemen dizlerim ağrıyordu, ayaklarım ağrıyordu, yürüyemiyordum. Ama şimdi yürüyebiliyorum. Paytak paytak yürürken, giderken şimdi bacak bacak üstüne atabiliyorum. Vücudumun elastikleştiğini anlayabiliyorum artık. Zayıfladıkça ama bu özgüven geliyor. (Tuna, K, BKİ: 44)”

Katılımcılardan Fırat, kilo verdikten sonra rahat hareket edebildiğini, koşabildiğini ve çocuğunu kucağına alıp beş kat çıkabildiğini belirtmiştir. Ayrıca kilolu olduğu dönemde yaşadığı sorunları telefonun çalınması örneğiyle şu şekilde ifade etmiştir:

“Rahat hareket edebiliyorum. Çocuğumu kucağıma alıp beş kat çıkarabiliyorum. Yürüyüşün değişiyor. Hareketin değişiyor. Ya bir yerde yürüyebiliyorsun. Mesela diyorum ki, şurada biri telefonumu kaçırıp, gösterse peşine koşamam diyordum mesela. Çünkü niye? Kilo var yani. Ama o kilo verdiğin zaman koşabiliyorsun. Çünkü niye? Koşuyorsun artık böyle, rahatsın yani. Sigara da içsen kilo verdiğin zaman seni rahatlatıyor. (Fırat, E, BKİ: 38,2)”

Yine katılımcılardan Tuna, kiloya bağlı olarak horladığını ve bu nedenle eşinin yanında rahat uyuyamadığını ifade etmiştir. Ancak kilo verdiği dönemde horlamasının kesildiğini, bunun özgüvenini artırdığı ve eşiyle olan ilişkisini olumlu olarak etkilediğini şu şekilde açıklamıştır:

“Horlaman bile kesildi. Horlamam vardı, yanımda oturulmuyordu. Biri yani uyuyamıyordu. Ya özgüven, horlaman gittiği zaman eşinle de aran iyi oluyor. Mesela eşinle yan yana yatıyorsun, yatağında seni kakışlayıveriyor. Ya horluyorsun diyor, git diyor, seni dinlemek zorunda değilim diyor. Karı kocalar da bu oluyor. Onda bile bakış açın değişiyor yani. (Tuna, K, BKİ: 44)”

4.2.5.2. Psikolojik Değişimler: "...zayıflamaya başladığım günden beri kendime özgüvenim geldi, hayata bakışım değişti..."

Katılımcılar kilo verdikçe fiziksel olarak iyi hissetmenin yanı sıra psikolojik olarak da kendilerini iyi hissettiklerini belirtmişlerdir. Kilo verdikçe kendilerini güzel gördüklerini, özgüvenlerinin geri geldiğini, hayata bakış açılarının değiştiğini ve en önemlisi kendilerini sevmeye başladıklarını ifade etmişlerdir.

"Çok özgüvende hissediyordum. Kendimi çok seviyordum. Yani güzeldi her şey benim için. Güzel hissettikçe daha güzel hissediyorsunuz. Kilo verdikçe daha iyi oluyorsunuz. Aslında kilo almak tamamen kısır döngü. (Asi, K, BKİ: 31,2)"

"Zayıflarken çok güzel oluyor. Özgüvenli oluyor. Artık havuza gidebileceğini düşünüyorsun. Daha kendine özgüvenli oluyor. (Fırat, E, BKİ: 38,2)"

"Ama verdiğiniz zaman kendimi rahat hissediyorum. Kendine güveni geliyor, öyle söyleyeyim. (Ren, K, BKİ: 33,6)"

"Verdiğin zaman da tabii mutlu oluyorsun, kendini daha rahat hissediyorsun, daha aktif oluyorsun, daha faal oluyorsun. (Arda, K, BKİ: 32,4)"

Katılımcılardan Tuna, kilo verdikçe özgüveninin arttığını ve bu durumun yürüme tarzının dahi etkilediğini belirtmiştir.

"Ben kilomu kaybetmeye başladığım günden beri, zayıflamaya başladığım günden beri kendime özgüvenim geldi, hayata bakışım değişti, yürümem bile değişti yani. Her şeyim değişti. Evet, kilo gittiğinde özgüvenin yeniden hayata geliyor. (Tuna, K, BKİ: 44)"

Katılımcılardan Menderes, kilo verdiğinde gömleğinin kasılmadığını, kıyafetlerinin kendisine yakıştığını ve bu durumun kendisini mutlu ettiğini şu sözlerle ifade etmiştir:

"Mutlu oluyorum yani. Ne güzel diyorum. Gömleklerim kasılmıyor, tişörtüm göbeğimi çıkartmıyor. Giydiğim yakışıyor kendime.. (Menderes, E, BKİ: 42,2)."

Katılımcılardan Nil ve Aras, kilo verdikleri dönemde kendilerini daha mutlu hissettiklerini belirtmişlerdir.

"Tabii ki mutlu oluyorum. (Aras, K, BKİ: 43,3)"

"Sonra gittikten sonra ilk hafta bir 3 kilo falan verdim. Ondan sonra ben bir mutlu oldum. (Nil, K, BKİ: 36,5)"

Katılımcılardan Arda, kilo verdiği dönemde yalnızca mutlu olmadığını, aynı zamanda daha hareketli daha aktif olduğunu ifade etmiştir.

“Verdiğin zaman da tabii mutlu oluyorsun, kendini daha rahat hissediyorsun, daha aktif oluyorsun, daha faal oluyorsun. (Arda, K, BKİ: 32,4)”

Katılımcılardan Nil, kilo vermediği dönemlerde evden dışarı çıkmak istemediğini belirtmiştir. Ancak kilo verdiği dönemlerde kendisini dışarı atmak ve sosyalleşmek istediğini şu sözlerle açıklamıştır:

“Şimdi mesela zayıfladım, kendi dışarı atasım var. Gerçekten sosyalleşmek istiyorum. Bir yerlere gideyim, gezeyim, şey yapayım falan. Gerçekten etkisi varmış. Ama ondan önce otel tatiline falan gidiyordum ama gitmesem de olur mu acaba? Farklı bir yere mi gideyim? Öyle şeyler oluyordu. Açıkçası o etkiliyordu. (Nil, K, BKİ: 36,5)”

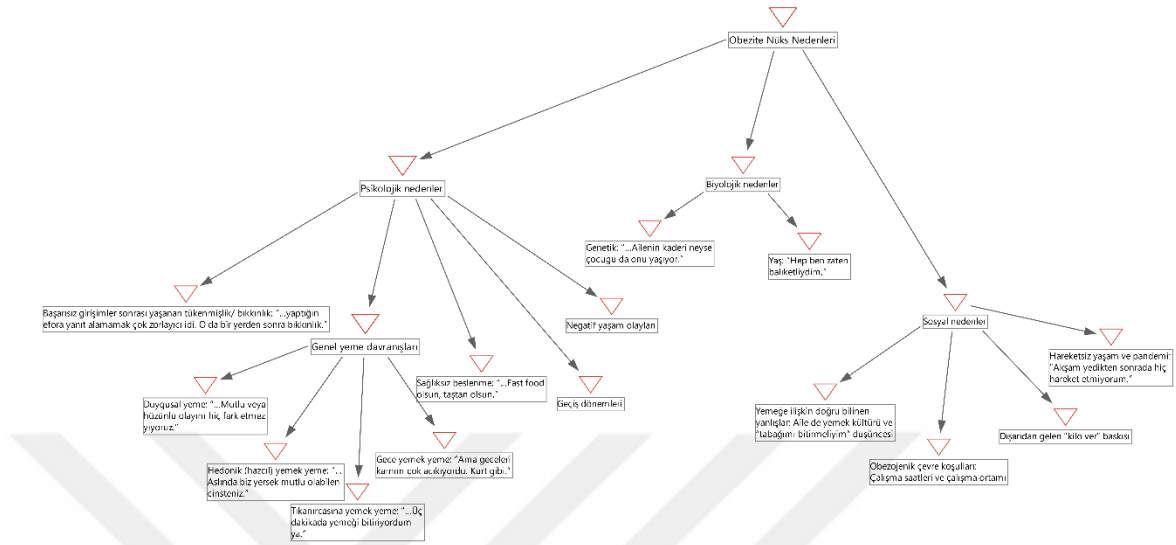
Yine katılımcılardan Nil, baş etme stratejisi olarak kilolarını kıyafetle kamufle ettiğini ve bu durumdan mutlu olduğunu belirtmiştir. Ancak, kilolu olduğu dönemde “özgüvensizliğini kıyafetlerle mi kapatıyordum” diye kendisini sorgulamaya başladığını ve kilo verdiği dönemde ise kendini gösterme çabası içinde olmadığını açıklamıştır.

“Kıyafetlerim çok dikkat çekicidir. Yani öyle kıyafetler giyinirdim. Özgüvensizliği onunla kapatmak mı? O tarz bir şey yapıyormuşum ben. Zayıfladıktan sonra bunu yapmıyorum. Kendi gösterme çabam yok. Önceden kendime gösterme çabam şimdi kayboldu. (Nil, K, BKİ: 36,5)”

4.2.6. Nüks Nedenleri

Kilo verip tekrar kilo alma nedenlerine dair katılımcıların deneyimlerini görünür kılmak, bu araştırmanın nitel aşamasındaki temel amaçlardan biridir. Bu bağlamda katılımcılara “kilo almanızın nedenlerini nasıl açıklarsınız?” sorusu yöneltilmiştir ve aslında katılımcılar, bu soruya aşına olduklarını ifade etmişlerdir. Katılımcılardan Arda’da bu soruyu kendisine sürekli sorduğunu belirtirek düşüncelerini şu şekilde ifade etmektedir: *“Yani bunu yaparken, kilo alıp verirken kendime kitaplar aldım, araştırdım, baktım. Yani biz, ben niye böyleyim? Aslında Türk kadınlarının çoğunun sorunu gibi geliyor bana kilo. Yalnızca Türk kadının değil, bu dünyanın sorunu.”*(Arda, K, BKİ: 32,4) Ayrıca “Kilo verme sürecinizin ardından tekrar kilo almanızın nedenlerini nasıl açıklarsınız?” sorusunun tek bir faktöre indirgenemeyeceği, çeşitli faktörlerin zaman zaman bir araya gelerek bu durumu oluşturduğu görüşmeler sonucunda ortaya çıkmıştır. Bu faktörler

biyolojik, psikolojik ve sosyal nedenler olmak üzere üç alt tema altında toplanmıştır.



Şekil 4.9 Nüks nedenleri kod- alt kod modeli

4.2.6.1. Biyolojik nedenler

Kilo verdikten sonra tekrar kilo almanın biyolojik nedenleri, genetik, yaş ve kronik hastalıklar başlıkları altında incelenmiştir.

4.2.6.1.1. Genetik: "...Ailenin kaderi neyse çocuğu da onu yaşıyor."

Katılımcıların çoğu, sahip oldukları kilolarında genetik faktörün etkili olduğunu düşünmektedir. Katılımcı Fırat, bu durumu "kilolu insanlar ailesinin kaderini yaşamaktadır" şeklinde yorumlamıştır. Ayrıca, katılımcıların birçoğu, özellikle annelerinin ya da anne tarafındaki yakınlarının kilolu olduğunu belirtmiştir.

"Ben hem kiloyla hep mücadele ettim. Aile, anne tarafı da hep bizim kiloluydu. Annem tomış sayılırdı ama aşan taşan, çok kilolu bir insan değildi. Biraz genetik olduğunu da düşünüyorum. (Arda, K, BKİ: 32,4)"

"Çocuk kiloluysa bence aileden. Ya genetik. Yani ailenin kaderini yaşıyor insan. Ailenin kaderi neyse çocuğu da onu yaşıyor. (Fırat, E, BKİ: 38,2)"

"Bizim sülade var annemde de var. Babam kiloluydu ama çok aşırı derece değildi. (Gediz, E, BKİ: 41,5)"

"Ailede de çok var zaten. Ailedeki herkes obez. Anne tarafım da öyle, baba tarafım da öyle. Olmayan birini bilmiyorum. (Dicle, K, BKİ: 39,2)"

"Annem kiloluydu. (Nilüfer, K, BKİ: 32,2)"

"Valla benim çocukların hepsi kilolu. Torunlar da kilolu. (Menderes, E, BKİ: 42,2)"

Katılımcıların Tuna ise baba tarafındaki yakınlarının kilolu olduğunu belirtmiştir.

“Rahmetli halam obez vardı. Yani 150 kilo falan vardı. Ben herhalde biraz da halaya çektim. (Tuna, K, BKİ: 44)”

Katılımcılardan Ren, ailesinde yalnızca kendisinin ve ablasının kilolu olduğunu, ablasının ise hamilelik döneminde kilo aldığını belirtmiştir.

“Ben, ablam diyebiliriz aynen. Ablamda sonradan aldı aslında ama. Hatta şey derler hep. Anneme hatta küçüğü büyüğünden daha iyi iri derler hep. Teşekkürler akrabalarım. Ablam da son 1-2 sene de aldı bebekten sonra. (Ren, K, BKİ: 33,6)”

Katılımcılardan Nil, annesinin kilolu olduğunu ve ablasının hamilelik döneminde kilo aldığını belirtmiştir. Ayrıca, ablasının kilo verme girişimlerinde olumlu sonuçlar aldığını ve bu süreçte kendisine göre daha iradeli olduğunu da eklemiştir.

“Annem bir kilolu. Onun dışındaki diğer kardeşlerimde şöyle benim bir büyüğüm. O da kendi kendine hep diyet yapıp ve çok güzel diyet yapıp zayıflardı. İradesi çok iyi. Benim onun kadar iradem yok. Çok güzel zayıflıyordu. Sadece işte doğumlardan sonra aldı, iki doğum yaptı. (Nil, K, BKİ: 36,5)”

Katılımcıların bazıları, yalnızca anne- babalarının değil, kendi çocuklarının da kilolu olduğunu ve çocuklarının bu durumu kendilerini örnek alarak benimsediğini ifade etmişlerdir. Çocuklarının kilo verme girişimlerinde bulunduklarını ancak bu süreci sürdürebilmekte zorlandıklarını belirtmişlerdir.

“Babam kiloluydu ama çok aşırı derece değildi. Bizim sülade var annemde de var. Var, akrabalarımızda var. Kilolu, benim oğlum da kilolu. Kızım da meyilli. Spora yazılıyor. Spora yazdıktan sonra 3-5 gün gidiyor. Ondan sonra geri bırakıyor. Biraz şey değil yani. Azimli değil yani. (Gediz, E, BKİ: 41,5)”

Katılımcılardan Fırat, babasının ve kızının kilolu olduğunu belirtmiştir. 8 yaşındaki kızının, kendileri gibi yemeği çok sevdiğini ve özellikle fast foodu tercih ettiğini ifade etmiştir. Ayrıca, aynı porsiyonlarla yemek yediğini ve bu nedenle kızının obez olmasından endişe ettiğini şu şekilde açıklamıştır:

“Babamda da kilo var. Yemeği çok seviyor. Özellikle fast food'u çok seviyor. Dışarı yemeğini çok seviyor. Büyük sıkıntımız o. Yemekten zevk alıyor. Aynı bizim gibi o (kızı) da mesela. Oturup biz ne yiyorsak o da aynısını yiyor. 8 yaşında ama bir iskender ben yiyorum. O da bir iskender yiyor. Çok seviyor. O da bizi rahatsız ediyor aslında. İleride bizim gibi o da obezite olabilir diye

korkuyoruz. Yemek yerken zevk alıyor. O da bizi korkutuyor. (Fırat, E, BKİ: 38,2)”

Katılımcılardan Asi, annesinin morbid obez, abisinin ve oğlunun da kilolu olduğunu açıklamıştır. Asi, oğlunun kilo verme girişiminde bulunmadığını ve bu süreçte ona müdahale edemediğini, çünkü öncelikle kendisinin kilo vermesi gerektiğini ifade etmiştir. Ayrıca oğlunun kilo verme motivasyonunun ancak birine âşık olduğunda ortaya çıkabileceğini belirtmiştir.

“Annem çok obez benim. Morbid obez. Yani aşırı kiloludur. Ağabeyim de kilolu. Oğlum obez, oğlum da kilolu. Oğlum çok kilolu inşallah o da verir. Sonra diyorum ki bir âşık olunca herhalde bir hevese gelir verir diye umudum var... Ben kendime müdahale edemiyorum ki ona edeyim. Yani hani Mevlana gibi 40 gün yememem lazım ki ona bir şey söyleyebileyim. Şu anda hani çocuk diyecek hani sen niye yiyorsun dese ne diyeceğim. (Asi, K, BKİ: 31,2)”

4.2.6.1.2. Yaş: “Hep ben zaten balıketliydim.”

Katılımcıların çoğu, kendilerini çocukluk dönemlerinden itibaren “balıketli” veya “tombiş” olarak tanımlandıklarını ve kilolu olduklarını ifade etmişlerdir. Ayrıca katılımcılar, akranlarına ve yaşlılarına göre her zaman kendi ifadeleriyle iri yapıda olduklarını eklemişlerdir. Bu bağlamda katılımcılar obezitede nüks nedenlerini değerlendirirken, kilo alıp verme süreçlerini çocukluk çağından itibaren kilolu olmalarına bağlamaktadır. Bu durum, bireylerin yaşam boyu süregelen kilo ile ilgili deneyimlerinin, obezite tedavisindeki nükslerin temel sebeplerinden biri olarak görüldüğünü ortaya koymaktadır.

“Ama genç kızken de o kadar zayıf değilim. Yine bir balıketliliğim vardı yani. Kiloluydum, ben hep kiloluydum. Yaşıtlarıma göre her zaman iriydim. İri kalıplıydım. (Tuna, K, BKİ: 44)”

“Balıketliydim. 13, 14 hatta 15 yaşlarımda sürekli bizi istemeye gelirlerdi. Hatta benim kızım benden uzun şu anda. O da 14 yaşında. Biz yapı olarak zaten büyük ve balıketliyiz. (Nilüfer, K, BKİ: 32,2)”

“Yani akranlarıma göre hep daha iriydim. (Gediz, E, BKİ: 41,5)”

“Çocukluktan beri kilo problemi vardı. (Fırat, E, BKİ: 38,2)”

“Hep ben zaten balıketliydim. (Asi, K, BKİ: 31,2)”

Katılımcılardan Arda, yaşamı boyunca kilo ile sürekli mücadele ettiğini ve bu mücadelenin hali hazırda da devam ettiğini belirtmiştir. Ayrıca ömrünün hep kilo alıp vermekle geçtiğini şu sözlerle ifade etmiştir:

“Ben hep kilolarla savaştım, savaştım. Hep de savaşıyorum, hala da savaşıyorum. Yani şu anlamda hep kilo ile savaş verdim. 7 sene gittiğimde

kilo verdim, geri aldım. Tekrar verdim, aldım. Hep böyle geçti ömrüm. Ben kilo mücadelesi her zaman veren birisiydim. Mesela ilkokulda, ortaokulda, çocukluklarda hep topluydum ama aşırı bir topluluk değil. Çünkü eski resimlerime, fotoğraflarıma bakıyorum, hani tombiş. Ama öyle kötü bir durum yok. (Arda, K, BKİ: 32,4)”

Bazı katılımcılar ise, kilolu olma durumlarının çocukluk değil, ergenlik ve/veya yetişkinlik döneminde kilo almaya başlamalarıyla ortaya çıktığını belirtmiştir. Katılımcılardan Aras, bu durumu yaş aldıkça kilolarının vücudunda kalıcı hale gelmesi olarak değerlendirmektedir.

“Ortaokulda aynıydım hemen hemen herkesle. Ama lisede ister istemez bir boy daha büyük ve iri duruyorsunuz. Lisede şöyle bir iki arkadaş ortamında vardı hani, sen bizden daha büyük duruyorsun tarzında bir söylem. Hani istesemez böyle bir şey oluyordu (Ren, K, BKİ: 33,6)”

“Artık yaş ilerledikçe kilom vücuduma yerleşti. Vermesi daha zor oldu. (Aras, K, BKİ: 43,3)”

“27-28 yaşlarımdan sonra bir 90 kiloya çıktım. 30'larda falan 90'ını açtık, 100 dedik. Ondan sonra aldı başını gitti. (Menderes, E, BKİ: 42,2)”

“Ben kiloyu 40 yaşımdan sonra aldım. (Amazon, E, BKİ: 34,4)”

Katılımcılardan Gediz ise özellikle askerlik döneminden sonra kilo almaya başladığını belirtmiştir.

“Askerden önce de yaşlarıma göre biraz kalıplıydım filan. Ama askerden sonra çok almaya başladım. (Gediz, E, BKİ: 41,5)”

4.2.6.2. Psikolojik nedenler

Kilo verdikten sonra tekrar kilo almanın psikolojik nedenleri, genel yeme alışkanlıkları, sağlıksız beslenme, başarısız girişimler sonrası bıkkınlık ve tükenmişlik, negatif yaşam olayları ve geçiş dönemleri başlıkları altında incelenmiştir.

4.2.6.2.1. Genel yeme alışkanlıkları

Araştırmada, genel yeme alışkanlıkları; duygusal yeme, gerçek açlıkla yemek yeme, tıkanırcasına yemek yeme ve hedonik (hazcıl) yeme olmak üzere başlıklar altında incelenmiştir.

4.2.6.2.1.1. Duygusal yeme: "...Mutlu veya hüzünlü olayım hiç fark etmez yiyoruz."

Katılımcıların çoğunda duygusal yeme davranışının olduğu, ifadelerinden ortaya çıkmıştır. Özellikle bazı katılımcılar üzüntü veya öfke gibi olumsuz duygular yaşadıklarında yemek yemeyi tercih ettikleri ve bu süreçte yemek yemenin kendilerini mutlu hissettirdiğini ifade etmiştir.

"Genelde mutsuz olduğum zaman daha çok oluyor. Üzgün olduğum zaman kafamda bir şey takıyorum. Daha çok yiyorum. Mutsuz olduğum zaman demek ki ya psikolojik olarak yemek beni iyi edecek diyorum. (Gediz, E, BKİ: 41,5)"

"Üzüldüğüm zaman da yemek yiyince kendimi mutlu hissediyordum. Yemekten hırslımı alıyordum. (Tuna, K, BKİ: 44)"

"Üzüntümün çok fazla olduğu anlar yiyorum. (Asi, K, BKİ: 31,2)"

"Ama stresli olduğum zaman ve üzgün olduğum zaman yemek yediğim çok oluyor. (Aras, K, BKİ: 43,3)"

Katılımcılardan Ren, yapılan yemeği sevmemesine rağmen tabak tabak yediğini ve sinirini yemekten çıkardığını belirtmiştir. Bu durumun yalnızca acısını anlık olarak unutturabildiğini, ancak sonrasında sürecin tekrar başa döndüğünü de ifade etmiştir.

"Ama ona rağmen yemeği beğenmesem de tabak tabak yiyordum sinirimden ya da hıncımdan olabilir. O dönem belki acılarımı ya da unutmama olarak sağladı ama anlık bir şeydi. Ben bir saat sonra tekrardan geri yemek yedim unutmak için o anları. Diyorum ki anlık o anki zevkini tatmin ediyor. Bitiyor. Bir saat sonra bir daha istiyorsun. Tekrardan yemek gerekiyor. Tekrardan bir tatlı yiyim, bir şey içeyim istiyorsun. Ama senden aldığını götürüyor. (Ren, K, BKİ: 33,6)"

Katılımcılardan Nilüfer, genellikle bir şeylerden kaçmak amacıyla yemek yediğini ve yemek yediğinde rahatladığını belirtmiştir. Ancak, bu sürecin kendisine sonunda kilo olarak geri döndüğünü de eklemiştir.

"Yani yemek beni hep çok rahatlattı. Hep de bir şeylerden kaçarken yeme isteğinde buldum ve yedikten sonra geçmiş olarak görüyordum psikolojik olarak. Ve bu da bana kilo aldırdı. (Nilüfer, K, BKİ: 32,2)"

Katılımcılardan Tuna; mutsuzluk, stres, üzüntü gibi olumsuz duyguların yemek yeme davranışlarını etkilediğini ifade etmiştir. Ayrıca, yaşamında deneyimlediği birçok olumsuz olayın da kendisinde strese neden olduğunu ve bu durumun yemek yeme alışkanlıklarını olumsuz yönde etkilediğini eklemiştir. Tuna, burada

yemek yemenin tek bir nedenden kaynaklamadığı, birbirini tetikleyen ve domino etkisi yaratan birçok faktörün etkili olduğunu kanıtlar niteliktedir.

“Mutsuz oluyordum, yemeğe vuruyordum kendimi. Hemen şeylerden, restoranlardan yemek söylüyordum kendime. Bunlar tabii ki kilo almaya neden olacak şeyler, stres, üzüntü, stres. Ben stresten, üzüntüden kilo aldım. Bu kiloları boşa almadım, stresten aldım. Hayatım verdiği yorgunluktan, üzüntüden, düşüncelerden, hayat zorluluklarından, eşim, şimdiki eşim evlenmeden önce, annemin sıkıntılarından, annemi düşünmekten, bu kiloları ben kolay almadım. İşte düzensiz beslenme alışkanlığı oluştu. Ben strese dayalı buluyorum kendi kilo almamı, evet strese dayalı. (Tuna, K, BKİ: 44)”

Katılımcılardan Aras, stres yaşadığında aşırı yemek yediğini ve bu yöntemle stresini hafifletmeye çalıştığını ifade etmiştir. Ayrıca, üzüntü gibi olumsuz duygu durumu yaşadığında da, kimseye anlatamadığı üzüntülerini yemekle bastırdığını belirtmiştir.

“Stres yaptığım zaman çünkü çok yemek yiyorum. Yemek yemekle bir vakit geçiyor. Artık yemek yemenin stresimi azalttığını düşünüyorum herhalde. Yemek yedik, yattık. Yemek yedikçe... Yani sinirlerimi yatıştırdığımı veyahut da kendimi kandırıyorsun öyle... Öyle herhalde. Benimkisi biraz öyle oldu. Stresini bastırmam. Stresimi bastırdığını düşünüyorum. Nasıl diyeyim size? Kimseye anlatamadığınız üzüntülerinizi de yemekle geçiriyorsunuz. Duygularınızı bastırıyorsunuz bence. (Aras, K, BKİ: 43,3)”

Katılımcılardan Dicle, kendini kötü hissettiği dönemlerinde doluluk hissini yaşamak, duygu regülasyonunu düzenlemek ve mutlu olmak amacıyla yemek yediğini, bu dönemlerde ise daha çok tatlı türlerini tercih ettiğini belirtmiştir. Ayrıca, Dicle, hayattan doyum sağlandığında yemeğe olan düşkünlüğünün azalacağını düşündüğünü de ifade etmiştir.

“O psikolojik, doluluk hissine ihtiyaç duyma. Daha boş hissettiğim yerlerde oluyordu. Yani kendimi kötü hissettiğimde yiyorum falan gibi bir şey. O psikolojik, doluluk hissine ihtiyaç duyma, o fiziksel psikolojiye çevirme yani. Yoğun duygusal bir şey olduğunda tatlı yiyeyim, mutlu olmak için tatlı ye, yemek ye. Onlar vardı. O doluluk hissi falan. Tabii daha boşluk hissiyle alakalı, duygu regülasyonu ile alakalı şeyler var bence. Canan Karatay geçen demiş ya. Antidepresan kullanacağınıza sevgilerinize sarılın diye. Biraz öyle bir şey yani. İnsanın hayattan doyum aldığında o kadar yemeğe düşkün olmuyordur diye düşünüyorum. Kendi geçmişimde de öyle. (Dicle, K, BKİ: 39,2)”

Katılımcılardan Meriç tıpkı Dicle gibi sürekli olarak ağzını doldurma veya ağzına birşeyler atma gereksinimi hissettiğini ifade etmiştir.

“Enteresan, ağızıma bir şey atma gereği duyuyorum. Anlatabiliyor muyum? Sürekli, öyle. Örneğin televizyonu seyrederken bir 10 dakika sonra ay dur bir çekirdek koyayım da geleyim. 10 dakika falan seyrediyorum. Ama 15. dakika dur bir meyve koyayım da geleyim. (Meriç, K, BKİ: 41,02)”

Katılımcılardan Fırat, sinirli olduğu zamanlarda ya kendisini işe verdiğini ya da yemek yediğini belirtmiştir. Bu dönemlerde farkında olmadan aşırı yemek yediğini ve sonrasında pişman duyduğunu, şu sözlerle açıklamıştır.

“Ya işe veriyorum kendimi sinirli olduğum zaman kafam çok yoğunken çok çalışıp kendimi yoruyorum hani kafayı dağıtmam için. Ya yemeğe veriyorum mesela. Ve yemeğe de yani affedersiniz insan gibi yemiyorum yani. Yedikten sonra da çatlayacak gibi oluyorum. Pişman oluyorum ama artık o saatten sonra dönüşü yok yani. (Fırat, E, BKİ: 38,2)”

Katılımcılardan Amazon, sinirliken ya sigara içmeyi ya da yemek yemeyi tercih ettiğini belirtmiştir. Bu davranışların her ikisinin de kendisine zarar verdiğinin farkında olduğunu, ancak buna engel olmadığını da eklemiştir.

“Sinirliken o zaman ya sigarayı ya yemeyi tercih ediyorum. Hemen sigara yakıyorum bazen. Onu unutmaya çalışıyorum. Bir yemek ya da sigara ile. Bu aslında büyük zararlar veriyor insana. Bunun farkındayım. Ama bazen elimde olmuyor. (Amazon, E, BKİ: 34,4)”

Bazı katılımcılar, yukarıda bahsedilen üzüntü veya öfke gibi olumsuz duygular yaşadığında değil, mutluluk gibi olumlu duygular yaşadıklarında yemek yeme eğilimi gösterdiklerini belirtmişlerdir.

“Ama şeyde mutlu olduğum zaman yemeği yiyorum. İşte yerken de genelde yaş pasta. Ondan sonra yine tatlı. (Amazon, E, BKİ: 34,4)”

Katılımcılardan Ren, mutlu ya da üzgün olmasının fark etmediğini, hem olumlu hem de olumsuz duygular yaşadığında, özetle her iki durum da yemek yediğini belirtmiştir.

“Sadece üzgün olmayalım. Mutlu bir an mesela. Atıyorum O gün abim terfi almış. Ablamın günü güzel. Annem güzel bir haber verdi. O gün akşama mutlaka böyle bir kutlama tarzı bir şey. Hadi ben bir şey tatlı yapayım, yiyelim. Mutlu veya hüzünlü olayım hiç fark etmez yiyoruz. (Ren, K, BKİ: 33,6)”

Katılımcılardan Asi, hem öfkeli olduğu hem de mutlu olduğu zamanlarda yemek yemeyi tercih ettiğini belirtmiştir. Ancak özellikle öfkeli olduğu dönemlerde

farkında olmadan yemek yediğini, mutlu olduğu anlarda ise keyifle yemek yediğini ifade etmiştir.

“Mutluyken de yemek yemeyi seviyorum. Ama keyifle yiyorum. Yani böyle farkında olmadan yemiyorum. Daha farkında oluyorum yediğimin. (Asi, K, BKİ: 31,2)”

Katılımcılara “Yemek yemek sizin için ne anlam ifade ediyor?” sorusunun ardından, “Buzdolabı sizin için ne anlam ifade ediyor” sorusu yöneltmiştir. Katılımcılar yemek gibi buzdolabına da duygusal anlamlar yüklemiş ve bunu “aşk”, “varım yoğum” gibi ifadelerle açıklamışlardır. Ayrıca, buzdolabına bakmanın onlara mutluluk verdiğini belirtmişlerdir.

“Buzdolabı ne anlam ifade ediyor biliyor musunuz? Varım yoğum benim. Perşembe gününde bizim pazarımız vardı, bekârken. Pazara gider geldik, biz öyle çocuklardık. Dolabı açar karşısında alkış tutan çocuklardık biz. Yaşasın dolabımız doldu diye. (Meriç, K, BKİ: 41,02)”
“Benim için buzdolabı mutluluk ifadesi. (Amazon, E, BKİ: 34,4)”

Katılımcılardan Nilüfer, bu soruya, güzel yemekler varsa buzdolabının bir anlam ifade ettiğini, ancak çocukluğunda annesinin buzdolabını açmasına bile izin vermediğini belirtmiştir.

“Güzel yemekler olursa güzel bir şey ifade ediyor. Çocukluğumdaki tek anlam kahvaltı. Ben de ki çocukluğumda buzdolabı o ya. Annem buzdolabı açmama dahi izin vermezdi. (Nilüfer, K, BKİ: 32,2)”

Katılımcılardan Gediz, buzdolabı ile arasında bir aşk olduğunu ve tok olsa dahi buzdolabına bakmadan yatmadığını ifade etmiştir. Ayrıca, bu davranışını yalnızca kendi evinde değil, gittiği herhangi bir evde de devam ettirdiğini eklemiştir.

“Buzdolabı ile ne bileyim aramızda bir aşk var, bakıyorum yani psikolojik olarak. Bu durum da mutlu oluyorum, beni mutlu ediyor yani. Tok olsa bile, ben kendim için söylüyorum, tok olsam bile bu dolaba bakmadan yatmam. Buzdolabına bakmadan, kendi evimde değil başka bir yere gitsem de akraba falan, gece kalktığımda onların da buzdolabına bakıyorum. (Gediz, E, BKİ: 41,5)”

4.2.6.2.1.2. Gece yemek yeme: “Ama geceleri karnım çok acıkiyordu. Kurt gibi.”

Katılımcıların çoğu, gece yemek yeme davranışının yaygın olduğunu ve geceleri çoğunlukla çikolata, ekmek gibi yiyecekler tükettiklerini belirtmişlerdir. Ayrıca,

katılımcılar gece tüketilen yiyeceklerin sağlıksız olması ve yemek yedikten sonra hareket etmeden doğrudan yatağa gitme alışkanlıklarının, kendilerine kilo olarak döndüğünü ifade etmişlerdir.

“Gece yemelerim var. Biri geliyor resmen omzumdan sallıyor, kalk kalk. İçeride bir kavanoz nutella var, kalk kaşıkla falan gibi böyle. Genellikle tatlı yiyorum gece. Yüzümde güller açıyor gece yemek yediğimde... (Meriç, K, BKİ: 41,02)”

“Ben gece yatarken çok yemek yemeyi seviyorum. Gece yatarken çok kötü oluyor bu işte. O da zaten bize geri kilo dönüyor yani. Yani tok olsam bile mutfağa, mutfağa giderim. Biri bana git bak, git bak der gibi yani. Gidip bakıyorum bende mutlaka. Dolaba bakmadan, uyuyamam. Saat 01.00, 02.00,03.00. Kontrol edeyim ne var ne yok. Yani yoksa uyuyamam yani. Özellikle yatarken yemek direkt kilo yapıyor zaten. (Gediz, E, BKİ: 41,5)”

“Gece 03:00 de bile kalktım, yedim. 04:00 de kalktım, yedim, yattım. Çok fazla yemeler bunlar. Ekmeğin içine, sarelle sürüyordum. Ay çok kötü ya. (Nilüfer, K, BKİ: 32,2)”

Katılımcılardan Tuna, geceleri karnının kurt gibi acıktığını ve bu zaman diliminde çoğunlukla patates kızartması, makarna, gözleme, mantı gibi yağlı ve karbonhidrat ağırlıklı yiyecekler tükettiğini belirtmiştir. Bu alışkanlığının sağlıksız beslenme davranışlarının gelişmesine ve kilo almasına neden olduğunu şu sözlerle açıklamıştır:

“Gece yeme bozukluklarım olmaya başladı. Ama geceleri karnım çok acıkiyordu. Kurt gibi. Geceleri, geceleri çok yiyordum. İşte patates kızartması, makarna tam zararlı, abur cubur, büsküvit gibi abur cubur şeyler. Ekmek arası bir şeyler yiyeyim. Yararlı bir şey de değil yani, meyve falan değil. Gözleme, mantı, gecenin ikisinde birinde yenilmeyecek şeyler işte bunlar da sağlıksız beslenmeye, kiloya yol açtı yani. (Tuna, K, BKİ: 44)”

Yine katılımcılardan Tuna, gece yemek yediğini ve bunun yanı sıra özellikle kimse görmesin diye gece yemek yediğini de eklemiştir.

“Kimse beni görmesin diye geceleri yemek yiyordum (Tuna, K, BKİ: 44)”

Katılımcılardan Asi ise, özellikle son günlerde yaşadığı “sıkıntılarının” gece yemek yeme davranışına neden olduğu açıklamıştır.

“Eskiden hiç gece yemezdim. Ama şu anda özellikle son günlerde sürekli gece yiyorum. Biraz sıkıntılarımız var bu arada yine. Kafama takıyorum eşim bir de emekli oldu, çalışmıyor artık. Kızım okuyor, adam rahat çalışmak istemiyor, umrumda değil dünya. (Asi, K, BKİ: 31,2)”

Katılımcıların çoğu gece yemek yeme davranışlarının doğru olmadığını, ancak bu davranışı farkında olmadan gerçekleştirdiklerini, kontrol edemediklerini, bunun da kendilerine kilo olarak geri döndüğünü belirtmişlerdir. Katılımcılardan Amazon ise, gece yemek yeme davranışını “öleceksem de tok öleyim” düşüncesiyle meşrulaştırdığını ve bu durumdan mutlu olduğunu şu sözlerle açıklamaktadır:

“Tekrar kalkıp içeri ekmek de olsa içine bir çikolata falan sürüp yine tatlı. Onu yiyip yatıyorum. Geceleyin, yatmadan önce dolap benim için mutluluk ifade ediyor. Çünkü orada yiyecek bir şeyler var. Ve hani derler ya, aman öleceksem de tok öleyim diye. Bilmiyorum, kiloluların söylediği bir atasözümü bilmiyorum ama. Aman, ölmeyeceğiz mi? Öleksen de tok öleyim, aç ölmeyeyim diye. Yemek güzel bir şey. (Amazon, E, BKİ: 34,4)”

4.2.6.2.1.3. Aşırı yemek yeme: “...Üç dakikada yemeği bitiriyordum ya.”

Katılımcıların çoğunun, aşırı yemek yeme davranışlarına sahip oldukları, ifadelerinden anlaşılmıştır. Katılımcılar, farkında olmadan büyük porsiyonlarda yemek yediklerini ve yemeği sindirerek yemekten ziyade kısa sürede hızlı bir şekilde tükettiklerini belirtmişlerdir.

“Bir de hızlı hızlı yiyordum böyle. Acele acele. Öyle sindire sindire de yemiyordum. Üç dakikada yemeği bitiriyordum ya. (Tuna, K, BKİ: 44)”

“Ama çok stres yaptığım zaman bir tabak yiyeceksem ve ara ara tok olsam da çok yemeğin başına gidiyorum. Sade öğünlerde değil. Bunaldığım zaman falan oturup yemek yiyorum yani. Ayakta da atıştırıyorum o zaman. (Aras, K, BKİ: 43,3)”

“Ama porsiyonu küçük koymuşum. İkinci tabağı da yiyorum mutlaka. (Ren, K, BKİ: 33,6)”

Katılımcılardan Nil, aşırı yemek yemesine rağmen, masandan kalktığında gözünün hala yemekte olduğunu ve kendisini sanki hiç yememiş gibi hissettiğini ifade etmiştir.

“...Ve şöyleydi, yemek yiyorum. Mesela tıka basa yemek yiyorum. Masadan kalkıyorum ve hala gözüm yemekte. Hani hiçbir şey yememişim gibi tekrar yemek yemeyi düşünüyorum. Yani normal bir insana göre baya baya yiyordum. (Nil, K, BKİ: 36,5)”

Katılımcılardan Fırat, doyma hissinin olmadığını, kendisini sürekli “hep açlıktan ölecekmiş” gibi hissettiğini ve bu nedenle aşırı yemek yediğini ifade etmiştir. Bir markete girdiğinde hemen yemek reyonuna yöneldiğini, bir şey aldıktan sonra kasaya kadar onu bitirdiğini ve yemek konusunda sınırının olmadığını, bunun da kilo almasına neden olduğunu Fırat şu sözlerle açıklamıştır:

“Ben hep açlıktan ölecek gibi hissediyorum mesela. Ondan dolayı da doymayacak gibi hissediyorum. Devamlı yeme isteği oluyor. Sanki aç kalacağım. Ve yemeğe de yani affedersiniz insan gibi yemiyorum yani. Yedikten sonra da çatlayacak gibi oluyorum. Mesela ye insan gibi üç dilim var, ikisini ye. Biri kalsın. Paket yapıyorlar. Yok. Onların hepsini bitireceğiz. Ya da gidiyorum markete hemen bisküvit alıp yiyordum. Kasaya boş kapla gidiyordum. O kadar kötü oluyorum. Biz bundan kaybediyoruz. O da bizi çok rahatsız ediyor hayatta. Sınırım yok yani. Parayı verdikse sonuna kadar yemek zorundayız yani. Biz de bu olduğu için de kiloyu veremiyoruz zaten. (Fırat, E, BKİ: 38,2)”

Katılımcılardan Tuna, herkes gibi az yemek yemek istediğini, ancak bunu kontrol edemediğini belirtmiştir. Büyük porsiyonlar tükettiğinde ancak doyabildiğini ve bu doyma sürecinin oldukça kısa olduğunu ifade eden Tuna, midesinde adeta bir kurt olduğunu ve bir hayvan besliyormuş gibi hissettiğini şu şekilde açıklamıştır:

“Ben de herkes gibi az yiyorum veya az yemek istiyorum. Üç tane oturup da kare tosttan yemek istemiyorum. Veya koca bir yaş pastanın üç dilimini yemek istemiyorum veya bir litre kola içmek istemiyorum. Ben de meraklı değilim ama elimde değil. 3 tane küt küt dürüm yapıp yiyen ben. Annem bir tane kare tostla doyarken ben annemin yanında üç tane tostla ancak karnım doyuyordu. Ya ben de istemiyordum o pozisyonlarda olmayı. Birde bu bir saat sürmüyordu. İçim böyle kıyım kıyım eziliyordu. Sanki ben biraz önce yemek yemedim. Ama elimde değil yani. Bir ara dedim midemde kurt mu var, hayvan besliyorum ya. (Tuna, K, BKİ: 44)”

Katılımcılardan Asi, özellikle kafasının dolu olduğu zamanlarda farkında olmadan (bilinçsiz bir şekilde) yemek yediğini, nasıl yemek yediğini hatırlamadığını, bu durumun ancak paketin sonuna geldiğinde fark ettiğini belirtmiştir.

“Eğer o an kafamda başka bir şey varsa, kafam doluysa, beynim doluysa, fark etmiyorum. Durmuyorum, duramıyorum. Şu elimi yine attım negro paketine. Üç paketi de bitirmişim. Ben ne ara o diğer iki paketi açıp yedim, inanın hatırlamıyorum. Bir gün yine böyle, hamileydim Erdem'e. Çerez, bir kilo. Karışık çerez. Böyle önüme almışım, televizyon izliyorum. Tabii ki eşim yine yanımda yok. Film falan izliyorum. Elime attım. Aa, bitmiş. Bitmiş yani. Bir kilo çerezi yemek ne demek ya? Böyle bir yeme alışkanlığım var benim. (Asi, K, BKİ: 31,2)”

Katılımcılardan Dicle, genellikle büyük ana yemek ve tuzlu yemek porsiyonlarını tercih ettiğini belirtmiştir. Bununla birlikte Dicle, kendi yaşam deneyimlerinden yola çıkarak, hayattan doyum alındığında yemeğe bu kadar düşkün olunmayacağı mesajını da şu sözlerle ifade etmiştir:

“Daha böyle büyük porsiyonlar, çok tatlı değil ama, yemek, ana yemek, daha tuzlu yemekleri severdim. Canan Karatay geçen demiş ya. Antidepresan

kullanacağınıza sevgilerinize sarılın diye. Biraz öyle bir şey yani. İnsanın hayattan doyumu aldığında o kadar yemeğe düşkün olmuyordur diye düşünüyorum. Kendi geçmişimde de öyle. (Dicle, K, BKİ: 39,2)”

Katılımcıların çoğu, tıkanırcasına yemek yedikten sonra pişmanlık yaşadıklarını belirtmişlerdir. “Keşke yemeseydim” diye pişmanlık yaşadıklarını, kendilerine kızdıklarını ya da vicdan azabı çektiklerini ifade etmişlerdir.

“Pişman oluyorum ama artık o saatten sonra dönüşü yok yani. Ya da yediğin zaman bu sefer vicdan azabı çekiyorsun. Kendime kızıyorum bu sefer. Keşke yemeseydim diyorum. (Fırat, E, BKİ: 38,2)”

Katılımcılardan Amazon, kendisine kızmanın uzun sürmediğini ve “al işte yersen böyle olur” şeklindeki sitemlerinin kısa olduğunu, tatlı ya da yemek gördüğünde tekrar fazla yemek yediğini belirtmiştir.

“O zaman kızıyorum kendi kendime. Al işte yersen böyle olur diye. Yemeği, tatlıyı görünce tekrar eskisine dönüyorum. Anlık yani sitemlerim. (Amazon, E, BKİ: 34,4)”

Katılımcılardan Arda, yemek yedikten sonra çoğu zaman pişmanlık duyduğunu, karşı tarafın “ye” baskılarına “hayır diyemediğini” ve yedikten sonra hem kendisine hem de karşı tarafa sinirlendiğini belirtmiştir.

“Yedikten sonra da pişmanlık duyuyorum bazen de. Çoğu zamanda yani. Ay yemeseydim keşke. Zaten kendimle bir mücadeleye içerisindeyim, yememem lazım falan. Bizim toplumumuzda böyle. Allah aşkına ye, bugün ye, yarın yemezsin, bugün diyetini boz falan. Ben de o noktada iradem zayıf herhalde. Yani iradem zayıf herhalde değil, zaten o tipleri seviyorum. Bir taraftan da baskı görünce, bir noktada hayır diyemiyorum ve yiyorum. Yedikten sonra da sinirleniyorum. Hem kendime sinirleniyorum, hem de karşı tarafa sinirleniyorum. Karşı tarafı suçluyorum çünkü karşı tarafı suçlamak daha kolay herhalde. Bana çok ısrar ettiler falan diye. (Arda, K, BKİ: 32,4)”

4.2.6.2.1.4. Hedonik (hazcıl) yemek yeme: “...Aslında biz yersek mutlu olabilen cinsteniz.”

Katılımcılar, yemek yeme davranışlarından birinde hedonik yemek yeme davranışı olduğunu ifade etmişlerdir. Yemek yediklerinde mutluluk hormonlarının salgılandığını, bu nedenle yemek yemekten keyif ve haz aldıklarını belirtmişlerdir.

“Yani yemek yemek aslında bir haz herhalde. Haz, mutluluk herhalde diye düşünüyorum. İşte hani özellikle tatlı. Tatlı çeşitleri. Seviyoruz yani maalesef. (Arda, K, BKİ: 32,4)”

“Vallahi yemeği yediğimizde ne hissediyorum? Zevk alıyorum. Büyük bir keyif. Özellikle sevdiğim yemekler olursa, peşinde tatlı olursa. Severekek yiyorum. (Amazon, E, BKİ: 34,4)”

“Aslında biz yersek mutlu olabilen cinsteniz. Biz genel olarak yemeği seviyoruz. (Nilüfer, K, BKİ: 32,2)”

Katılımcılardan Tuna, yemek yediğinde dünyanın kendisinin olduğunu ve daha iyi hissettiğini, yemek yemediğinde ise mutsuz ve karamsar olduğunu ifade etmiştir.

“Yemek yiyince böyle dünyalar benim oluyordu. Hormonlarım salgılanıyordu. Yemek yemediğimde de mutsuz, böyle iyice karamsar, daha böyle içine kapanık oluyordu. Çikolata şeker yiyince mutlu oluyordum. Cips yiyince, börek yiyince, tatlı yiyince. Ama yemek yiyince böyle bir hormonlarım salgılanıyordu. Hayatı daha enerjik oluyordum. (Tuna, K, BKİ: 44)”

4.2.6.2.2. Sağlıksız beslenme: “...Fast food olsun, taştan olsun.”

Sağlıksız beslenme alışkanlıkları, katılımcıların tekrar kilo alma nedenlerinden biri olarak tespit edilmiştir. Katılımcıların çoğu; asitli içecekler, ekmek, hamur işleri ve karbonhidrat ağırlıklı yiyecekleri tercih ettiklerini belirtmiştir. Özellikle, ekmek tüketilmediğinde tokluk hissinin oluşmadığını ifade eden katılımcılar, bu durumu “makarnayı ekmekle yiyen insanlarız” şeklinde örneklendirmiştir.

“Yani öyle bir cinsiz ki makarnayı bile ekmekle yiyen insanlarız. (Meriç, K, BKİ: 41,02)”

“Yemek olsun yeter. Sebze yemekten çok yemem. Mesela atıyorum pırasadır, ıspanak tarzıdır. Çok nadir yani. Ama diğer türlü yemekleri yerim. Hatta makarna bile ekmekle yeriz yani. Ya da hanım, hamur işlerini çok seviyorum mesela hanımda güzel yapar. Ondan dolayı kilo alıyoruz. (Gediz, E, BKİ: 41,5)”

“Ekmek tüketimi çok fazlaydı bir kere. Asitli çok içiyordum. Ekmek, gazlı içecekler. (Ren, K, BKİ: 33,6)”

“Ekmek çok yiyorum. Ekmeksiz doymuyorum. Ya genelde hamur işi. O da ne yapıyor kilo aldırıyor. (Amazon, E, BKİ: 34,4)”

“Hamur işi çok seviyorum. Yiyordum. Hala aynıyım. (Asi, K, BKİ: 31,2)”

Katılımcılardan Fırat ve Gediz, sağlıksız yeme alışkanlıklarının çocukluk döneminden itibaren şekillenen ve aile de nesilden nesile aktarılan bir miras olduğunu belirtmiştir. Ayrıca, toplum olarak sağlıklı beslenme kültüründen ziyade “karın doyurmak” odaklı bir yaklaşımı benimsediğimizi ve bununda ekmekle tüketimiyle mümkün olduğunu şu sözlerle açıklamıştır:

“Bizde hep dolma, hep ekmek ağırlıklı, pilav, kuru fasulye, bakliyatlar, bunlardı yani. Sağlıklı beslenme falan hiçbir şeyden haberimiz yok bizim. O

zamanlar öyle bir şey yoktu yani. Ekmek ağırlıklı hep. Meyve tüketmiyorum. Sebze fazla tüketmiyorum. Ekmek arası, ekmek ağırlıkla beslendiğim için. Biz karın doyurma biz makarnayla ekmek yiyen insanlar öyle büyüdük hani bizde hayatımızda bir beslenme şeyimiz yok yani sağlıklı beslenme olayımız yok karın doyurma olduğu için de biz zayıflayamıyoruz yani. (Fırat, E, BKİ: 38,2)”

“Hatta makarna bile ekmekle yeriz yani. Küçüklükten beri böyle. Böyle yetiştik, böyle büyüdük. İmkânlar böyleydi belki. Öyle alıştık, öyle gidiyor. (Gediz, E, BKİ: 41,5)”

Katılımcılardan Fırat, önceliğinin tokluk olduğunu ve ekonomik boyutu da göz önünde bulundurarak, sağlığa zararlı olsa dahi en tok tutucu yiyeceklere yöneldiğini şu sözlerle açıklamaktadır:

“Ben 150 TL diyorum ki salataya verilir mi diyorum gidip hamburger yiyorum. Bizdeki sağlıklı beslenme yok yani. O kültürümüzde yok. Biz karın doyurmak yani. Çünkü niye salata yedin mi? Bir saat sonra acıkıyorsun. Ama hamburger seni 3 saat çok tutuyor normalde. Karnın doyuyor çünkü. O parayı hamburgere karnını doyurucu, ekmekli olan bir şeye vermeniz gerektiğini düşündüm. (Fırat, E, BKİ: 38,2)”

Katılımcıların çoğu, dışarıda yemek yediklerinde genellikle fastfood ağırlıklı yiyecekleri tercih ettiklerini belirtmiştir.

“Dışarıda fast food da oluyor bazen. Bazen de böyle pide tarzı da oluyor. Hamburger ya da pizza daha az bizde. (Asi, K, BKİ: 31,2)”
“Dışarıdan fast food ağırlıklı daha çok seviyordum. Dışarıdan. Ev yemeğini o kadar sevmiyordum. Dışarı ağırlıklı. Hamburger, pizza, lahmacun, sufleler, tatlılar, waffle, onlar yani. (Tuna, K, BKİ: 44)”

Katılımcılardan Amazon, fast food tüketimine olan eğilimini mizahi bir dille ifade ederek (*Fast food olsun, taştan olsun*), bu alışkanlığının kendisinde kilo alımına neden olduğunu belirtmiştir.

“Fast food. Ölüyorum. Yani Fast food 'a dayanamıyorum. Fast food olsun, taştan olsun. Yani öyle sulu yemek, ev yemeklerini falan çok seven biri değil. Yani bunlar da işte kilo yapıyor. Yani dengesiz beslenme evet. Ama seviyorum yani. (Amazon, E, BKİ: 34,4)”

Katılımcılar Fırat, vardiya sistemiyle çalıştığını ve eşiyle çalışma saatlerinin bazen uyuşmadığını belirtmiştir. Bazı günlerde akşam yemek hazırlamaya vakit bulamadıkları için dışarıdan yemek yediklerini ifade etmiştir. Bu durumlarda ise daha çok fast food tarzı yiyecekleri tercih ettiğini belirtmiştir.

“Çalışan olduğu için biraz evde yeme ortamım biraz zor oluyor. Saatler denk gelmiyor, vardiyalar denk gelmiyor. Ama tabii vardiyalar uymadığı zaman çoğunlukla dışarıda da yiyebiliyoruz. Çünkü niye? Zaman olmuyor mesela. Şimdi mesela gidiyoruz eve saat 19:00. Hazırla et zaten geç olacak. Ne yapıyoruz? Zaten dışarıda yiyelim. O da dışarı zaten bizi o kilo aldırıyor. Fastfood tarzı. Hani çünkü lezzetli oluyor, yağlı oluyor, zararlı oluyor. Ondan dolayı ev yemeğinden ziyade biraz fast food tarzı ağırlıklı, kahvaltı ağırlıklı beslenmediğimiz için oluyor.(Fırat, E, BKİ: 38,2)”

Katılımcıların çoğunluğu, özellikle akşam yemeğinden sonra veya televizyon izlerken kuru yemiş, çekirdek, cips ve çikolata gibi ses çıkaran atıştırmalıkları tercih ettiklerini belirtmiş ve bu alışkanlıkların, tekrar kilo almanın önemli bir faktörü olduğunu ifade etmişlerdir.

“Akşam yemek yedikten sonra otururken, televizyon izlerken ne varsa işte ıvır zıvır olur. Kuru yemişti, cips. Yeriz yatana kadar. Bir de yatarken dolaptan bakarız, tekrar yeriz. Özellikle yatarken yemek direkt kilo yapıyor zaten.(Gediz, E, BKİ: 41,5)”
“Ard arda kilo aldığım sebebim de abur cubura düşkün olmak. İşte çikolata ya. (Arda, K, BKİ: 32,4)”

Özellikle stresli dönemlerde alışveriş ve para harcama alışkanlığı olan katılımcılardan Asi, bu dönemlerde alışverişlerinde abur cubur ürünlerinin daha fazla yer aldığını ifade etmiştir.

“Genelde de bu alışveriş abur cubur oluyor yani. (Asi, K, BKİ: 31,2)”

Katılımcılardan Tuna ve Ren, özellikle regl dönemlerinde tatlıya olan düşkünlüklerinin arttığını ve bu dönemde tatlı tüketme isteği duyduklarını belirtmişlerdir.

“Benim özel günümde çikolata yeme isteğim var, yaş pastaydı, ıvır zıvır var. Şeker, çikolata yerim. İştahım daha fazla oluyordu. Daha çok acıkıyordum. (Tuna, K, BKİ: 44)”
“Bu bilindik bir şey olduğu için tüketmeliyim mantığı oluyor bende ve yiyorum yani. Çikolata yiyorum. Niye? Çünkü reglim. (Ren, K, BKİ: 33,6)”

Katılımcılardan öğrenci olan Ren, özellikle ders çalışırken “bir şeyler atıştırmalıyım, bir şey içmeliyim” düşüncesiyle abur cuburların elinin altında bulunması gerektiğini belirterek bu tür atıştırmalıkları tükettiğini belirtmiştir.

“Bir de inanılmaz da ders çalışırken bir şey atıştırmalıyım. Elimde de bir şey içmeliyim. Elim orada olmalı. Yasak olan her şey çok çekici geliyor. (Ren, K, BKİ: 33,6)”

Katılımcılardan Dicle; cips, jelibon ve paketli gıda tüketmediğini, bunun yerine daha sağlıklı (temiz) yemekler tercih ettiğini belirtmiştir.

“Ben çok şey sevmem mesela cips, paketli gıda gibi değil. Temiz şeyler yedim. Güzel yerlerde, güzel yemekler. Öğünler. Öyle cipsdir şeydir, koladır öyle şeylerim yoktu. İşte jelibondur, şekerdir. Öyle değil. (Dicle, K, BKİ: 39,2)”

Katılımcılardan bazıları, tatlıya olan düşkünlüklerini özellikle akşam yemeği sonrasında tükettiklerini belirtmiştir.

“İşte hani özellikle tatlı. Tatlı çeşitleri. Seviyoruz yani maalesef. Kaçamak derken kurabiye kaçamağım. Tatlı çikolata kaçamağım. Öyle şeyleri çok seviyorum. (Arda, K, BKİ: 32,4)”

“Akşam yemeği sonrasında mutlaka kahve içilebilir. Ya da ben çok güzel tatlı yaparım. Mutlaka tatlı yenilir. (Ren, K, BKİ: 33,6)”

Katılımcılardan Amazon, tatlıya olan düşkünlüğünü ifade ederek, bir gün içerisinde tatlı yemediği takdirde o günü eksik saydığını ve bu durumunda kendisine kilo aldırıldığının farkında olduğunu açıklamıştır.

“Genelde şekerli yiyecekleri. Şekeri çok seviyorum. Tatlıyı da severim. O da ayrı bir tat veriyor bana. Hemen ekmeğin arasına saralleyi sür, kapat ve hızlıca ye. Olsun bitsin. Bu kilo yapıyor. Belki de böyle olmayacağım ben ama ben takmışım kafaya saralleyi, tatlıyı. İlla tatlı bir şey yiyeceğim. Tatlı yemezsem o günü günden saymıyorum yani. Öyle bir şey. (Amazon, E, BKİ: 34,4)”

4.2.6.2.3. Başarısız girişimler sonrası yaşanan tükenmişlik/ bıkkınlık: “...yaptığın efora yanıt alamamak çok zorlayıcı idi. O da bir yerden sonra bıkkınlık.”

Katılımcıların çoğu, çocukluk yıllarından itibaren kilo verme girişimlerinde bulunmuştur. Bu süreçte, bazı katılımcılar olumlu sonuçlar alırken, bazen de emeklerinin karşılığını tartıda göremediklerini ifade etmiştir. Katılımcılar, yaşamları boyunca dikkat etmeleri gerektiğini, ancak kilo verme girişimlerini bıraktıklarında kilolarını kilo geri aldıklarını ve hatta daha fazla aldıklarını eklemiştir. Sürekli "al-ver" durumu zaman zaman katılımcıların “başaramıyorum” duygusuna kapılmalarına ve tükenmişlik yaşamalarına neden olmaktadır.

“Onda da çok mesela katı bir diyet yaptım ama yaptığım diyet sonucunda hani en fazla atıyorum 6 ayda belki 6 kiloyu anca verebilirim. Öyle zor gitti yani. Bayağı zorlandım. Artık bu sefer de şeyden sıkıldım, hani sürekli dikkat et, kilo ver, sonra bırakır bırakmaz geri al. Ver, al, ver, al. O vakit beni sıkmaya başladı. Çünkü sıkıldım yani sürekli böyle yıllardır. Deniyorsun

olmuyor. Bu sefer sürekli ver, al, ver, al olunca gitgide her seferinde daha fazla ekledi. (Nil, K, BKİ: 36,5)”

“Orada benim zorlayan şey belli bir kilonun üstünden sonra yaptığın efora yanıt alamamak çok zorlayıcı idi. O da bir yerden sonra bıkkınlık. Yani artık olmuyor. Çaresizlik gibi, yorgunluk gibi. O beni yormuştu. Pazartesi başlamış, çarşamba bıraktım gibi değil yapıyorum, bir şey olmuyor. O zaman manası yok gibi. Daha isteksiz olduğum dönemler oldu bunu yapamayacağım, böyle bir tempoya giremeyeceğimi düşündüğüm. (Dicle, K, BKİ: 39,2)”

Katılımcılardan Fırat, altı ay boyunca diyet yaptığını ancak sonrasında verdiği kiloyu koruyamadığını belirtmiştir.

“Yani 6 ay yapıyorsun, onu koruyamıyorsun. 2 ay sonra tekrar kilo alıyorsun. Yani 6 ay yaptığın eziyet boşa. Bu sefer ne yapıyorsun? Ben bir daha 6 ay çekeceğim diyorsun. Ye gitsin. Yiyen de ölüyor, yemeyen de ölüyor. Ondan dolayı kiloyu tekrar aldık yani. Koruyamadık yani (Fırat, E, BKİ: 38,2)”

Katılımcılardan Arda ve Ren, bir kere diyeti bozduklarında bunu telafi edemeyeceklerini düşündüklerini ve bu nedenle de motivasyonlarının bozulduğunu belirtmişlerdir.

“Benim U dönüşlerim çok zor oluyor. Yani bir yerde bir bozduysam, fazla bir şeyi kaçırdıysam, moralim çok bozuluyor. Toparlayamayacağımı düşünüyorum. Karbonhidrat yedikçe vücut daha çok karbonhidrat istiyor diyorlar. Bilmiyorum. U dönüşlerim zor oluyor. Zaten onun için kilolar artıyor. Belki bir kereden bir şey olmaz deyip sürdürülebilse diye düşünüyorum. (Arda, K, BKİ: 32,4)”

“Bir kere açık verdiğim an o sanki hiç kapanmayacakmış gibi düşünüyorum. Hâlbuki kapanabilir yani. Ne olacak? Yedin diye 10 kilo almadın ama işte o kafanda yerleşmiş bir şey. (Ren, K, BKİ: 33,6)”

Katılımcılardan Asi, kilo verme çabalarının boşa olduğunu düşündüğünü, çabalarının sonucunu göremediğinde ise bir boşvermişlik hissi yaşadığını ve bu dönemlerde özellikle kilo aldığını ifade etmiştir.

“Hep de boş vermişlik geliyor bazen bana. Her şeyi boş veriyorum. Yani belli bir dönemlerde... Yeter, lanet olsun. Nasıl olsa bir sonuç elde edemeyeceğim. Nasıl olsa yapamayacağım. Hani bir o rahatlık o boşvermişlik döneminde kesin kilo alıyorum. Psikolojik yani bir salıyorsunuz, bir boşvermişlik oluşuyor. (Asi, K, BKİ: 31,2)”

4.2.6.2.4. Negatif yaşam olayları

Katılımcılar, yaşadıkları negatif yaşam olaylarının kilo artışına neden olduğunu ifade etmişlerdir. Her bir katılımcı, kendine özgü negatif yaşam deneyimlerinin

zamanla kademe kademe kilo alımına yol açtığını belirtmiştir. Katılımcılardan Gediz ise, kilolarının bir anda artmadığını, aksine aşamalı bir şekilde kilo aldığını ve en fazla kilo alımının babasının vefatına denk geldiği tespit edilmiştir:

“Bilmiyorum yani, niye böyle oldu, kilo aldım. Tabi bu kiloda bir anda olmadı. Nasıl söyleyeyim? Evlendikten bir buçuk yıl sonra babamı kaybettim. Ben yaklaşık on, on beş yıldır kademe kademe kilo aldım. (Gediz, E, BKİ: 41,5)”

Katılımcılardan çocuk gelin olan Nilüfer, eşinin psikolojik ve çoğu zaman fiziksel şiddet uyguladığını belirtmiştir. Buna bağlı olarak, kendi ifadesiyle “deli gibi yemek yediğini” ve bu durumun kilo almasına neden olduğunu ifade etmiştir.

“Anneme, babama, ablama gitmemiz asla istemezdi. O baskıyı asla anlayamadım. Bütün kavgalarımız bunlar. Ama ben ne yaptım? Gittim. Ağladım. Zırladım. Kavgaya ettim. Belki vurdu çoğu zaman. Ama gittim. Hiçbir şekilde dinlemedim. Öyle bir huyum da vardı. Bunun sonucunda da oturup yemek yemişliğim de var yani. Deli gibi. Onların kökü de ona dayanıyor. (Nilüfer, K, BKİ: 32,2)”

Katılımcılardan Arda, bir erkek arkadaşı olduğunu ve ayrılımlarının kendisini oldukça üzdüğünü belirtmiştir. Ayrıca, birden fazla stres faktörünün de bir araya gelmesinin, tıpkı dama taşlarının birikmesi gibi, hızlı kilo almasına yol açtığını ifade etmiştir.

“Ondan sonra o dönemde bir erkek arkadaşım oldu, ondan ayrıldım. O beni bayağı üzdü. Böyle birkaç stres faktörü bir araya geldi böyle dama taşı gibi. Ve hızla tırmandım yani, hızla kilo aldım. (Arda, K, BKİ: 32,4)”

Katılımcılardan Tuna, eşinin kendisini aldatması nedeniyle psikolojik dengesinin bozulduğunu belirtmiştir. Diğer yaşadığı sorunlarla birleşen bu durumun, kendi ifadesiyle “boşuna bu kilolar olmadı” diyerek kilo almasına yol açtığını şu sözlerle açıklamıştır:

“Eşim de ilk eşim nankör çıktı. O da beni aldattı. Evin içinde yakaladım. Orada bir ayrı çöküntü yaşadım. Ruhsal çöküntü, psikolojik çöküntü yaşadım. Bunlar hep benim dengemi bozdu ister istemez. Bu travma, babanla görüşmemem, annemin Ankara'da olması, eşimin beni aldatması, Aldattı, babanın evine geri dönemiyorsun. Babanla zaten konuşmuyorsun. E tabii bu yaşadıklarım belki benim kilo almama çok neden olmuştur. Yani bu kilolar boşuna olmadı. (Tuna, K, BKİ: 44)”

Katılımcılardan Ren, bir trafik kazası geçirdiğini ve sonrasında büyük bir ameliyat olduğunu belirtmiştir. O dönemde kişisel ihtiyaçlarını karşılayamayan Ren, bu

süreçte kilo aldığını ifade etmiştir. Ayrıca, romantik ilişkisindeki partneri tarafından aldatılmasının da kilo alımına neden olduğunu şu sözlerle açıklamıştır:

“Bir kaza geçirdim, trafik kazası. Sol dizim menisküsüm, çarpmaz bağlarım komple yırtıldı benim. Ve hani platin takıldı. Hala platin var. Ve tekrardan bir yırtık oluştu birkaç ay önce. Tekrardan bir ameliyat süreci bekliyor ama uzak duruyoruz elimizden geldiği kadar. Çünkü henüz bacağım kendini toplayamadı. O süre zarfında işte 4 ay falan ben okula değneklerle falan geldim, gittim. O süre zarfında, yani lavobaya bile annem, abim götürüyordu beni. O zamanlar hatta kendi ihtiyaçlarımı gideremiyordum ben asla. Psikolojik olarak da çökmüştüm. O dönemde zaten çok fazla aldım. Birde o süre zarfında da duygusal bir ilişkim vardı. Çok kötü bir ihanetle sarsıldı. Yakın arkadaşım ile beraber şu an kendisi. O da çok tetikledi beni. (Ren, K, BKİ: 33,6)”

Katılımcılardan Menderes, ticaretle ilgilendiğini ancak iflas ettikten sonra kendini alkole verdiğini ve bu stres nedeniyle kilo aldığını belirtmiştir.

“Stres. Dedim ya mesela dükkanım vardı, ben ticaret yapardım. Fakat dağın güzel yönü var, birde görülmeyen yönü vardır, karlıdır oralar. Ben İstanbul'a çok büyük işlere girdim, çok büyük işler yaptım. Olmadı, olmadı, olmadı ama. Alkola düşkünlüğüm oldu bu süreçte işte, o da bende kilo yaptı. Hem stres, hem aşırı bir dışa bağım yaşam. (Menderes, E, BKİ: 42,2)”

4.2.6.2.5. Geçiş dönemleri

Katılımcılara “En çok kilo aldığınız dönemler ne zamandı?” sorusu yöneltildiğinde, mezuniyet, evlilik ve hamilelik gibi geçiş dönemlerinde en fazla kilo aldıklarını ifade etmişlerdir. Bu geçiş dönemleri, katılımcıların yaşamlarında önemli değişimlerin olduğu süreçlerdir. Bu dönemlerde strestin ve duygusal yeme alışkanlıklarının etkisiyle beslenme alışkanlıkları bozulabilir ve daha sağlıksız, kalorisi yüksek yiyeceklere yönelim artabilir. Katılımcılardan Dicle, özellikle geçiş dönemlerinde, örneğin mezuniyet gibi sorumlulukların arttığı süreçlerde, kilo aldığını ifade etmiştir.

“Ortaokul bitişinde biraz aldım. Geçiş dönemlerinde. İşte yüksek lisansın sonunda, işe başladığında falan. Öyle oldu. Geçiş dönemlerinde bence ben alıyorum. Mezun olmak mesela çok ciddi bir kırılma insanların hayatında. Sorumluluklar artıyor. Zaten bir kere aldıktan sonra da alınıyor. Yani al ver al ver yo yoya dönüyor. Sonra işte dediğim gibi daha geçiş dönemleri, tez yazma süreci, mezuniyetler, işe başlamak falan. Hayata atılmak, yetişkin olmak oralarla da bence çok bağlantılı. (Dicle, K, BKİ: 39,2)”

Katılımcılardan Nil de, tıpkı Dicle gibi, lisans ve yüksek lisans mezuniyetleri sonrasında kilo aldığını belirtmiştir.

“Üniversiteyi bitirdikten sonraki kış, evet. Üniversiteyi bitirdiğim sonraki kış, o dönem kilo aldım kış boyunca. Rahat 10 kilo aldım. Bir de tezim işte 2017'deydi herhalde, 2017 mezun oldum ben. 2016-2017 dönemi. O dönemde kilo aldım. Bir anda işte... Ondan sonra mesela çok kilo almaya başladım. (Nil, K, BKİ: 36,5)”

Bazı kadın katılımcılar ise, evlilik gibi geçiş dönemlerinden sonra kilo aldıklarını ifade etmiştir. Evlilikle birlikte artan sorumluluklarının beraberinde stres getirdiğini ve özellikle çocuk gelin olan Aras'ın evliliğe ve yaşadığı yere uyum sağlama sürecinin zorluğu nedeniyle kilo aldığını belirtmiştir.

“Ondan sonra evlendim. Sonra bir 5-6 ayda 20 kilo birden aldım. Bakın çocuk yok, bir şey yok. Ama ilk o zaman başladı 20 kilo birden aldım yani. 68-70 kiloya kadar çıktım. 5-6 aylık evliyken. (Asi, K, BKİ: 31,2)”
“Ama evlendiğiniz zaman sorumluluklarınız ve yükümlülükleriniz çok farklı oluyor tabii ki. Hani sizden beklenen. Bir çocuk değilsiniz, bir genç bekâr değilsiniz. Öğrenmeye ve kabul etmeye, başarmaya, almaya, öğrenmeye çalışıyorsunuz tabii ki o dönemde. Hani işte bir gelin olarak 17 yaşında. O insanlara, o ortama, o kültüre tabii ki her evin farklı bir yaşamı oluyor. Alışkanlıkları, kültürleri. O dönemler zordu ve kilo aldığımı hatırlıyorum. (Aras, K, BKİ: 43,3)”

Katılımcılar hamilelik döneminde kilo aldıklarını ve sonrasında bu kiloları veremediklerini ifade etmişlerdir. Özellikle hamilelik döneminde, hormonal değişimlerin yanı sıra iştahın artması da bireyleri daha fazla yemek yemeye teşvik etmektedir.

“Ondan sonra 60 kiloyla öyle evlendim. 2 ay sonra 65 kiloyla hamile kaldım. 105 kiloyla doğuma gittim. 105 kilo doğuma gittim. 98 kilo doğumdan geldim. 7 kilo verdim. Ondan sonra hiç iflah olmadım. (Meriç, K, BKİ: 41,02)”
“Diyorum ki kilo alıyorum valla. Bir de nasıl yiyorum anlatamam size. İştahım birden açıldı bebek hormonlarından dolayı. Bir baktım hamileymişim. (Nilüfer, K, BKİ: 32,2)”

Katılımcılardan Aras, 18 yaşında hamile kaldığını ve hamilelik sürecinde yaklaşık 25 kilo aldığını belirtmiştir. Kiloya bağlı olarak, özellikle hamileliğin son aylarında kıyafet ve ayakkabı bulmakta zorlandığını ifade etmiş, ayrıca iki yıl arayla ikinci çocuğuna hamile kaldığını ve birinci hamilelikten kalan kilolarını da tam anlamıyla veremediğini belirtmiştir.

“18 yaşında, çok tartım yoktu o zaman ama doktor kontrollerine gittiğim zaman ve eczanede tartılıyordum. En son aylarımda artık ne bir ayakkabı ne bir kıyafet giyemiyordum. En son kontrolüme giderken doğumuma yakın yoldan plastik terlik aldılar bana büyük. En az 25 kilo almıştım. Kilo alma süreci ikincisinde de vardı. Tam vermemiştim. (Aras, K, BKİ: 43,3)”

Yine katılımcılardan Aras, kız kardeşinin de hamilelik kilolarını veremedi, iki çocuk arasında bir yıl gibi bir süreyle tekrar hamile kaldığını belirtmiştir. Bu dönemde, kız kardeşinin bebeklere tek başına bakım verdiği için strese girdiğini ve bu stresle birlikte daha fazla yemek yemeye yönlendiğini eklemiştir.

“Kız kardeşimdi. Son iki çocuktan sonra çok sık aralıklarla doğum yaptı ve o kiloları doğumdan sonra da almaya devam etti. Emzirme ve bakma sürecinde çok yoruldu. İki bebek, biri 1 yaşında, ikisi de uyuma ve tek başına baktığı için, yalnız büyüttüğü için kız kardeşim çok uykusuz kaldıkça yedi içti yemeğe. Devam etti almaya. (Aras, K, BKİ: 43,3)”

Katılımcılardan Arda ise, işsiz kaldığı bir geçiş döneminde strese girdiğini ve sonrasında kilo aldığını şu sözlerle açıklamıştır:

“Yine stresli bir dönem yaşadım. Şöyle, dükkan açtık, orada satış yaptım, kendim üretim yaptım falan. Pasaj içinde olduğu için çok cici bir dükkandı. Hani üretim de çok güzeldi. Fakat böyle hediyelik eşyalarım falan biraz gözle görülür bir yerde olması lazım. Öyle değildi, pasaj içindeydi. Bir müddet sonra baktık, iş yapamıyoruz. İş yapamayınca dedik ki tamam dükkan bize aitti ama yani niye duralım burada, niye kalsın falan. Dükkan kapatıldı. Ondan sonra işsiz kaldım. O dönemde kilo aldım. Yani yine bir stresli bir dönem. (Arda, K, BKİ: 32,4)”

4.2.6.3. Sosyal nedenler

Araştırmada, sosyal nedenler obezogenik çevre koşulları, yemeğe ilişkin doğru bilinen yanlışlar, dışarıdan gelen “kilo ver” söylemleri, hareketsiz yaşam ve pandemi başlıkları altında incelenmiştir.

4.2.6.3.1. Obezogenik çevre koşulları: Çalışma saatleri ve çalışma ortamı

Katılımcılardan Amazon, Fırat ve Gediz, bir alışveriş merkezinde çalıştıklarını ve iş vardiyalarının yanı sıra çalıştıkları mekânın da kilo almalarında etkili olduğunu belirtmişlerdir. Özellikle AVM yemek katında genellikle fast food odaklı seçeneklerin ve double, mega boy gibi menülerin bulunması, bu katılımcıların hem sağlıksız beslenmelerine hem de aşırı yemek yemelerine yol açmaktadır.

“Bu da yine işten dolayı kaynaklanıyor. Yani AVM’de çalıştığımız için burada ne yiyeceksin ki? Yani şimdi çıkıp bir yemek yiyeyim desen

mecburen hepsi fast food. Yani bu düzensiz yemek sisteminin bence işten dolayı olduğunu düşünüyorum. Bu vardiya sisteminden dolayı olduğunu düşünüyorum (Amazon, E, BKİ: 34,4)”

Katılımcılardan Gediz ve Fırat, işten çıkış saatlerinin geç olması nedeniyle yemek saatlerinde geç saate kaldığını belirtmişlerdir. Bu yemeklerde genellikle ekmek ağırlıklı ve yağlı, hızlıca hazırlanabilen yiyecekler tükettiklerini, sonrasında ise hiç hareket yapmadan yattıklarını ifade etmişlerdir. Bu durumun da kendilerine kilo olarak döndüğünü şu şekilde açıklamışlardır:

“Bir de bizim çalışma ortamımız çok sıkıntılı olduğu için yemek düzenimiz akşamları çok fazla yok. Çünkü niye? Vardiyalı çalışıyoruz. Akşam saat 10'da 11'de eve gidiyoruz. Yemeğe oturuyoruz. Yemeğe oturunca ister istemez ekmek yiyoruz. Ekmek yediğimiz zaman yarım saat, bir saat sonra yatıyoruz. Sabah hazırlık... Ne oluyor? Yattığımız zaman direkt o şey, o yediklerim yağ... Hareket yok, bir şey yok. Bize yağ olarak, kilo olarak geri dönüyor. (Gediz, E, BKİ: 41,5)”

“Bir de AVM'de çalıştığımız için bir düzen olmuyor. 16:00 çalıştığımız bir iş olsa belki farklı olabilir. Şimdi akşam eve gidiyoruz 23:00 mesela. Ne yapıyoruz peki? Patates kızartalım, patates kızartıp yiyoruz. Menemen yiyorduk. Hep böyle kahvaltı ağırlıklı tükettiğin için o da ekmek yediriyor. Ne oluyor? Kilo yapıyor. (Fırat, E, BKİ: 38,2)”

Katılımcılardan Amazon, kilo almasının nedenlerinden biri olarak vardiya sistemini, bu durumun de gece yemek alışkanlıklarını artırdığını ve hareketsizliğe de yol açtığını belirtmiştir.

“Akşam 10'da gel, 10'da geldikten sonra da homini gırtlak ye, tekrar yat, tekrar öbür gün 12'de kalk. Yani tamamen hareketsizlikten ve gece yemesinden bence bu kiloları aldım. (Amazon, E, BKİ: 34,4)”

4.2.6.3.2. Yemeğe ilişkin doğru bilinen yanlışlar: Aile de yemek kültürü ve “tabağımı bitirmeliyim” düşüncesi

Katılımcılardan bazıları, çocukluk çağından itibaren kilolu olduklarını ve bunun nedeninin ailesi tarafından yemek konusunda bilinçsiz bir şekilde yetiştirilmeleri, yanlış yönlendirilmiş olmaları veya hiç yönlendirilmemiş olmaları olduğunu ifade etmiştir. Aslında katılımcıların bazıları (Gediz, Meriç, Fırat, Amazon), yukarıda belirtildiği gibi “*makarnayı ekmekle yiyen insanlarız*” diyerek, ailede benimsenilen yeme kültürünün ve bu kültürün yaşamları üzerindeki etkililerini vurgulamaktadır. Katılımcılardan Fırat, bir kişinin obez olmasında en önemli faktörün ya genetik ya da ailedeki beslenme ve yeme kültürü olduğunu belirtmiştir. Ayrıca, yemekleri

genellikle annesinin yaptığı için önüne ne gelirse onu yediğini, yemek seçme şansının olmadığını ve bu durumun çocukluk döneminde oluşan yeme kültürü ile sağlıklı beslenme alışkanlıklarına yansımalarını şu şekilde belirtmiştir:

“Çocukluktan beri kilo problemi vardı. Kimse de önemseyip bir doktora götürmedi. Kilo verelim, bir diyetle gidelim, bir sağlıklı olalım. Değil. Annem hala şu anda 65 yaşında. Hala kilosu var. Anne baba, çocuğun yaşama, yetiştirme, beslenmesinde önemli kişiler. Çocuk kiloluysa bence aileden. Ya genetik ya beslenme. Aile ilgili mi? Aile dikkat ediyor mu? Aile çocuğuna ne kadar ilgiliyse, ne kadar sağlıklı beslendirebiliyorsa. Sonuçta aile yetiştiriyor bizi. Annem bana ne koysa biz onu yedik. Bizim öyle yemek seçme, yemek yap, canım şunu çekti deme şansı yoktu. Biz genelde ne varsa onu yedik. Mesela şimdi çocuğum avokado yediriyorum. Avokadoyu ben evlenince duydum, gördüm. Bilmiyorduk. Bizde öyle bir şey yoktu. Sağlıklı beslenme, salata yeme, çorba yeme yok. Çünkü bizde hiç demediler ki, oğlum sen kilolusun? Gel bir kalkalım, birlikte spor yapalım. Böyle bir kültürümüz yoktu yani. (Fırat, E, BKİ: 38,2)”

Katılımcılardan Amazon, çocukluk döneminde ailesinde düzenli bir yemek yeme saatinin olmadığını, genellikle ayaküstü yemek yediğini ve kilo konusunda rehberlik edecek bilinçli ebeveynlerinin olmadığını ifade etmiştir.

“Yemekle alakalı. Hani hiçbir zaman bu saatte yeme, kilo alırsın. Şu saatte ye, daha iyi olur. Veya yedikten sonra şunu yap, biraz egzersiz yap falan diye. Maalesef öyle bir bilinçli ebeveynlerimiz yoktu. Yani ayaküstü ne alırsak elimizde, çeyrek ekmek, yarım ekmek, direkt yine tekrar sokaktaydık. Yani düzenli bir yemek için saati yoktu. (Amazon, E, BKİ: 34,4)”

Katılımcılardan Nilüfer, annesinin ev hanımı olmasına rağmen öğle ve akşam yemekleri hazırlamadığını, bu öğünlerde genellikle kahvaltı hazırladığını ifade etmiştir. Bu durumun kendisinde bir travma yarattığını belirten Nilüfer, şimdi öğle ve akşam öğünlerinde kahvaltıyı asla tercih etmediğini, ne kadar yorgun olursa olsun üşenmeden yemek yapmayı tercih ettiğini dile getirmiştir.

“Annem hiç yemek yapmazdı. Biz hep kahvaltılık yedik. Şey derdim, mesela Ramazanlarda sofralar kurulurdu. Çok güzel yemekler yapardı. Derdim ki neden normalde yapmıyor? Bu da bir travmadır bende. Ama öğlen ve akşamları kahvaltı yemeği şimdi asla sevmem. Nefret ederim yani. Hiç sevmem. Sadece kahvaltı döneminde o kahvaltı bitecek. O yemeği yiyeceksem de üşenmem, yaparım yani o yemeği. Yeter ki kahvaltı olmasın. (Nilüfer, K, BKİ: 32,2)”

Katılımcılardan Gediz, çocukluk döneminden itibaren karbonhidrat odaklı bir beslenme alışkanlığının olduğunu, bu şekilde büyüdüğünü ve bu alışkanlığın

devam ettiğini ifade etmiştir. Ayrıca Gediz, benimsenen bu beslenme kültürünün ailesinin maddi imkânlardan da kaynaklabileceği yorumunu yapmıştır.

“Sebze yemekten çok yemem. Mesela atıyorum pırasadır, ıspanak tarzıdır. Çok nadir yani. Ama diğer türlü yemekleri yerim. Hatta makarna bile ekmekle yeriz yani. Küçüklükten beri böyle. Böyle yetiştik, böyle büyüdük. İmkânlar böyleydi belki. Öyle alıştık, öyle gidiyor. (Gediz, E, BKİ: 41,5)”

Katılımcıların bazıları özellikle çocukluk dönemlerinde annelerinin tabağını son kırıntısına kadar bitirmesi gerektiği söylediğini belirtmişlerdir. Dertlerinin “hep tabak bitirmek” olduğunu ifade eden katılımcılar, bu davranışlarının yalnızca kendilerine yönelik olmadığını torunlarına da aynı şekilde uyguladıklarını ifade etmişlerdir. Bu durumu katılımcılardan Ren, “arkamdan ağlar” ve “kaç tane kalırsa, o kadar çocuğun olur” gibi yaygın ifadelerle şekillenen bir düşünceyle, tabağımı bitirmeliyim yaklaşımını benimsediğini ifade etmiştir. Bu düşünce, o kadar etkili olmuştur ki; sevmediği bir yemek olsa dahi, hatta kendisini kusacak duruma getirse de, tabağını bitirmeye yönelik davranışlar sergilemesine yol açmıştır.

“Tabağımı da bitirmeliyim. Çünkü arkamdan ağlar. Kaç tane kalırsa, o kadar çocuğun olur. O da bitmeli. Çünkü o benim önüme konmuş ve benim, bana ait. Onun tabağına ait. Ama benimki bitmeli. Öğretilmiş. Annem hep öyle derdi yani. Kızım bitir tabağını, arkandan ağlar. Ama zamanla işte bu ikinci, üçüncü tabağa evrildiği için ben çok yediğim için onlar da bitmeli diye düşünüyorum. Sevmediğim yemek bile olsa hani bitmeli deyip, sonrasında kussam bile. Çok kustuğum da oldu. Ama yine de bitiriyorum. (Ren, K, BKİ: 33,6)”

Katılımcılardan Arda, diğer katılımcılardan farklı olarak, ailesinde yeme kültürüne büyük önem verildiğini, sağlıklı ve dengeli bir menü hazırlandığını ve özellikle akşam yemeklerinde ailenin bir araya geldiğini belirtmiştir.

“Yemek kültürü önemliydi. Her Türk ailelerinde olduğu gibi. Ama aslında ilginç olan düzenli bir yemek alışkanlığı vardı. Annem ev hanımı olduğu için mutlaka yemek yapardı. Babam benim Erzurumluydu, annem İstanbullu. Onlarda mesela zeytinyağlı yemek daha fazla yapılır. Göçmen olduğu için hani sebzeğe ağırlık verilir. Baba tarafı daha etçidir. Fakat düzenli bizim evde her zaman bir zeytinyağlı yemek, bir et yemeği. Bir çorba, yani böyle mükellef demeyeyim, abartılı olur ama düzenli ve sağlıklı bir yemek şeyi vardı. Akşamları mutlaka bir araya gelinip yenirdi. Çünkü baba işten geliyor. Öğlen nasıl geçiyordu, atıştırmayla mı yiyor muyduk, onu hatırlamıyorum net ama akşam hep beraber oturulup sofrada yemek yeniyordu. (Arda, K, BKİ: 32,4)”

Yine katılımcılardan Arda, sosyal çevresiyle evde düzenlenen toplantılara katıldığını, ancak pandeminin bu süreci sekteye uğrattığını belirtmiştir. Bu ortamlarda arkadaşlarının yemek ve çay gibi hazırlıkları yaptığını ve bu nedenle “hayır” diyememenin etkisiyle de fazla yemek yediğini ifade etmiştir.

“Ondan sonra rutin olarak biz buraya geldikten sonra böyle ayda bir evlerde toplanmaya başladık. Şu ara kesildi. Pandemiyle birlikte bu sekteye uğradı. Mesela öyle bir ortamda yememek de hoş değil. İnsanlar hazırlanıyor, seni bekliyor, çay saati falan filan. (Arda, K, BKİ: 32,4)”

4.2.6.3.3. Dışarıdan gelen “kilo ver” baskısı

Katılımcıların ebeveynleri, eşleri veya romantik ilişkide oldukları partneri ve/veya toplum tarafından karşılaştıkları önyargılar ve olumsuz söylemler daha önce belirtilmiştir. Zaman zaman bu önyargılarla birlikte gelen dikkat et, kilo ver gibi söylemler, katılımcıların üzerinde ek bir baskı yaratmış ve bu durum daha çok kilo almalarına yol açmıştır.

“Hani yedikçe yiyorsun, yedikçe yiyorsun, yapmam gerek dedikçe yapamıyorsun, daha çok kilo alıyorsun falan. O zaten o süreç seni mahvediyor. O strese girmek, yedikçe yemek, yedikçe yemek, kilo almak strese sokuyor. (Arda, K, BKİ: 32,4)”

“Sonrasında bir kilo vermeye çalışıyorsunuz. Bir sefer de şey oluyor. Kilo vermeye çalışıp hani... Başka birinin yönlendirmesiyle vermeye çalışmak insanı daha farklı etkiliyor. Nasıl etkiliyor? Kiloluyum, bir de bunu amirim yönlendirdi. O zaman benim bundan başarılı olmam lazım. O baskı oluyor. (Nil, K, BKİ: 36,5)”

Katılımcılardan Tuna, özellikle ailesinden bu tür söylemleri sürekli duyduğunu, bunun psikolojik olarak olumsuz etkilendiğini ve bu durumun strese yol açarak daha fazla kilo almasına neden olduğunu ifade etmiştir.

“Artık aileden bunu onu duya duya. Ruhsal çöküşe indim zaten. Onların baskısıyla daha çok kilo almaya başladım. Daha çok strese girdim. (Tuna, K, BKİ: 44)”

4.2.6.3.4. Hareketsiz yaşam ve pandemi: “Akşam yedikten sonrada hiç hareket etmiyorum.”

Katılımcıların kilo alımında etkili olan faktörlerden biri, hareketsiz yaşam tarzını benimsemeleridir. Bu durum, bazen kişilerin tercihiyle, bazen sağlık sorunları veya çalıştıkları meslek nedeniyle zorunlu olarak ortaya çıkmıştır.

“Bir hareketsiz yaşam. Zaten iş malum. Oturarak çalışıyoruz sürekli bilgisayar başında. (Nil, K, BKİ: 36,5)”

“Akşam yedikten sonrada hiç hareket etmiyorum. (Gediz, E, BKİ: 41,5)”

“Hiç hareket etmiyordum ben. Eve geliyordum, odama geçiyordum. Yani beni en çok bu vurdu. ... Bana kalanlar bunlar (kilolar) yani. Şu dönemde çok hareketsizim diyemem ama alınmış ve kalmış bir kiloda var. (Ren, K, BKİ: 33,6)”

Katılımcılardan emekli ve 72 yaşında olan Menderes, yemeğe düşkün olmadığını ancak yaş aldıkça efor sarf edemediğini, hareket edemediğini ve bu nedenle kilolarının kalıcı hale geldiğini ifade etmiştir.

“Yani öyle bir yemek düşkünlüğüm yok. Ama bu artık bende kalıcı bir kilo oldu. Bir de ihtiyarlarım efor sarf edemiyor. Sarf edemeyince de kalıcı oluyor bazen. (Menderes, E, BKİ: 42,2)”

Katılımcılardan Tuna, bir dönem çalıştığını ancak evlendikten sonra işini bırakmak zorunda kaldığını ifade etmiştir. Evde olduğu süreçte, karbonhidrat ağırlıklı beslendiğini ve aldığı kaloriyi yakmadığını ve hareketsiz bir yaşam tarzı benimsediğini belirtmiştir.

“Ama gel gelelim, eve oturunca şiştik günlerde, pastalarda, böreklerde. Yerimden kımıldamıyordum. Daş gibi oturuyordum. (Tuna, K, BKİ: 44)”

Katılımcılardan Meriç ise hareketsiz bir yaşam tarzını benimsemekten değil, aldığı kilolar nedeniyle hareket edemediğini ve bu durumun kilo alımını daha da artırdığını ifade etmiştir.

“Ama işte hareket olmayınca bereket de olmuyor. Kilo ekleniyor, kilonun şeysi de, hareket yapamıyorum. En basit yürüyüşü de yapmakla zorlanıyorum. (Meriç, K, BKİ: 41,02)”

Katılımcılardan Gediz, bahsedildiği gibi mesleği nedeniyle eve yorgun döndüğünü ifade etmiştir. Kendini “evcimen” biri olarak tanımlayan Gediz, izinli ya da boş günlerinde evde kalmayı tercih ettiğini ve bu durumda kilo alımında etkili olduğunu belirtmiştir.

“Bir de asıl spor falan yapmıyoruz maalesef. Hareket sıfır. Ve onun da zararı var diye düşünüyorum. Ama işte işten çıktığımız zaman da yorgun oluyoruz. Zaten belki kilolarım da o yüzden. Oturmayı da çok seviyorum. Ayakta gezmeyi, bir yere gitmeyi... gezmeyi falan çok seven bir insan değilim. Genelde evcimen bir insanım. Her iznimde, her boş vaktimde ben evde kalmak istiyorum. (Gediz, E, BKİ: 41,5)”

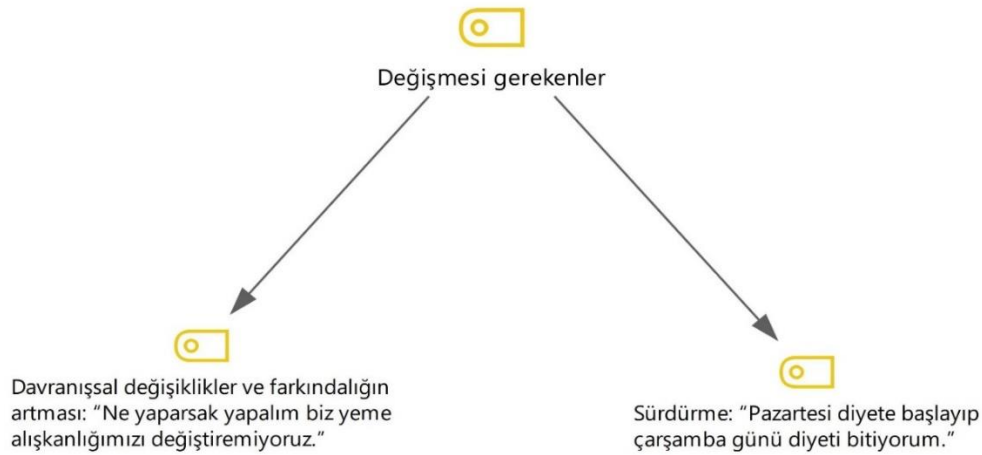
Ayrıca katılımcılar pandemi dönemindeki sokağa çıkma yasakları ve kısıtlamalar nedeniyle evde kaldıklarını, bu süreçte sık sık yemek yediklerini ve bunun kilo alımına neden olduğunu ifade etmişlerdir. Özellikle pandemi sürecinin belirsizliği, duygusal yeme alışkanlıklarına sahip katılımcıların kilo almasına yol açmıştır.

“Pandemi de bence çok ucu kaçtı. Evde oldu, sürekli ye, sadece ye. Öyle bir dönemdi. Ona bağlıyorum biraz. (Dicle, K, BKİ: 39,2)”

“Pandemi süreci oldu. Kilolar daha da arttı. (Fırat, E, BKİ: 38,2)”

4.2.7. Değişmesi Gerekenler

Yukarıda bahsedilen tüm kilo verme girişimleri/ yöntemleri aslında birer araçtır. Kilo vermek ve en önemlisi bunu korumak için bireyin, genel yeme davranışlarının değişmesi, yaşam tarzında önemli değişiklikler yapması, bu yöntemleri sürdürme konusunda kararlı olması ve farkındalığının artması gerekmektedir. Bu bağlamda değişmesi gerekenler teması davranışsal değişiklikler ve farkındalığın artması ve sürdürme alt temaları altında incelenmiştir.



Şekil 4.10 Değişmesi gerekenler kod- alt kod modeli

4.2.7.1. Davranışsal değişiklikler ve farkındalığın artması: “Ne yaparsak yapalım biz yeme alışkanlığımızı değiştiremiyoruz.”

Katılımcıların çoğu, yaşamlarında yeme alışkanlıklarının değişmesi gerektiğini, sağlıklı beslenmeyi bir yaşam tarzına dönüştürmenin önemli olduğunu ve bu konuda farkındalıklarının artması gerektiğini ifade etmiştir.

“Ama şöyle veriyorum, tamam çok güzel. Kütür kütür iniyorum. Bıraktığım zaman geri, fazlasıyla geri alıyorum. Peki bu da neden? Yeme alışkanlığından kaynaklanıyor. Ne yaparsak yapalım biz yeme alışkanlığımızı değiştiremiyoruz ama nasıl olacak bilmiyorum değiştirmek zorundayız. (Meriç, K, BKİ: 41,02)”

“Bariyatrik bir beslenmeyi, hayata geçirmek lazım zaten. (Dicle, K, BKİ: 39,2)”

Yalnızca yeme alışkanlıklarında bir değişim veya farkındalık değil, bunun yanı sıra katılımcıların hareketli yaşam konusundaki farkındalıklarının da değişmesi gerektiği vurgulanmıştır. Katılımcılardan Tuna, özellikle hareketli yaşam konusunda farkındalığının olmadığını ve kısa mesafelerde bile indi- bindi yaparak taksi kullanmayı tercih ettiğini şu sözlerle açıklamıştır:

“İki adım mesela şuradan Kızılay’a inecem hadi şuradan taksiye bineyim, indi bindi taksiye bineyim diyordum. Ne yürümesi, yürüme falan yok. (Tuna, K, BKİ: 44)”

Katılımcılardan Arda, hayatının her aşamasında kilolu olduğunu ancak kendisini biraz da olsa kurtaran şeyin hareketli bir yaşam sürmesi olduğunu belirtmiş ve hareketli yaşamın önemine dikkat çekmiştir.

“Her zaman hayatımın her aşamasında kilolu oldum. Zaman zaman verdim, zaman zaman aldım. Ama beni herhalde birazcık da olsa kurtaran şey hareketli bir insan oluşum. (Arda, K, BKİ: 32,4)”

4.2.7.2. Sürdürme: “Pazartesi diyetine başlayıp çarşamba günü diyeti bitiyorum.”

Katılımcılardan çoğu, kilo verme girişimlerinde bulunduklarını ancak bu süreçte en büyük sorunları sürdürme davranışında yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Diyetle pazartesi günü başlayıp, çarşamba günü bitirdiklerini belirtmişlerdir. Bu nedenle, bu davranışı değiştirmeleri ve sürdürülebilir alışkanlıklar kazanmalarını gerektiğini vurgulamışlardır.

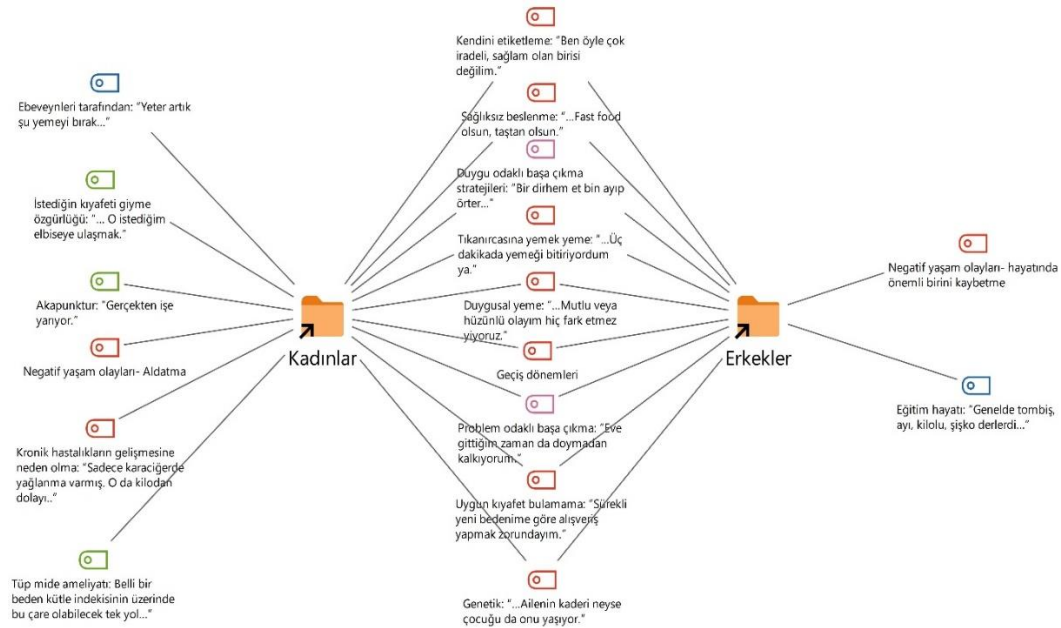
“Pazartesi diyetine başlayıp çarşamba günü diyeti bitiyorum. Aynen öyle oluyor. (Asi, K, BKİ: 31,2)”
“Ama ameliyat olmak da bir çözüm değil, bunu devam ettirmek zorundasın. (Dicle, K, BKİ: 39,2)”

Katılımcılardan Fırat, yaşamında 20- 25 yıl süren bir yeme düzenine sahip olduğunu ve bu düzeni bozmanın zor olduğunu belirterek, genellikle pazartesi

başlayıp salı günü diyeti bozduğunu ifade etmiştir. Ayrıca, bu durumun sorumluluğunu kendisinde gördüğünü, kendisine kızdığını, diyet yaptığı dönemlerde hedeflenen kiloya ulaştığında bunu sürdüremediğini ve bu nedenle kilo aldığını belirtmiştir.

“Devamlı bilinçaltında o hamburgeri yemek, çiğ köfteyi yemek, abur cubur yemek, alkol içmek var. Kilo verdin, geçecek. Hedefin ney mesela? Diyelim 100 kilo. 100'ü gördüm, tamam hedefe ulaştım, artık yiyebilirim. Ne oldu? Bir iki ay sonra tekrar eski düzene girdik. Kiloyu tekrar aldık. Yine sıkıntı bizde kiloyu alan biziz. Biz veriyoruz, onu koruyamıyoruz. Pazartesi başlayıp salı günü diyeti bozuyoruz. Bizim sıkıntımız o. Devamını yapamadığımız zaten. Bunu devam ettirmek zorundayız ama. Ondan dolayı da kendimize kızıyoruz aslında. Tekrar eski halimizi alıyoruz. Şimdi bir hayatında yani 20-25 sene diyelim bir düzen var. O düzeni bozuyorsun. Yani rutinim var. Her şeyi yiyorsun. Hiçbir şey yasak değil. Bir anda kesiyorsun. (Fırat, E, BKİ: 38,2)”

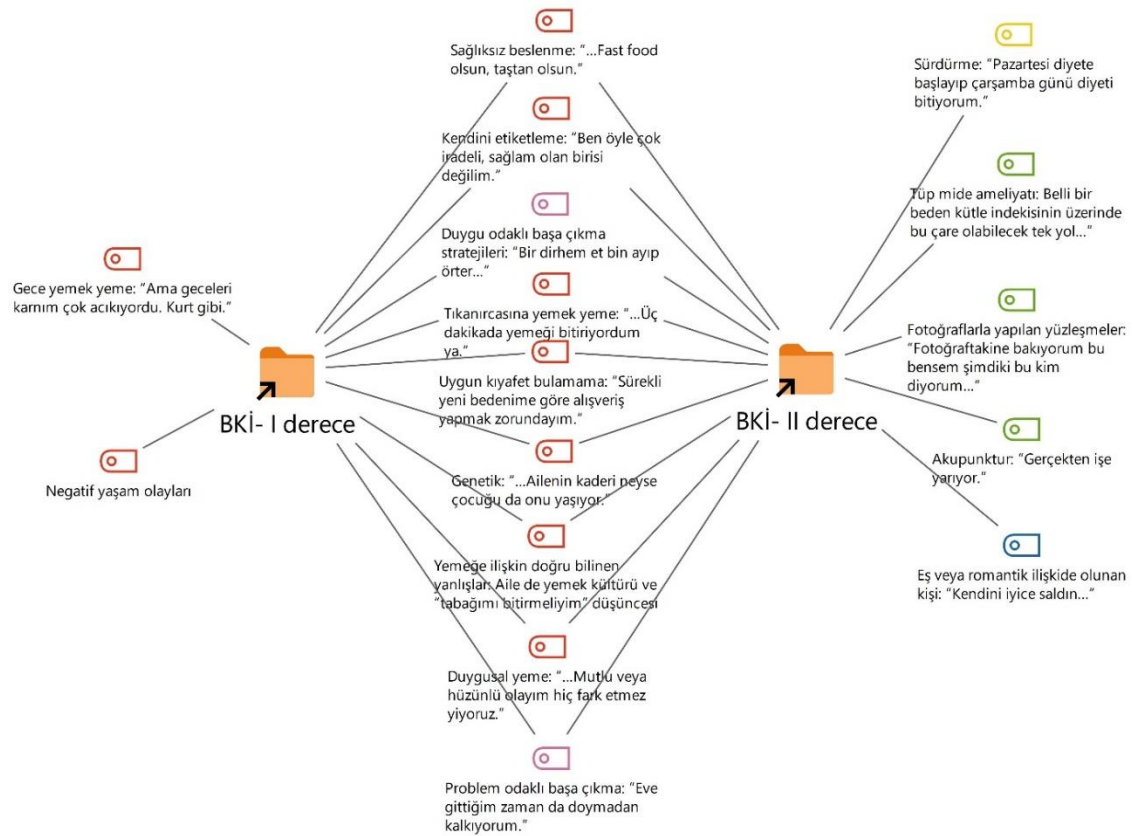
4.2.8. Cinsiyet ve BKİ İki Vaka Modeli: Karşılaştırmalı Bir İnceleme



Şekil 4.11 Cinsiyetler arası iki vaka modeli

Cinsiyetler arası iki vaka modeli incelendiğinde, ortak ve farklı kodlara ilişkin bulgular elde edilmiştir (Şekil 4.11). Şekil incelendiğinde, ortak kodların çoğunlukta olduğu görülmektedir. Her iki cinsiyette de obezitenin nedenleri arasında genetik faktörler, sağlıksız beslenme alışkanlıkları, duygusal yeme ve tıkanırcasına yeme alışkanlıkları öne çıkmaktadır. Ayrıca, bu durum duygu odaklı ve problem odaklı başa çıkma stratejilerinin her ikisinde kadın ve erkek

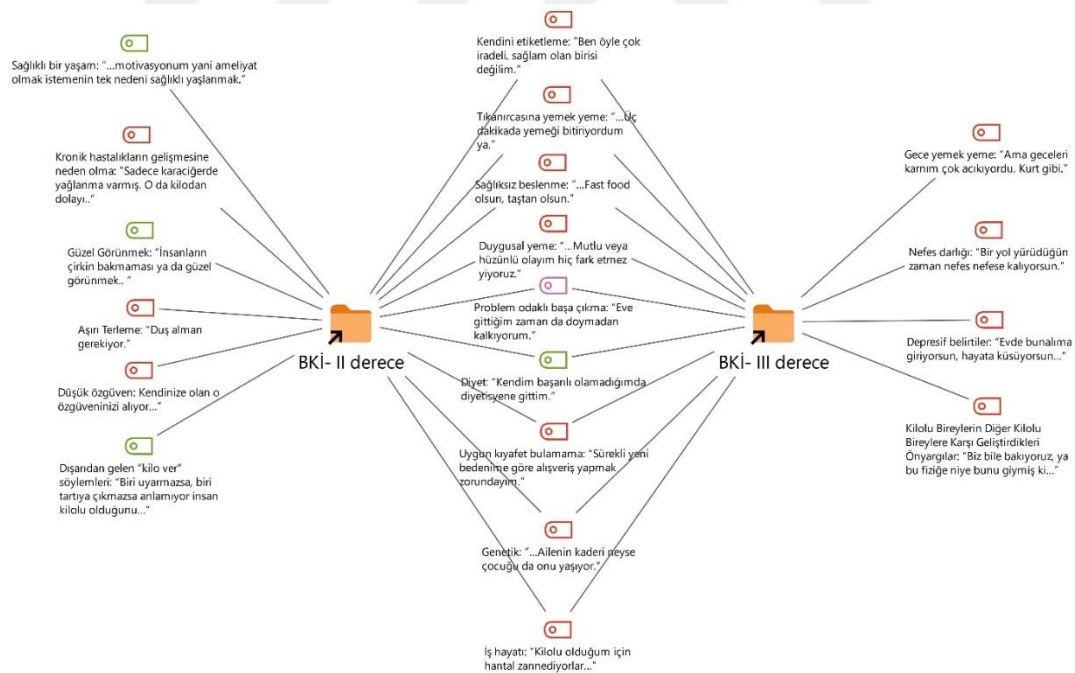
tarafından benimsendiğini göstermektedir. Diğer bir ortak kod ise bireylerin kendilerini etiketlemeleri ve uygun kıyafet bulamama sorunlarıdır. Bununla birlikte, bazı kodların ise cinsiyetler arasında farklılaştığı gözlemlenmiştir. Kadınların tedavi girişimlerinde özellikle akupunktur ve tüp mide ameliyatını tercih etmeleri, ebeveynleri tarafından kiloları nedeniyle önyargı ve ayrımcılığa maruz kalmaları dikkat çekmektedir. Ayrıca kadınların kilo verme motivasyonları arasında, istedikleri kıyafeti giyebilme özgürlüğü önemli bir yer tutmaktadır. Cinsiyetler arasındaki en dikkat çekici fark ise negatif yaşam olaylarına verilen tepkilerde ortaya çıkmaktadır. Kadınlar, kiloları nedeniyle aldatılma gibi olumsuz deneyimler yaşarken, erkeklerin ise hayatlarında önemli birini kaybettiklerinde kilo aldıkları görülmüştür.



Şekil 4.12 BKİ I. ve II. Derece obeziteye yönelik iki vaka modeli

BKİ I ve II derece sınıflandırmalarında iki vaka modeli incelendiğinde, ortak ve farklı kodlara ilişkin bulgular elde edilmiştir (Şekil 4.12). Şekil incelendiğinde, ortak kodların çoğunlukta olduğu görülmektedir. Her iki sınıflandırmada da nüks

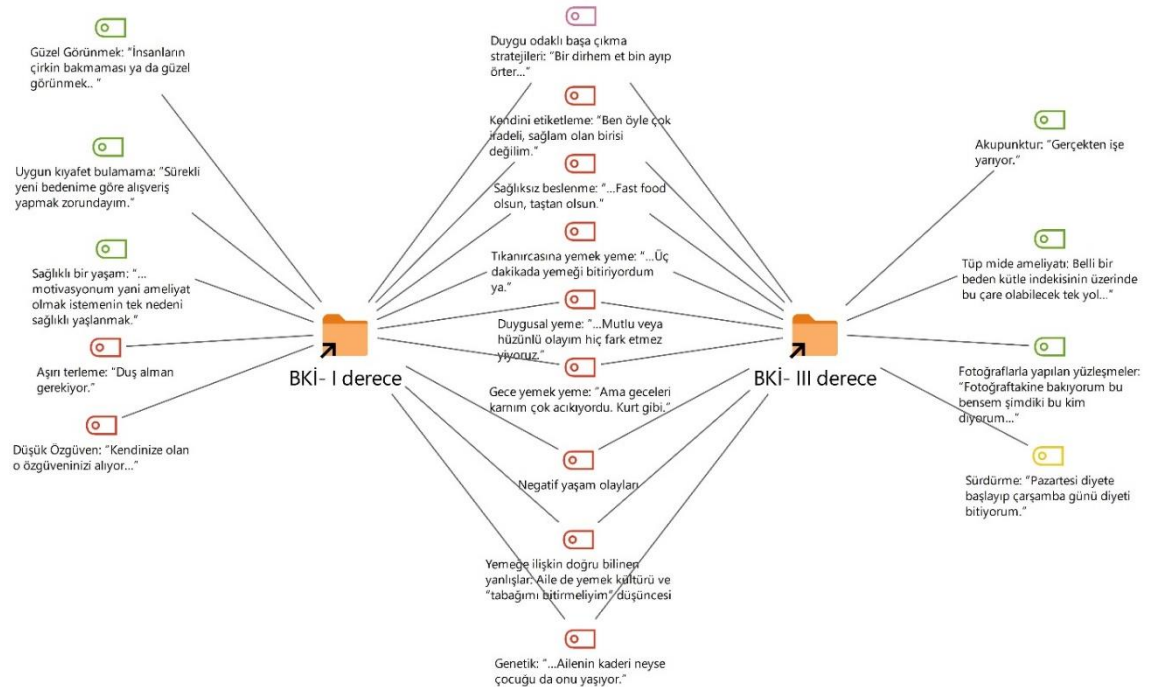
nedenleri arasında genetik faktörler, sağlıksız beslenme alışkanlıkları, ailede yemek kültürü, duygusal yeme ve tıkanırcasına yeme alışkanlıkları öne çıkmaktadır. Bu bulgular, hem I. hem de II. derece obez katılımcıların duygu odaklı ve problem odaklı başa çıkma stratejilerini benimsediklerini göstermektedir. Diğer bir ortak kod ise katılımcıların kendilerini etiketlemeleri ve uygun kıyafet bulamama sorunlarıdır. Bununla birlikte, bazı kodların BKİ sınıflandırmalarına göre farklılaştığı gözlemlenmiştir. II. derece obez katılımcıların tedavi girişimlerinde özellikle akupunktur ve tüp mide ameliyatını tercih etmeleri dikkat çekicidir. Ayrıca, II. derece obez katılımcıların eşleri veya romantik ilişkide bulundukları kişiler tarafından kiloları nedeniyle önyargı ve ayrımcılığa maruz kaldıkları belirlenmiştir. Kilo verme süreçlerinde ise fotoğraflarla yüzleşme ve sürdürme davranışlarının olmaması II. derece obez katılımcılarda öne çıkan farklı kodlar arasında yer almaktadır. Diğer taraftan, I. derece obez katılımcıların kilo alma nedenleri arasında gece yemek yeme ve negatif yaşam olayları öne çıkmaktadır.



Şekil 4.13 BKİ II. ve III. Derece obeziteye yönelik iki vaka modeli

BKİ II ve III derece sınıflandırmalarında iki vaka modeli incelendiğinde, ortak ve farklı kodlara ilişkin bulgular elde edilmiştir (Şekil 4.13). Şekil incelendiğinde,

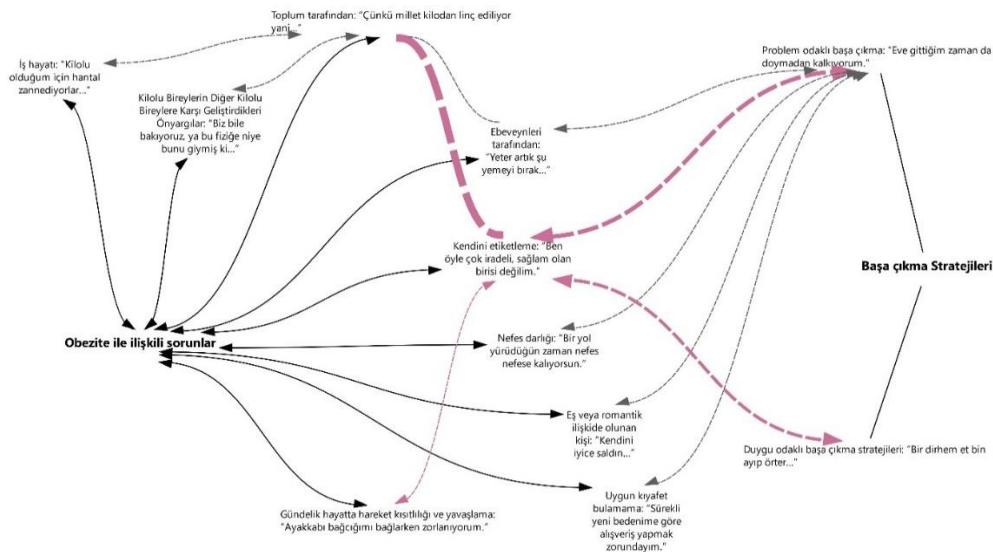
ortak kodların çoğunlukta olduğu görülmektedir. Her iki sınıflandırmada da nüks nedenleri arasında genetik faktörler, sağlıksız beslenme alışkanlıkları, duygusal yeme ve tıkanırcasına yeme alışkanlıkları öne çıkmaktadır. Bu bulgular, hem II. hem de III. derece obez katılımcıların problem odaklı başa çıkma stratejilerini benimsediklerini ve tedavi girişimlerinde özellikle diyeti tercih ettiklerini göstermektedir. Diğer ortak kodlar arasında katılımcıların kendilerini etiketlemeleri, iş hayatında yaşadıkları ayrımcılık ve uygun kıyafet bulamama sorunları yer almaktadır. Bununla birlikte, bazı kodların BKİ II ve III sınıflandırmalarına göre farklılaştığı gözlemlenmiştir. III. derece obez katılımcılarda özellikle gece yemek yeme alışkanlıkları, nefes darlığı ve depresif belirtiler öne çıkmaktadır. Ayrıca, III. derece obez katılımcıların diğer kilolu bireylere yönelik önyargı geliştirdikleri dikkat çekici farklılıklar arasındadır. Diğer taraftan, II. derece obez katılımcıların kilo verme motivasyonlarının sağlıklı bir yaşam sürmek ve güzel görünmek amacıyla şekillendiği belirlenmiştir. Ayrıca, aşırı terleme, kronik hastalıkların gelişimi ve düşük özgüven II. derece obez katılımcılarda öne çıkan farklı kodlar arasında yer almaktadır.



Şekil 4.14 BKİ I. ve III. Derece obeziteye yönelik iki vaka modeli

BKİ I ve III derece sınıflandırmalarında iki vaka modeli incelendiğinde, ortak ve farklı kodlara ilişkin bulgular elde edilmiştir (Şekil 4.14). Şekil incelendiğinde, ortak kodların çoğunlukta olduğu görülmektedir. Her iki sınıflandırmada da obezitenin nedenleri arasında genetik faktörler, ailede yemek kültürü, sağlıksız beslenme alışkanlıkları, negatif yaşam olayları, duygusal yeme, gece yemek yeme ve tıkanırcasına yeme alışkanlıkları öne çıkmaktadır. Bu bulgular, hem I. hem de III. derece obez bireylerin duygu odaklı başa çıkma stratejilerini benimsediklerini göstermektedir. Diğer ortak kodlar arasında bireylerin kendilerini etiketlemeleri dikkat çekmektedir. Bununla birlikte, bazı kodların BKİ I ve III sınıflandırmalarına göre farklılaştığı gözlemlenmiştir. I. derece obez katılımcıların kilo verme motivasyonlarının sağlıklı bir yaşam sürmek ve güzel görünmek amacıyla şekillendiği belirlenmiştir. Ayrıca, I. derece obez katılımcılarda düşük özgüven, kıyafet bulamama ve aşırı terleme sorunları öne çıkan farklı kodlar arasındadır. Diğer taraftan, III. derece obez katılımcıların tedavi girişimlerinde özellikle tüp mide ameliyatı ve akupunkturu tercih ettikleri, ancak bu girişimlerin ardından sürdürme davranışlarının olmadığı gözlemlendiği tespit edilmiştir. Ayrıca, fotoğraflar aracılığıyla kilo verme gerekliliğiyle yüzleşme III. derece obez katılımcılarda dikkat çeken farklı kodlar arasında yer almaktadır.

4.2.9. Kod Birlikte Oluşumu ile Veri Analizi

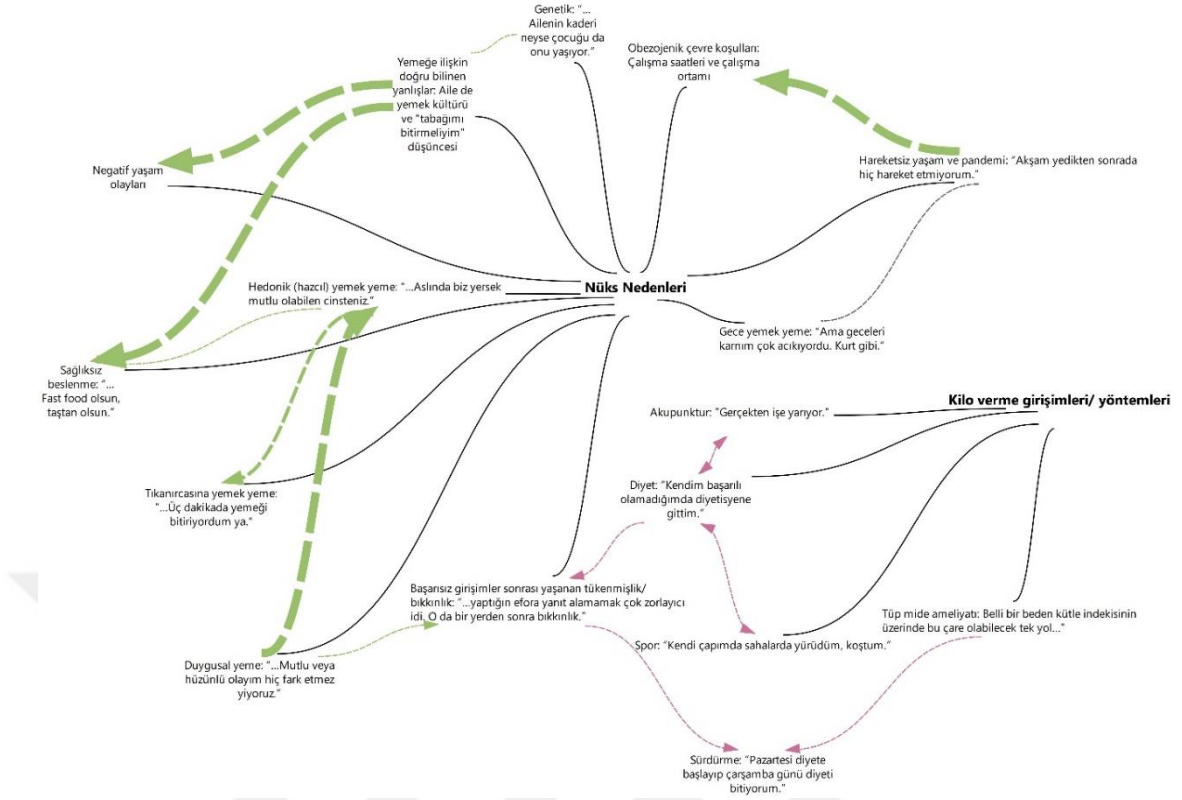


Şekil 4.15 Obezite ile ilişkili sorunlar ve başa çıkma stratejileri kodları birlikte oluşumu

Şekil 4.15 incelendiğinde, obezite ile ilişkili sorunlar ve başa çıkma stratejilerinin birlikte nasıl şekillendiği açıkça görülmektedir. Örneğin, “nefes darlığı” ya da “gündelik hayatta hareket kısıtlılığı” gibi fiziksel zorluklar yaşayan katılımcıların, bu zorluklarla başa çıkarken problem odaklı başa çıkma stratejilerini kullandıkları gözlemlenmiştir. Bu bireyler, fiziksel kısıtlamaları aşmak için çözüm arayışında bulunarak, bu zorluklarla mücadele etmek amacıyla daha yapılandırılmış ve hedefe yönelik stratejiler geliştirmektedirler.

Ayrıca, duygu odaklı ve problem odaklı başa çıkma stratejileri ile kendini etiketleme arasında güçlü bir ilişki bulunmaktadır. Kendini etiketleme, hem problem odaklı hem de duygu odaklı başa çıkma stratejileri uygulayan katılımcıların ortak bir noktasıdır. Obezite ile ilişkili sorunların tüm boyutlarında kendine etiketleme önemli bir rol oynamaktadır. Kendini etiketleyen bireyler, genellikle bu sorunlarla başa çıkarken daha fazla mücadele etmekte ve bu durum, başa çıkma stratejilerinin şekillenmesinde belirleyici olmaktadır. Kendini olumsuz bir şekilde etiketleyen bireyler, karşılaştıkları zorlukları aşmak için daha yoğun çaba harcayabilir, ancak bu süreç bazen stres ve kaygı seviyelerini artırabilir.

Bununla birlikte, aile, ebeveynler, toplum ve eş ya da romantik ilişkilerdeki bireyler tarafından yapılan önyargılar ve ayrımcılıklar, başa çıkma stratejilerinin gelişiminde belirleyici bir rol oynamaktadır. Bu gruplar tarafından yapılan olumsuz tutumlar, bireylerin karşılaştıkları zorlukları daha da derinleştirirken, birbiriyle bağlantılı olan diğer sorunları da destekleyerek pekiştirebilir. Örneğin, aile üyeleri arasındaki olumsuz bakış açıları, toplumdaki genel önyargılarla birleşerek, bireylerin başa çıkma stratejilerini olumsuz bir şekilde şekillendirebilir.

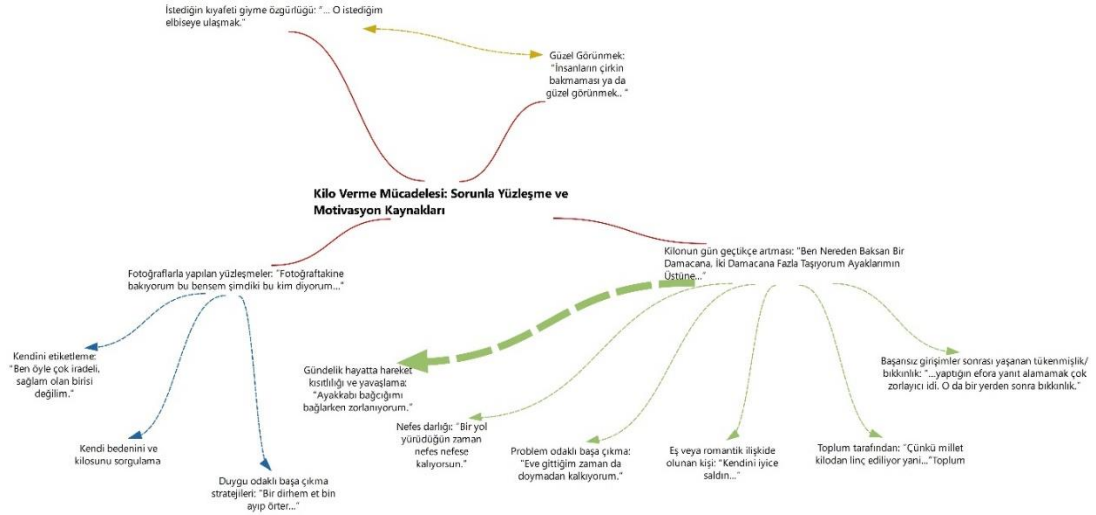


Şekil 4.16 Nüks nedenleri ve kilo verme girişimleri kodları birlikte oluşumu

Şekil 4.16 incelendiğinde; nüks nedenleri ile kilo verme girişimleri arasındaki güçlü ilişkiyi açıkça ortaya koymaktadır. Bu ilişki, bir tedavi yönteminin diğerini tamamlayıcı bir şekilde ele alınması gerektiğini göstermektedir. Aynı zamanda, nüks nedenlerinin fiziksel, psikolojik ve sosyal faktörlerin birbiriyle nasıl etkileşim içinde olduğunu vurgulamaktadır.

Örneğin, negatif yaşam olayları ve duygusal yeme, kilo kaybının geri alınmasına yol açabilir. Genetik yatkınlık, ailedeki yeme kültürü ile birleşerek kilo kontrolünü zorlaştırabilir. Obezitenin çevre koşulları, hareketsiz yaşam tarzını teşvik ederken, gece yemek yeme alışkanlıkları da bu hareketsiz yaşamı pekiştirebilir.

Bu nedenle, kilo verme girişimleri yalnızca fiziksel faktörlere odaklanmamalı, aynı zamanda psikolojik ve sosyal boyutları da dikkate alınmalıdır. Şekil 15, nüksün önlenmesi için çok yönlü bir yaklaşımın gerekliliğini açıkça ortaya koymaktadır.



Şekil 4.17 Kilo verme mücadelesi: Sorunla yüzleşme ve motivasyon kaynakları- kod birlikte oluşumu

Şekil 4.17 incelendiğinde, kilo verme mücadelesi kapsamında katılımcıların sorunla yüzleşmeleri ve motivasyon kaynaklarının ilişkili olduğu alt temaların yer aldığı görülmektedir. Şekilde, fotoğraflarla yüzleşen katılımcıların kendini etiketleme, bedenini sorgulama ve duygu odaklı başa çıkma stratejileri ile ilişkileri açıkça ortaya konmuştur. Özellikle kilonun zamanla artış göstermesi, gündelik hayatta hareket kısıtlılığı ve yavaşlama gibi fiziksel sorunlarla ilişkili bulunmuştur. Aynı alt tema, nefes darlığı yaşanması, problem odaklı başa çıkma stratejileri, eş veya romantik ilişki içindeki kişi ve toplum tarafından ayrımcılığa maruz kalma ile de ilişkilendirilmiştir. Bunun yanı sıra, başarısız kilo verme girişimlerinin ardından yaşanan tükenmişlik ve bıkkınlık hissi de bu temayla bağlantılıdır. Şekilde, temalarda arasındaki ilişkilere de yer verilmiştir. Özellikle “güzel görünmek” ve “istediğin kıyafeti giyme özgürlüğü” gibi alt temalar arasındaki bağlantılar dikkat çekmektedir.

5. BÖLÜM

TARTIŞMA

Bu araştırma, obez bireylerin nüks faktörlerini incelemek ve bu bireylerin nüks sürecine ilişkin yaşam deneyimlerini görünür kılmak amacıyla gerçekleştirilmiştir. Araştırma, karma yöntem yaklaşımıyla tasarlanmıştır. Araştırmanın nicel aşamasında, 209 katılımcıya uygulanan anket formu kullanılarak veri toplanmış; nitel aşamada ise 13 katılımcı ile gerçekleştirilen yarı yapılandırılmış görüşmelerden elde edilen veriler analiz edilmiştir. Nicel bulgular, nedenlerin yaygınlığını ve yüzdelik oranlarını açıklarken, nitel bulgular bu nedenlerin arkasındaki ayrıntıları ve bireylerin yaşam deneyimlerini ortaya koymaktadır. Bu bağlamda, nicel ve nitel bulgular birlikte değerlendirildiğinde, her iki veri setinin de birbirini tamamladığı veya farklılıkları ortaya koyarak nüks sürecinin daha derinlemesine anlaşılmasını sağladığı görülmektedir. Araştırma bulguları, obez bireylerin yaşadığı sorunlar, başa çıkma stratejileri, özyeterlilik düzeyleri, kilo verme mücadelesi ve nüks süreçleri gibi temalar altında, ulusal ve uluslararası literatürle karşılaştırılarak, temel olarak biyo-psikososyal yaklaşım ve diğer kuramlar çerçevesinde detaylı bir şekilde tartışılmıştır.

5.1. OBEZ BİREYLERİN YAŞADIKLARI SORUNLARA İLİŞKİN BULGULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Tablo 5.1 Obez bireylerin yaşadıkları sorunlar: Nicel ve nitel bulguların benzerlikleri ve farklılıkları

Obez Bireylerin Yaşadıkları Sorunlar	Benzerlikler	Farklılıklar
Fiziksel Sorunlar	Hem nitel hem de nicel bulgular, obez bireylerin fiziksel sorunlar yaşadığını göstermektedir. Hem nitel hem de nicel veriler, katılımcıların çoğunun kronik hastalıklara sahip olduğunu ve bu	Nitel bulgular, Hareket kısıtlılığı, aşırı terleme ve nefes darlığı gibi fiziksel sorunları anlamamıza olanak tanımaktadır. Katılımcılar, günlük yaşamda merdiven inip çıkma, ayakkabı bağlama, paytak paytak

	hastalıkların kilo alımını etkilediğini ortaya koymaktadır.	yürüme gibi sorunlar yaşadıklarını belirtmişlerdir. Ayrıca, sürekli yorgunluk ve kıyafet bulma güçlüğü de belirtilmiştir.
Psikolojik Sorunlar	Hem nitel hem de nicel bulgular, obezite ile psikolojik sorunlar arasında bir ilişki olduğunu ortaya koymaktadır. Bu sorunların kilo alımında etkili olduğu, hem nicel hem de nitel bulgularda doğrulanmıştır.	Nicel bulgular: Katılımcıların yaklaşık onda biri psikiyatrik bir bozukluğa sahip olup, çoğu anksiyete bozukluğu yaşamaktadır. Nitel bulgular: Katılımcılar, daha çok depresyon belirtilerine değinmişlerdir. Kiloları nedeniyle kendilerini izole ettiklerini, sık sık ağladıklarını ve hareketsiz kaldıklarını ifade etmişlerdir. Ayrıca, bu durumun özgüven kaybına, mutsuzluğa ve kilo alımına yol açtığını belirtmişlerdir.
Sosyal Sorunlar	Her nicel hem de nitel bulgular, obez bireylerin önyargı ve ayrımcılık ile karşılaştığını ortaya koymaktadır. Katılımcılar, özellikle ebeveynleri, eşleri/ romantik ilişkideki partnerleri ve toplum tarafından önyargı ve ayrımcılığa maruz kalmaktadır.	Nicel bulgular: Katılımcıların yaklaşık yarısı ayrımcılığa maruz kalmıştır. Ayrımcılığa maruz kalan katılımcıların özyeterlilik düzeylerinin daha düşük, yılmama ve sürdürme gibi davranışlarının daha az olduğu ve genellikle duygu odaklı başa çıkma stratejileri benimsediği ortaya çıkmıştır. Nitel bulgular: Katılımcılar, okul ortamında “şişko” ve “ayı” gibi lakaplarla nitelendirilerek ayrımcılığa maruz kalmışlardır. İş hayatında, katılımcıların “hantal olma” ve “yavaş hareket etme” gibi önyargılarla karşılaştığı ortaya çıkmıştır. Katılımcıların, toplum tarafından dış görünüşleri nedeniyle linç edildikleri ve “kabuk” olarak adlandırılan dış görünüşlerinin her zaman ön planda tutulduğu ortaya çıkmıştır.

		Bu önyargılar ve ayrımcılıklar nedeniyle, katılımcıların “değersizim”, “iradesizim” ve “başarısızım” gibi olumsuz etiketleri içselleştirdikleri görülmüştür. Katılımcıların, kendi gibi kilolu bireylere karşı önyargılı tutumlar geliştirdikleri ortaya çıkmıştır.

Bu araştırma, obez bireylerin karşılaştığı fiziksel, psikolojik ve sosyal sorunlara ilişkin bulgular sunmaktadır. Hem nicel hem de nitel bulgular, katılımcıların kronik hastalıklara sahip olduğunu ve bu hastalıkların kilo alımında etkili olduğunu göstermektedir. Nitel bulgular, bireylerin günlük yaşamda karşılaştığı sorunları daha ayrıntılı bir şekilde anlamamıza olanak sağlamıştır. Bu sorunlar arasında hareket kısıtlılığı (örneğin, merdiven inip çıkma, ayakkabı bağlama, paytak paytak yürüme), öz bakım becerilerinde yetersizlik (örneğin, tırnak kesememe), aşırı terleme, nefes darlığı, sürekli yorgun hissetme ve uygun kıyafet bulma güçlüğü gibi fiziksel sorunlar yer almaktadır. Katılımcıların, atikliklerini kaybettikleri, yavaşladıkları ve sürekli yorgun hissettikleri için ailelerine ve çocuklarına yeterince zaman ayıramadıkları da nitel bulgularda ortaya çıkmıştır. Bu bulgular, literatürdeki çalışmalarla da uyumludur. Obez bireylerin yaygın olarak yaşadıkları sorunlar arasında hipertansiyon, kardiyovasküler hastalıklar, uyku apnesi ve tip II diyabet gibi kronik hastalıklar gelmektedir (Ergül ve Kalkım, 2011; Ruban ve ark., 2019). Bunun yanı sıra, ciltle ilgili sorunların da sıklıkla görüldüğü, özellikle kaşıntı, kuru cilt ve sürtünme kaynaklı rahatsızlıkların kasık ve göğüs altı gibi bölgelerde yoğunlaştığı literatürde vurgulanmıştır (Brown ve ark., 2004). Tüm bu sağlık sorunları, hareket kabiliyetini kısıtlayarak eklem problemlerine yol açmakta ve bireylerin yaşam kalitesini daha da düşürmektedir (Holm ve ark., 2001). Ayrıca, bireylerin fiziksel aktivitelere katılımını sınırlayan sorunlar arasında merdiven çıkamama, çocukları veya torunlarıyla oyun oynayamama, fiziksel egzersiz yapamama ve uygun kıyafet bulamama gibi sorunlarda öne çıkmaktadır (Christel ve ark., 2016; Sadati, 2016; Nossun ve ark., 2018; Kaya ve Coşkun Us, 2023). Özellikle kıyafet bulma konusundaki güçlükler,

bireylerin sosyal yaşamını önemli ölçüde etkileyen bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Kadınlara yönelik büyük beden seçeneklerinin sınırlı olması ve erkeklerin daha büyük bedenlere sahip olması nedeniyle, bireyler erkek kıyafetlerine yönelmek zorunda kalmışlardır (Christel ve ark., 2016). Bu durum, Güner ve arkadaşlarının (2019) araştırmasında da benzerlik göstermiş ve katılımcıların sıklıkla erkek reyonlarından alışveriş yaptığı belirlenmiştir. Benzer şekilde, bu araştırmanın nitel bulguları, katılımcıların kendi tarzlarını yansıtan kıyafetleri tercih etmek yerine bedenlerine uygun kıyafetleri seçmek zorunda kaldıklarını ortaya koymuştur. Katılımcılar, genellikle bol, geniş ve koyu renkli kıyafetleri tercih ettiklerini ve özellikle özel günlerde ve yaz mevsiminde kıyafet seçimi konusundaki sorunlar kendilerinde mutsuzluk yarattığını belirtmişlerdir. Bu bulgular, obez bireylerin fiziksel sorunlarının psikolojik sorunları da beraberinde getirdiğini ortaya koymaktadır.

Obez bireylerin yaşadığı psikolojik sorunlara ilişkin hem nicel hem de nitel bulgular, obezite ile bu sorunlar arasında karşılıklı olarak birbirini besleyen olumsuz bir döngü olduğunu açıkça göstermektedir. Araştırmanın nicel bulguları, katılımcıların psikiyatrik bir bozukluğa sahip olduğunu ve bu katılımcıların büyük bir kısmının anksiyete bozukluğu yaşadığını göstermiştir. Ayrıca, psikiyatrik bozukluğu olan katılımcıların çoğunluğu bu durumun kilo alımlarında etkili olduğunu belirtmiştir. Literatür, obezite ile depresyon, anksiyete, bipolar bozukluk ve şizofreni gibi psikiyatrik bozukluklar arasında çift yönlü bir ilişki olduğunu ve bu iki durumun birbirini olumsuz yönde etkilediğini ortaya koymaktadır (Perry ve ark., 2021; Rajan ve Menon, 2017).

Nicel bulgular ayrıca, bu katılımcıların özyeterlilik düzeylerinin daha düşük olduğunu, başlama ve sürdürme çabaları gibi davranışları daha az benimsediklerini, buna karşılık kaygı düzeylerinin ise daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur. Bu bireylerin başa çıkma stratejileri incelendiğinde, daha çok davranışsal uzaklaşma ve kendini suçlama gibi işlevsel olmayan yöntemlere başvurdıkları gözlemlenmiştir. Ayrıca, bu katılımcıların duygusal ve cinsel istismara maruz kalma oranlarının da daha yüksek olduğu bulunmuştur. Hemmingsson ve arkadaşları (2014) tarafından yapılan araştırmada benzer

bulgular elde edilmiştir. Araştırma da çocukluk çağı istismarının yetişkinlik dönemi obezitesi ile pozitif bir ilişki gösterdiği ve bu durumun duygu odaklı başa çıkma stratejileri, stres ve metabolik bozukluklar yoluyla obezite gelişimine katkıda bulunduğu belirtilmiştir. Özellikle kadınlarda, çocukluk çağı istismarı ile yetişkinlik dönemindeki obezite arasında güçlü bir ilişki olduğu literatürle desteklenmektedir. Fuller-Thomson ve arkadaşları (2013), çocukluk döneminde fiziksel istismara uğrayan kadınların yetişkinlikte obez olma olasılığının daha yüksek olduğunu ortaya çıkarmıştır. Gustafson ve Sarwer (2004) ise çocukluk çağı cinsel istismarının obezite ile ilişkili olabileceğini öne sürmüştür. Bu bulgular, psikolojik sorunların obezite oluşumunda önemli bir etkiye sahip ve obezite ile psikiyatrik bozuklukların birbirini besleyen bir ilişki içinde olduğunu göstermektedir.

Nitel bulgularda ise katılımcıların depresyon belirtilerine sıkça değindiği görülmektedir. Katılımcılar, kiloları nedeniyle kendilerini izole ettiklerini, sık sık ağladıklarını ve hareketsiz kaldıklarını ifade etmişlerdir. Bu durum, bir kısır döngüye yol açarak mutsuzluk, özgüven kaybı, kendini eve kapatma, hareketsizlik, aşırı yeme ve kilo alımı gibi sonuçlar doğurmuştur. Literatür de bu bulguları desteklemektedir. Obezite ile depresyon arasında çift yönlü bir ilişki olduğunu ve obezite ve depresyonun birlikte görülmesinin daha olumsuz sağlık sonuçlarına yol açabileceğini vurgulamaktadır (Puhl ve Brownell, 2001; Puhl ve Heuer, 2009; Preiss ve ark., 2013; Pratt ve Brody, 2014; Chentha ve ark., 2013; Blasco ve ark., 2020). Nitel bulgular ayrıca, katılımcıların kiloları nedeniyle özgüven kaybı yaşadığını ve bu durumu, kilolarının “bedenlerini ele geçirmesi” olarak tanımladıklarını ortaya koymuştur. Araştırmalarda da obez bireylerin özgüven kaybı yaşadığı ve bunun doğrudan yaşam kalitesini olumsuz etkilediği belirtilmektedir (Güner ve ark., 2019; Dallar ve ark., 2006; Benny ve Verma, 2022). Araştırmalar, obez kadınların, obez olmayan akranlarına kıyasla genellikle daha düşük öz güven seviyelerine sahip olduklarını göstermektedir (Priutami ve Putri, 2011). Bu durumun nedeni, toplumun kadın bedenini belirli bir kalıba sokma eğiliminde olması ve ideal kadın imajını zayıf veya sıfır bedenle ilişkilendirmesidir. Ayrıca, kadınların bedenleri hakkında yapılan olumsuz söylemleri daha fazla

dikkate almaları, bu durumu etkileyen bir diğer faktör olmakla birlikte, yaşadıkları sosyal sorunlar da bu süreci olumsuz anlamda desteklemektedir.

Sosyal sorunlar olarak, katılımcılar hem nicel hem de nitel bulgulara göre önyargı ve ayrımcılık ile karşı karşıya kaldıklarını ifade etmişlerdir. Nicel bulgular, katılımcıların yaklaşık yarısının ayrımcılığa maruz kaldığını, bu durumun genellikle tanımadıkları insanlar, akrabalar ve ebeveynleri tarafından gerçekleştiğini göstermektedir. Ayrımcılığa maruz kalan katılımcıların genel özyeterlilik düzeylerinin daha düşük olduğu, yılmama ve sürdürme gibi davranışlarda ise ayrımcılığın olumsuz etkilerinin görüldüğü bulunmuştur. Bununla birlikte, bu katılımcıların başa çıkma stratejileri arasında daha fazla davranışsal uzaklaşma ve kendini suçlama gibi yaklaşımlar benimsediği, ayrıca duygusal istismar, duygusal ihmal, cinsel istismar, kaygı ve kaçınma puanlarının daha yüksek olduğu ortaya konmuştur. Bu bulgular, ayrımcılığın bireylerin yaşamlarının çeşitli yönlerini olumsuz ve obeziteyle mücadelede önemli olan birçok faktörü ciddi şekilde etkilediğini göstermektedir. Benzer şekilde, Puhl ve King'in (2013) yaptığı bir araştırmada da önyargı ve ayrımcılığın, obez bireylerde depresyon, anksiyete, düşük özsaygı, beden memnuniyetsizliği, intihar düşüncesi ve düşük akademik performans gibi ciddi sorunlara yol açtığı bulunmuştur.

Nitel bulgularda önyargılı tutumların ebeveynler, eş veya sevgili/ romantik ilişkide olunan kişi, akranlar ve eğitim ve iş yaşamında da yaygın olduğunu ortaya koymuştur. Katılımcılar, aile ortamında sık sık kilo ve bedenle ilgili eleştirilerle karşılaştıklarını, bu eleştirilerin genellikle yargılayıcı bir dil ile yapıldığını belirtmişlerdir. Bu durum, onların stres yaşamasına ve daha fazla kilo almalarına yol açtığını ifade etmişlerdir. Bunun yanı sıra, katılımcılar, kiloları nedeniyle eşlerinden veya romantik ilişkideki partnerlerinden “sen çabuk yorulursun”, “annen gibi olma” ve “kendini iyice saldın” gibi olumsuz söylemlerle ayrımcılığa maruz kaldıklarını dile getirmişlerdir. Bu tür olumsuz söylemler, katılımcıların kendilerini “değersiz” ve “dışlanmış” hissetmelerine neden olmuştur. Özellikle çocukluk çağından itibaren kilolu olan katılımcıların okulda akranları tarafından beğenilmediği ve “şişko”, “ayı” gibi lakaplar verildiği görülmüştür. Özellikle okul

ortamında kilo önyargısı, obez bireyleri tembellik gibi olumsuz özelliklerle ilişkilendirmekte ve eğitim yaşamında ayrımcılığa yol açmaktadır (Leblanc ve ark., 2017). Bu tür ayrımcılıklar, öğretmenler de dâhil olmak üzere profesyoneller arasında yaygın olmaktadır ve üç yaş gibi erken bir yaşta dahi bu ayrımcılıklara maruz kalmaktadır (Jackson, 2016). Bu durum hem örtük hem de açık bir biçimde gerçekleşmektedir (Walter ve ark., 2013).

İş hayatında ise katılımcıların, “hantal olma” ve “yavaş hareket etme” gibi önyargılarla karşılaştıkları, bu önyargıların iş başvurularından işteki pozisyonlarına kadar etkili olduğu belirlenmiştir. Yapılan araştırmalar, obez bireylerin “tembel”, “beceriksiz” ve “iradesiz” kişiler olarak etiketlendiklerini ortaya koymaktadır (Jackson, 2016). Bu önyargılar, obez bireylerin normal kilolu olanlara göre %20 daha az iş görüşmesine davet edilmelerine neden olmaktadır (Rooth, 2007). Ayrıca, araştırmalar, obez bireylerin yöneticiler ve işverenler tarafından liderlik potansiyeli, başarı şansı ve genel becerileri konusunda başarısız olarak değerlendirildiğini ve bu nedenle onlara daha düşük başlangıç maaşları teklif edildiğini göstermektedir (O'Brien ve ark., 2008). Bu ayrımcılık, özellikle müşteriyle yüz yüze iletişimde olunan işlerde daha fazla hissedilmektedir ve bu durumda cinsiyetler arasında da belirgin bir şekilde kendini göstermektedir (Rooth, 2007; Puhl ve Heuer, 2009). Burada obezite, tek başına bireylerin çalışmasına engel oluşturmaz. Ancak uzun süreli fiziksel, zihinsel veya psikolojik sorunlar nedeniyle ortaya çıkan sınırlamalar ve bu sınırlamaların birbirini etkileyerek daha büyük zorluklara yol açması, bireyin mesleki hayata tam ve etkili katılımını engelleyebilir. Bu durumda obezite, bir engel haline gelebilir. Aralık 2014'te Avrupa Birliği Adalet Divanı, obezitenin bir engel teşkil edip edemeyeceği konularını ele alan bir ön karar yayımlamıştır (Cathaoir, 2015). Bu karar doğrultusunda, işyerlerinin obez bireylerin dışlanmasını engellemek yerine, onlara uygun çalışma koşulları sağlanmalı ve özel kontenjanlar belirlenmelidir.

Obezite tam da Goffman'ın belirttiği gibi bedensel farklılıklar ve deformasyonlar olarak sınıflandırdığı ilk damgalama türüne örnektir ve belirgin şekilde görülebilen bir durumdur. Bu nedenle, kilolarını gizleyemeyen obez bireyler daha fazla ayrımcılığa uğrar (Goffman, 2014). Bu bireylere yönelik, açık ya da gizli şekilde

gerçekleşen bu ayrımcılıklar, toplumsal kabul görme engeli oluşturarak, bu bireylerin kendilerini nesneleştirme ve etiketleme süreçlerine yol açmaktadır. Fredrickson ve Roberts (1997), nesneleştirmeyi bireyin yalnızca fiziksel görünüşü üzerinden değerlendirilmesi ve insani yönlerinin göz ardı edilmesi olarak tanımlamıştır. Sadati ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında da, obez bireylerin toplumun olumsuz bakış açısı nedeniyle kendilerini dışlanmış hissettikleri ve sosyal baskı altında kaldıkları belirlenmiştir. Araştırmanın nitel bulguları, katılımcıların toplum tarafından dış görünüşleri nedeniyle eleştirildiklerini ve “kabuk” olarak adlandırılan dış görünüşlerinin her zaman ön planda tutulduğunu göstermektedir. Bu süreç, zamanla bireyin kendisini de bir nesne olarak görmesine neden olmaktadır (Moradi ve Huang, 2008). Bu durum beraberinde yabancılaşma duygusu yaratmakta ve obez bireyler kendilerini “değersizim”, “iradesizim” ve “başarısızım” gibi olumsuz etiketleri içselleştirmelerine yol açmaktadır. Ayrıca, kendini gerçekleştiren kehanet teorisi (Merton, 1948) çerçevesinde, bireylerin toplumun obez bireylere yönelik düşüncelerine uygun davranarak bu yanlış inançları pekiştirdikleri de gözlemlenmektedir. Örneğin, kendini obez olarak tanımlayan bireyler, bu önyargıyı içselleştirerek, obez olmayan bireylere kıyasla aynı işler için daha düşük ücret talep edebilmektedirler (Proestakis ve Brañas-Garza, 2016). Araştırmanın nitel bulgularına göre ise, özellikle kadınların bu önyargıları daha fazla içselleştirmekte olduğu ve örneğin evlenecek kişileri seçerken, “kilolarım nedeniyle zaten değersizim, bu yüzden benim tercih hakkım yok” düşüncesine kapılabilmektedirler. Bu bireyler, kendilerini kilolarıyla kabul eden kişiye karşı her türlü koşulu kabul edebileceklerini düşünmektedirler. Bu durum, yukarıda da bahsedildiği gibi obez bireylerin kendilerini değersiz hissetmelerine ve toplumsal önyargılarla şekillenen davranışları geliştirmelerine neden olmaktadır.

Önyargı ve ayrımcılık, yukarıda da belirttiği gibi aynı zamanda obezitenin devam etmesine zemin hazırlamakla birlikte, yaygınlık ve sürekliliği üzerinde de rol oynamaktadır. Sutin ve Terracciano (2013), bu tür ayrımcılığa uğrayan bireylerin obez olma olasılığının yaklaşık 2,5 kat, obez kalma olasılığının ise 3 kat daha fazla olduğunu belirtmektedir. Ayrıca bu ayrımcılıklar, obez bireylerin yaşamına adeta yapışmış gibi kalmakta ve kilo verdikten sonra bile devam edebilmektedir

(Leblanc ve ark., 2017). Özetle ayrımcılıklar, obez bireylerin yaşamındaki tüm alanları etkilediği gibi obezitenin sürdürülmesine de neden olmaktadır.

Araştırmanın dikkat çeken bir diğer nitel bulgusu, katılımcıların kendi gibi kilolu bireylere karşı da önyargılı tutumlar geliştirdiklerini ortaya koymasındır. Diğer bir deyişle, kilolu bireylerin yalnızca dışarıdan değil, kendi içlerinden de ayrımcılık ve önyargı deneyimledikleri gözlemlenmektedir. Bu bulgu, toplumsal normların bireyler üzerinde ne kadar güçlü bir etkisi olduğunu ve bu etkilerin, kilolu bireylerin kendi gruplarına yönelik olumsuz tutumlar geliştirmesine nasıl yol açtığını göstermektedir. Ayrıca, bu durum, yukarıda bahsedilen olumsuz söylemlerin obez bireyler tarafından içselleştirilmesinin bir yansıması olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu bağlamda katılımcıların “Biz bile bakıyoruz, ya bu fiziğe niye bunu giymiş ki?” veya “Kendilerini ne olarak görüyorlar?” gibi ifadeleri, bu önyargıların ve toplumsal normların nasıl içselleştirildiğinin açık bir göstergesi olarak değerlendirilebilir. Bu bulgu, literatürle de benzerlik göstermektedir. Wang ve arkadaşları (2004)’nın araştırmasında, obez bireylerin genellikle toplumdan gelen olumsuz tutumları içselleştirdikleri ve bu içselleştirmeyi, kendi gruplarına karşı bile önyargı ve ayrımcılık davranışları olarak sergiledikleri ortaya çıkmıştır. Bu durum, hem obeziteyi desteklemekte hem de ayrımcılık ve önyargıların devam etmesine zemin hazırlamaktadır (Ratcliffe ve Ellison, 2015).

Bu bağlamda, obez bireylerin karşılaştığı tüm bu sorunlar birbirinden bağımsız olarak ele alınmamalıdır; çünkü bu sorunlar neden-sonuç ilişkisi içinde birbirini etkilemektedir. Bu nedenle, obeziteyle mücadelede yalnızca fiziksel değil, psikososyal ihtiyaçlara yönelik de destek mekanizmalarının geliştirilmesi gerekmektedir.

5.2. OBEZ BİREYLERİN BAŞA ÇIKMA STRATEJİLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Obez bireylerin başa çıkma stratejileri: Nicel ve Nitel Bulguların Benzerlikleri ve Farklılıkları



Şekil 5.1 Obez bireylerin başa çıkma stratejileri: Nicel ve nitel bulguların benzerlikleri ve farklılıkları

Kilolarıyla ilişkili olarak yaşadıkları bu sorunlarla başa çıkmak için obez bireyler çeşitli stratejiler kullanmaktadır. Hem nicel hem de nitel bulgular, katılımcıların bu sorunlarla başa çıkmak için farklı stratejiler geliştirdiklerini ortaya koymaktadır. Nicel bulgulara göre, katılımcıların başa çıkma stratejileri arasında en fazla tercih edilen yöntemler sırasıyla planlama, kabul etme, aktif başa çıkma, duyguları açığa vurma ve olumlu yeniden yorumlama gibi problem odaklı stratejilerdir. Bununla birlikte, dikkatini dağıtma, inkâr ve madde kullanımı gibi stratejiler ise en az tercih edilenler arasında yer almaktadır. Bu bulgunun ortaya çıkmasındaki en önemli faktör, araştırmanın nicel aşamasının tüp mide ameliyatı kararı veren katılımcılarla yapılmış olmasıdır. Bu bağlamda, katılımcıların karşılaştıkları sorunlarla başa çıkmak için çözüm yolları geliştirmeye çalıştıkları ve bu nedenle daha çok problem odaklı başa çıkma stratejilerini benimsemeleri sürpriz olmamıştır. Ancak, Rydén ve arkadaşları (2003) tarafından yapılan başka bir

araştırma, obezite tedavisinde cerrahi ve geleneksel yöntemlere göre başa çıkma stratejileri arasındaki farklılıkları incelemiştir. Araştırmaya göre, cerrahi tedavi seçen bireylerin, geleneksel tedavi yöntemlerini tercih edenlere kıyasla problem odaklı başa çıkma stratejilerini daha az kullandıkları ortaya çıkmıştır.

Araştırmanın nitel bulguları, nicel bulgularla paralel bir şekilde katılımcıların sağlıklı beslenme, masadan doymadan kalkma ya da yemek ısrarlarına hayır diyemedikleri için yemek ortamlarından uzak durma gibi kendilerine özgü problem odaklı başa çıkma stratejileri geliştirdiklerini ortaya koymuştur. Bu stratejiler, katılımcıların obeziteyle mücadelede bilinçli ve sürdürülebilir bir yaklaşım benimsediklerini vurgulamaktadır. Literatürde de benzer şekilde, obez bireylerin kilo kontrolü için diyet, fiziksel aktivite ve sağlıklı yaşam tarzı benimseme gibi stratejiler kullandığı ifade edilmektedir (Spuy ve ark., 2015; Conradt ve ark., 2008). Ayrıca, 20 kilogram ve üzeri kilo kaybı yaşayan bireylerin başa çıkma stratejileri incelendiğinde, bu kişilerin daha fazla problem odaklı başa çıkma stratejilerini benimsediği görülmüştür (Rydén ve ark., 2003).

Bununla birlikte, araştırmanın nitel bulguları, nicel bulgularla benzerlik gösterse de bazı önemli farklılıklar içermektedir. Nitel bulgular, katılımcıların bir kısmının inkâr, kıyafetle kamufle etme, sosyal medyada var olma ve daha fazla yemek yeme gibi duygu odaklı başa çıkma stratejilerini benimsediğini ortaya koymuştur. Bu bulgulara paralel olarak, literatürde de inkâr, yeniden değerlendirme ve kaçınma gibi duygu odaklı başa çıkma stratejilerinin obeziteyle mücadele eden bireyler tarafından kullanıldığı ifade edilmektedir (Spuy ve ark., 2015). Araştırmanın dikkat çeken bulgularından biri, katılımcıların sosyal medyayı, kilolarının görünmediği ve bu nedenle önyargı ve olumsuz yorumlarla karşılaşmadıkları bir platform olarak tanımlamalarıdır. Sosyal medyada var olan filtreleme araçları sayesinde katılımcılar, kilolarını saklayabildikleri tek yerin sosyal medya olduğunu ifade etmişlerdir. Bu bulgu, Holmberg ve arkadaşları (2018) tarafından yapılan araştırmada da desteklenmektedir. Araştırma, obez ergenlerin, özellikle kadınların, ayrımcılık ve önyargılara karşı kendilerini ifade etmek ve kilo ile ilgili içeriklerini gizlemek amacıyla sosyal medya gibi alanları kullandıklarını belirtmiştir. Bu süreçte, özellikle genç kadınlar, görünümünü

iyileştirmek için filtreler kullanmakta ve filtresiz fotoğraflar paylaşmada zorluk yaşamaktadırlar. Bu durum, bireylerin, olumsuz toplumsal yargılardan korunmak amacıyla kendilerini daha iyi hissettikleri alternatif stratejiler aramalarına yol açmaktadır. Nitel bulgular, katılımcıların yeme alışkanlıklarının yerine başka bir şey koyma stratejisini benimsedikleri ve bu stratejiler arasında özellikle sigara içmeyi tercih ettiklerini ortaya koymuştur. Nicel veriler de bu durumu desteklemektedir; katılımcıların yaklaşık yarısının sigara içtiği ve günlük sigara tüketim ortalamasının yaklaşık bir paket olduğu bulunmuştur. Literatürde, obeziteyle mücadele sırasında yeme alışkanlıklarının yerine başka bağımlılıkların (örneğin sigara kullanımı veya alkol tüketimi gibi) ikame edilmesinin, diğer bir deyişle “bağımlılık transferinin”, yaygın bir durum olarak karşımıza çıktığı vurgulanmaktadır (Blum ve ark., 2011). Diğer yandan, tıka basa yeme alışkanlığına sahip katılımcıların yemek yeme davranışını, stresle başa çıkmak için bir strateji olarak kullandıkları gözlemlenmiştir. Benzer şekilde, Palmisano ve arkadaşlarının (2016) yaptığı araştırma, obeziteyle birlikte yaygın olarak görülen tıkinırcasına yeme bozukluğunun gelişimi arasında güçlü bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur. Bu durum, özellikle ebeveynleri, eşleri veya toplum tarafından “kilo vermelisin” gibi sürekli söylemleri katılımcılar üzerinde stres ve baskı oluşturmaktadır. Bu stres ve baskılar, katılımcıların ilk olarak ulaşabileceği ve tek özgürlük alanı olarak gördükleri yemek yeme davranışını bir başa çıkma yöntemi olarak benimsemelerine yol açmaktadır. Bunun yanı sıra, literatürde çocukluk döneminde yaşanan travmatik olayların, örneğin bir yakının kaybı, cinsel istismar veya taciz gibi durumların obeziteyle ilişkisi vurgulanmıştır (D’Argenio ve ark., 2009; Gunstad ve ark., 2006; Palmisano ve ark., 2016). Bu tür olaylarla başa çıkmak amacıyla aşırı yemek yeme davranışının benimsendiği de ifade edilmiştir (Axsel ve ark., 2016). Bu durum, obez bireylerin başa çıkma stratejilerinin karmaşık ve çok boyutlu olduğunu, bazen işlevsel olmayan başa çıkma yöntemlerinin de benimsendiğini göstermektedir. Bu başa çıkma stratejilerini ve deneyimlerini anlamak, bu alanda çalışan profesyonellerin ve aile üyelerinin bu bireylere daha iyi bir destek sağlamasına yardımcı olmaktadır (Spuy ve ark., 2015).

Sosyal destek mekanizmalarının ve çeşitli sosyal destek türlerinin (duygusal, araçsal ve bilgilendirici) obez bireylerin başa çıkma sürecinde önemli bir rol oynadığı gözlemlenmiştir. Bu bağlamda, nicel bulgulara göre, katılımcılar genellikle aile üyeleri ve yakın çevrelerinden destek almaktadır. Somut yardımı içeren araçsal destek, obez bireylerin başa çıkma sürecinde önemli bir rol oynayan ve en yaygın alınan aile desteği biçimidir (Hovick ve ark., 2012). Nitel bulgularda kilo verme sürecinde katılımcının annesinin kendisine duygusal destek sağladığını bunun yanı sıra diyetine uygun yemekler hazırlayarak davranışsal destekte sunduğunu belirtmiştir. Herzer ve arkadaşları tarafından (2011) yapılan araştırmada da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Araştırmanın bulgularına göre, obez gençler için en önemli destek kaynaklarının yakın arkadaşlar ve ebeveynler olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, bu yaş grubunda sınıf arkadaşlarının desteği az da olsa, obeziteyle ilgili sağlık sorunlarıyla mücadelede önemli bir rol oynamaktadır.

Nitel bulgular katılımcıların aile üyeleri ve yakın çevrelerinden destek almanın yanı sıra, kendileri gibi kilolu bireylerle daha yakın ilişkiler kurduklarını ve bu kişilerle arkadaşlık ederek kendilerini daha iyi anlaşıldıklarını ortaya koymuştur. Aynı deneyimi yaşayan bireylerin, kilo verme süreçlerinde birbirlerine duygusal destek sağladıkları ve “iyi zayıflamalar”, “bol eksilmeler” gibi olumlu söylemlerle birbirlerini motive ettiklerini belirtmiştir. Bu durum, nicel bulgularla da desteklenmektedir ve katılımcıların çoğunun arkadaşlarının da obez olduğu belirlenmiştir. Elde edilen bulgular, sosyal destek ağlarının başa çıkma sürecinde önemli bir rol oynadığını ve bireylerin kendileriyle benzer deneyimlere sahip bireylerden bir sosyal çevre inşa ettiklerini göstermektedir.

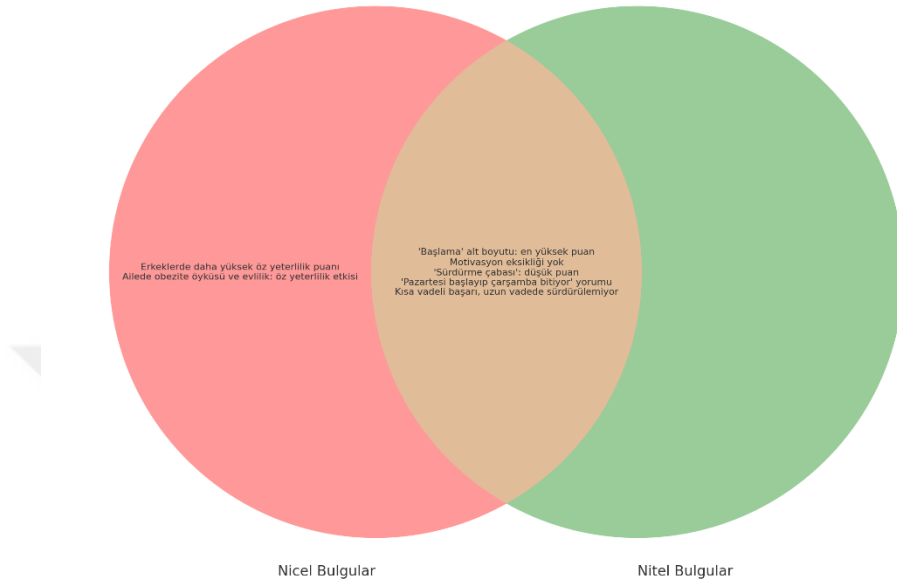
Bu tür sosyal destek ağları, obez bireylerin yalnızlık hissini azaltırken, aynı zamanda stresle başa çıkmalarını kolaylaştırmaktadır (Puhl ve Heuer, 2009). Özellikle bu süreçte, sosyal desteğin farklı türleri de devreye girmektedir. Bilgi paylaşımı ve rehberlik sağlayan bilgi desteğinin yanı sıra, empati ve motivasyon sunan duygusal destek, bu bireylerin başa çıkma süreçlerinde önemli bir yere sahiptir (Taiminen ve Taiminen, 2016; Reifegerste ve ark., 2017). Örneğin, kilo verme blogları gibi çevrimiçi platformlar, aşırı kilolu bireylere empati göstererek,

kilo verme sürecinde motivasyon sağlayarak ve başarılarını onaylayarak onlara önemli bir destek sunmaktadır (Sanford, 2010). Bu platformlar, bireylerin yalnızca duygusal destek değil, aynı zamanda deneyimlerini paylaşarak bilgi desteği de sağlamaktadır. Reifegerste ve arkadaşlarının (2017) yaptığı araştırma da bu durumu destekler niteliktedir. Araştırmada, çevrimiçi forumlara aktif katılımın, soru sorma ve fikir alışverişinde bulunma gibi etkileşimlerin, algılanan sosyal destekle pozitif bir ilişki gösterdiği tespit edilmiştir. Sosyal destek mekanizmalarının obezite üzerindeki etkisinin cinsiyete göre farklılık gösterdiği de dikkate değerdir. Kadınların, erkeklere kıyasla daha fazla sosyal destek türünden yararlandıkları belirtilmiştir (Hosseini ve ark., 2021).

Son olarak, nitel bulgular, bazı katılımcıların yemekten sonra pişmanlık yaşadıklarını ve kendilerini eleştirdiklerini ortaya koymuştur. Ancak, bu pişmanlık duygularının kısa süreli olduğu ve yemekle karşılaştıklarında bu duyguların hızla ortadan kalktığı tespit edilmiştir. Thomas ve arkadaşları da (2010) obez bireylerin genellikle kilolarıyla ilgili suçluluk, utanç ve suçlama duyguları yaşadıkları ifade etmektedir. Bu bağlamda Conradt ve arkadaşları tarafından (2008) 98 obez bireyle gerçekleştirilen bir araştırmada, kilo ile ilgili suçluluk ve utanç duygularının başa çıkma stratejileri üzerindeki olası etkilerini incelenmiştir. Araştırma sonucunda, utanç duygusunun bireylerin sorunları çözmeye yönelik çabalarını (örneğin; kilo vermek için plan yapma veya sağlıklı beslenme alışkanları geliştirme gibi) olumsuz yönde etkilediği ortaya çıkmıştır. Diğer taraftan suçluluk duygusu ise bireyleri problem odaklı stratejiler geliştirmeye teşvik etmekte ve diyet yapma konusunda motive edici bir rol oynamaktadır. Sonuç olarak, bu araştırma, obez bireylerin karşılaştıkları sorunlarla başa çıkarken bazı stratejiler geliştirdiklerini, bu stratejilerin fiziksel, psikolojik ve sosyal faktörlere göre çeşitlendiğini ve bazı durumlarda problem odaklı başa çıkma stratejilerinin yanı sıra duygu odaklı başa çıkma stratejilerinin de benimsediğini ortaya koymaktadır.

5.3. OBEZ BİREYLERİN ÖZYETERLİLİK DÜZEYLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Obez Bireylerin Özyeterlilik Düzeyleri: Nicel ve Nitel Bulguların Benzerlikleri ve Farklılıkları



Şekil 5.2 Obez bireylerin özyeterlilik düzeyleri: Nicel ve nitel bulguların benzerlikleri ve farklılıkları

Ünal Keskin ve Orgun (2006) tarafından yapılan bir çalışmada, öğrencilerin öz yeterlilik düzeylerinin yüksek olmasının, etkili başa çıkma stratejileriyle pozitif bir ilişki gösterdiği ortaya çıkmıştır. Bu bulgu, öz yeterliliğin başa çıkma stratejileriyle olan ilişkisinin obez bireyler için de geçerli olabileceğini düşündürmektedir. Miller ve arkadaşları (1999) ve Kim ve arkadaşları (2001) tarafından elde edilen bulgularda, öz yeterliliğin obezite üzerindeki etkilerini daha ayrıntılı bir şekilde ortaya koymaktadır. Özellikle tıknırcasına yeme bozukluğu olan bireylerin düşük öz yeterlilik düzeylerine sahip olduğu ortaya çıkmıştır (Miller ve ark., 1999). Benzer şekilde, Kim ve arkadaşları (2001), 360 ortaokul öğrencisi ile (180 normal kilolu öğrenci ve 180 obez öğrenci) obez ve normal kilolu öğrenciler arasındaki öz yeterlilik düzeyleri ve sağlıklı destekleyici davranışlar (sağlıklı beslenme, düzenli egzersiz yapma, yeterli süre uyuma, stresle başa çıkma stratejileri uygulama ve sigara ve alkol kullanımından kaçınma gibi) arasındaki farkları belirlemek amacıyla bir başka araştırma gerçekleştirilmiştir. Bu araştırmanın

sonucunda; obezite ve öz yeterlilik arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif ilişkiler bulunmuş ve obez ortaokul öğrencilerinin daha düşük öz yeterlilik düzeyine ve daha zayıf sağlığı destekleyici davranışlara sahip oldukları gözlemlenmiştir (Kim ve ark., 2001).

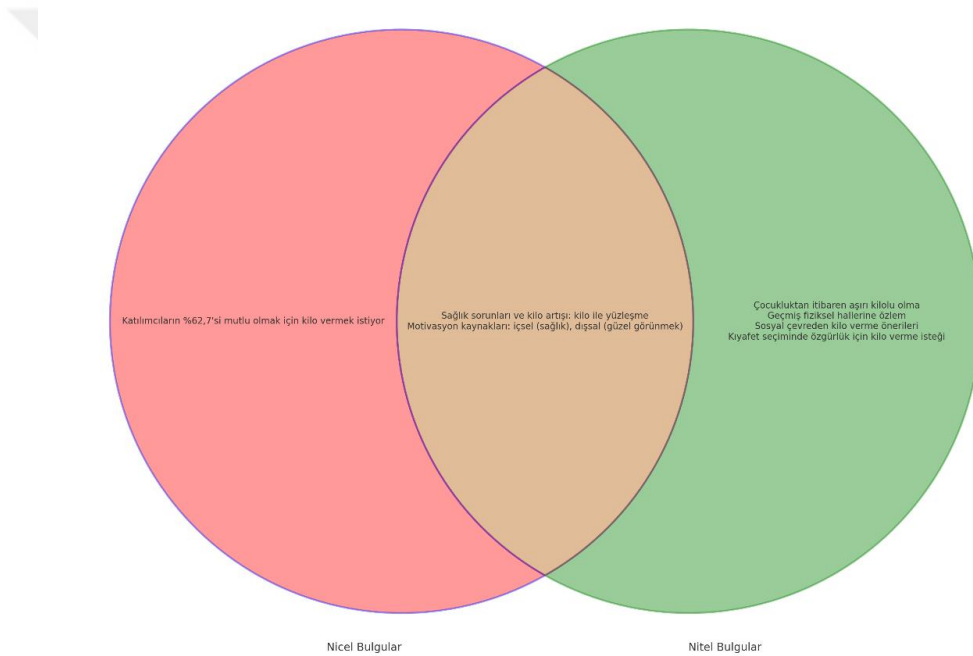
Öz yeterliliğin yalnızca başa çıkma becerilerinin geliştirilmesinde değil, aynı zamanda kilolarını korumak amacıyla yapılacak müdahalelerde de dikkate alınmasının önemini vurgulamaktadır. Bu araştırmada hem nicel hem de nitel bulgular, katılımcıların özyeterlilik düzeylerine ilişkin durumu ortaya koymaktadır. Nicel bulgulara göre, katılımcıların en yüksek puanı “başlama” alt boyutundan aldığı ortaya çıkmıştır. Bu sonuç, katılımcıların kilo verme sürecine başlamak konusunda genellikle motivasyon eksikliği yaşamadıklarını göstermektedir. Yine nicel bulgularda sürdürme çabası-ısrar alt boyutunda katılımcıların düşük puanlar aldıkları ortaya çıkmıştır. Nitel bulgulara da yansıyan bu durum, katılımcıların kilo verme çabalarının kısa vadede başarılı olsa da uzun vadede devam ettirilemediği ortaya çıkmıştır. Katılımcıların, “pazartesi başlayıp, çarşamba günü bitiyorum” gibi ifadeleri, bu sürecin sürdürülebilirliğinin katılımcılar için nasıl zorlayıcı olduğunu açıkça ortaya koymaktadır.

Ayrıca, nicel bulgular, cinsiyet, ailede obezite öyküsü ve evli olma gibi demografik değişkenlerin, katılımcıların öz yeterlilik düzeyini ve sürdürebilme noktasında önemli faktörler olduğunu ortaya koymaktadır. Özellikle erkeklerin genel öz yeterlilik puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu durum, toplum ve medya tarafından oluşturulan güzellik mitinin kadınlar üzerinde yarattığı baskı ile ilişkilendirilebilir. Kadınlar, estetik görünümün fiziksel ölçütlerle değerlendirildiği bir algı içerisinde, bedenlerini belirli kalıplara uydurmak zorunda hissedebilmektedir (Suiçmez, 2018; Atik ve Örtten, 2008). Bunun yanı sıra, obez bireylerin aileleri tarafından “böyle de güzelsin ama yine de kilo ver” ya da eşleri veya romantik ilişkide olduğu partnerlerinden “annen gibi olma” ve “kendini saldın” gibi söylemlerle baskı altında kaldıkları görülmektedir. Bu tür baskılar, kadınların kilo verme sürecinde duygusal sorunlar yaşamalarına ve sürdürülebilir alışkanlıklar geliştirmekte zorlanmalarına neden olmaktadır. Öte yandan araştırmanın nicel bulguları, ailede obezite öyküsünün de özyeterlilik düzeyini

etkileyen önemli bir faktör olduğunu ortaya koymuştur. Ailesinde obezite öyküsü olan katılımcıların daha yüksek özyeterlilik puanlarına sahip olmaları, bu bireylerin obezite ile mücadeleye daha hazırlıklı olduklarını ve daha önce benzer sorunlarla karşılaştıklarını gösteriyor olabilir. Evli bireylerin, kilo verme süreçlerinde daha fazla motivasyona sahip oldukları ve destekleyici bir sosyal ağdan yararlandıkları düşünülebilir.

5.4. OBEZ BİREYLERİN KİLO VERME MÜCADELESİNE İLİŞKİN BULGULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Obez Bireylerin Kilo ile Yüzleşme ve Motivasyon Kaynakları: Nicel ve Nitel Bulguların Karşılaştırılması



Şekil 5.3 Obez bireylerin kilo ile yüzleşme ve motivasyon kaynakları: Nicel ve nitel bulguların karşılaştırılması

Katılımcıların kilo verme gerekliliğiyle yüzleşmeleri, kilo verme süreçlerinde motivasyon kaynaklarını şekillendiren önemli bir aşama olarak karşımıza çıkmaktadır. Yüzleşme süreci, katılımcıların “fotoğraftakine bakıyorum, bu bensem şimdiki bu kim diyorum” şeklindeki ifadeleriyle geçmişteki fiziksel hallerine duydukları özlemi, yaşadıkları sağlık sorunlarını, sosyal çevreden gelen kilo verme ile ilgili söylemleri ve özellikle yaşlılıkta karşılaşılabilecek bakım sorunlarını içeren deneyimlerle derinleşmektedir. Katılımcılar, çocukluktan

itibaren kendilerini “balıketli” veya “iri” olarak gördüklerini ifade etmiş ve zamanla artan kilolarıyla birlikte sağlık problemleri yaşamaya başlamışlardır. Bu süreç, geçmişteki fiziksel hallerine duydukları özlem ve yaşlılık döneminde karşılaşılabilecek bakım sorunları gibi faktörlerle daha belirgin hale gelmiştir. Bu bağlamda, yüzleşme süreçleri katılımcıların kilo verme motivasyonlarını etkileyen bir temel oluşturmuştur.

Nicel ve nitel bulgular, kilo verme motivasyonlarının çok boyutlu olduğunu ve bu motivasyonların hem içsel hem de dışsal faktörler tarafından şekillendirildiğini ortaya koymaktadır. Katılımcıların kilo verme süreçlerinde sağlık ve estetik kaygıları sıkça bir arada dile getirdiği gözlemlenmiştir. Nicel verilerde, katılımcıların büyük bir kısmı sağlıklı olmak, çoğunluğu ise daha güzel görünmek amacıyla kilo vermek istediklerini belirtmiştir. Bu motivasyonlar, katılımcıların kilo ile yüzleşme süreçlerinin bir yansıması olarak karşımıza çıkmaktadır. Kilo ile yüzleşmek, sağlık sorunlarının artması ve estetik kaygıların belirginleşmesiyle birlikte sağlık ve güzel görünme isteği güçlü motivasyon kaynakları haline gelmiştir.

Ayrıca, katılımcılar kıyafet seçimi özgürlüğü gibi dışsal motivasyonların yanı sıra, bedenlerine uygun kıyafet bulamamanın psikolojik etkilerine de dikkat çekmişlerdir. Nicel verilerde, katılımcıların çoğunluğu mutlu olmak amacıyla kilo vermek istediklerini ifade etmiştir. Yüzleşme sürecinde, kıyafetlere sığmama ve özgürce kıyafet seçememe durumu, psikolojik olarak katılımcıları motive etmiş ve kilo verme isteklerini artırmıştır.

Motivasyon, obez bireyler için kilo kaybında önemli bir rol oynamakta ve kilo verme isteklerini etkileyen hem içsel hem de dışsal faktörler bulunmaktadır. Literatürde kilo verme motivasyonları arasında sağlık, özgüven artırma ve günlük hayatta karşılaşılan kısıtlamaları aşma isteği öne çıkmaktadır (Mehrez ve ark., 2023; Oyebanji ve ark., 2016). Araştırma bulguları da bu noktada benzer sonuçlar sunmaktadır. Katılımcıların kilo ile yüzleşme süreçleri, sağlık, estetik ve kıyafetlere sığma isteği gibi dışsal motivasyonların yanı sıra, aile, arkadaşlar ve toplumdan gelen sosyal baskılarla da şekillenmiştir (Silva ve ark., 2019; Binsaeed ve ark., 2023). Morbid obez bireylerle yapılan bir araştırmada ise sağlık, fiziksel

işlevsellik, güzel görünme ve ayrımcılıktan kaçınma isteklerinin motivasyonu etkileyen başlıca faktörler olarak öne çıktığı bulunmuştur (Md-Yasin ve ark., 2020).

Tablo 5.2 Obez bireylerin tedavi girişimleri: Nicel ve nitel bulguların benzerlikleri ve farklılıkları

Tedavi Girişimleri/ Yöntemleri	Benzerlikler	Farklılıklar
Obezite tedavisi görme sıklığı	Hem nicel hem de nitel bulgular, katılımcıların çoğunun obezite tedavisini yalnızca bir kez aldığını göstermektedir. 2-3 kez tedavi görme oranları, hem nicel hem de nitel bulgularda benzer oranlar göstermektedir.	Nicel bulgular: Katılımcıların %19,1'i 4 veya daha fazla kez tedavi görmüştür. Nitel bulgular: Katılımcıların %38,5'i 4 veya daha fazla kez tedavi görmüştür.
Cerrahi olmayan girişimler	Hem nicel hem de nitel bulgular, katılımcıların kilo verme sürecinde diyet ve egzersiz gibi geleneksel yöntemleri benimsediğini göstermektedir.	Nitel bulgular: Katılımcıların çoğu, diyetin kilo verme sürecinde ilk tercih edilen tedavi yöntemi olduğunu belirtmiştir. Bazı katılımcılar profesyonel destek alırken, diğerleri sosyal çevrelerinden edindikleri bilgileri ya da popüler diyetleri uygulamıştır.
	Katılımcılar, bazen birden fazla tedavi yöntemini bir arada kullanmaktadırlar.	Nitel bulgular: Katılımcılar, diyetin yanı sıra akupunktur gibi alternatif tedavi yöntemlerine yöneldiklerini ifade etmişlerdir. Akupunkturun yalnızca kilo kaybı değil, aynı zamanda sigara bağımlılığını azaltmada da etkili olduğunu belirtmişlerdir.
Cerrahi girişimler	Hem nicel hem de nitel bulgular, katılımcıların bariyatrik cerrahinin bir türü olan tüp mide ameliyatını	Nitel bulgular:

	tedavi yöntemi olarak tercih ettiğini göstermektedir.	Ayrıca, bazı katılımcılar bariyatrik cerrahinin türü olan tüp mide ameliyatını son bir çözüm olarak değerlendirmiştir. Katılımcılar, bariyatrik cerrahiye yönelik olumsuz görüşleri “şehir efsanesi” olarak tanımlamışlardır.

Bu araştırma da obezite tedavisi görme sıklığına ilişkin nicel ve nitel bulgular arasında bazı benzerlikler ve farklılıklar gözlemlenmiştir. Hem nicel hem de nitel bulgular katılımcıların çoğunun obezite tedavisini yalnızca bir kez aldığını ortaya koymaktadır. Ayrıca, 2-3 kez tedavi görme oranları da hem nicel hem de nitel bulgularda benzer oranlar göstermektedir. Ancak, nicel ve nitel bulgular arasında tedavi görme sıklığıyla ilgili bazı benzerlikler olsa da, özellikle “4 veya daha fazla kez tedavi görme” konusunda belirgin bir farklılık gözlemlenmiştir.

Ayrıca bu araştırma, katılımcıların benimsedikleri tedavi girişimlerine/ yöntemlerine ilişkin bulgular sunmaktadır. Bu konuya ilişkin hem nicel bulgular hem de nitel bulgular benzerlikler göstermektedir. Katılımcıların tedavi yöntemlerine bakıldığında; diyet, egzersiz ve ilaç tedavisi gibi geleneksel yöntemleri benimsediği ortaya çıkmıştır. Katılımcıların çoğu, kilo verme sürecinde diyetin ilk/ öncelikli tedavi yöntemi olarak tercih edildiğini belirtmişlerdir. Bu bulgu, literatürde de sıkça vurgulandığı gibi, diyetin obezite tedavisindeki temel stratejilerden biri olduğunu göstermektedir (Ravussin ve Bogardus, 2000; Sharma ve Iacobellis, 2006; Kokino ve ark., 2006). Bunun yanı sıra, bazı katılımcılar profesyonel destek alırken, diğerleri sosyal çevrelerinden veya arkadaşlarından (kendi ifadeleriyle sağdan- soldan) edindikleri bilgilerle ya da popüler diyet programlarını benimseyerek kilo verme sürecini sürdürmüşlerdir.

Obezite tedavisi diyet, egzersiz, davranışsal değişiklikler, psikolojik destek, ilaç tedavisi ve cerrahi müdahaleleri içeren yöntemlerin, bazen tek başına, bazen de bir arada uygulanmasını gerektirir. Bu tedavi süreci, endokrinologlar,

diyetisyenler, fizyoterapistler, psikiyatristler, psikologlar ve gerektiğinde cerrahlar gibi farklı uzmanlardan oluşan bir ekip tarafından multidisipliner bir yaklaşım ile yönetilir (Sharma ve Iacobellis, 2006; Castelnovo ve ark., 2017). Bu araştırmanın bulguları da, katılımcıların zaman zaman diyetle birlikte egzersiz yapmak gibi birden fazla yöntemi bir arada kullandıkları ortaya çıkmıştır. Yukarıda da belirtildiği gibi, kilo kaybının sağlanması ve verilen kilonun korunmasında bireye özgü diyet programları ve düzenli egzersizler, obeziteyle mücadelede ilk başvurulacak yöntemler olarak karşımıza çıkmaktadır. Bunun yanı sıra, sauna tedavisi, lazer ve akupunktur gibi alternatif yöntemler de kullanılan tedavi seçenekleri arasında yer almaktadır (Kokina ve ark., 2006). Araştırmanın nitel bulguları, katılımcıların diyetle birlikte akupunktur gibi alternatif tedavi yöntemlerine yöneldiklerini ortaya koymuştur. Bazı katılımcılar, akupunkturun yalnızca kilo kaybında değil, aynı zamanda sigara bağımlılığını azaltmada da etkili olduğunu ifade etmişlerdir. Bu bulgular, alternatif tedavi yöntemlerinin zaman zaman geleneksel tedavi yaklaşımlarıyla birleştirilerek denendiğini göstermektedir.

Obezite tedavisinde benimsenen yöntemlerden biri de bariyatrik cerrahidir. Diğer tedavi yöntemlerine yanıt vermeyen, BKİ 40 kg/m² ve üzeri olan ya da BKİ'si 35-39 kg/m² arasında olup kronik hastalıklar gibi ek risk faktörlerine sahip bireylere uygulanmaktadır (Kayar ve Utku, 2013). Dünya genelinde bariyatrik cerrahi operasyonlarının kapsamını inceleyen bir araştırmada, son beş yılda bariyatrik cerrahinin büyüme hızının %135 oranında arttığı görülmüştür (Buchwald ve Oien, 2009). Bu yöntem, kilo kaybı sağlamanın yanı sıra kardiyovasküler risk faktörleri, tip II diyabet ve ölüm oranlarını azaltmada da önemli olumlu etkiler yaratmaktadır (Sjöström, 2008). Araştırmamızda katılımcılar, birden fazla tedavi yöntemini denedikten sonra son çare olarak bariyatrik cerrahinin bir türü olan tüp mide ameliyatına yönelmişlerdir. Tüp mide ameliyatı, kilo kaybı sağlamak için etkili bir yöntem olmakla birlikte, katılımcılar tüm tedavi yöntemleri sonrasında nüksün önlenmesi için davranış değişikliklerinin gerekliliğine de dikkat çekmişlerdir. Aynı şekilde Buchwald ve Oien (2009) araştırmasında, tüp mide ameliyatının etkili bir kilo kaybı yöntemi olduğunu, ancak başarılı bir sonuç elde edebilmek için

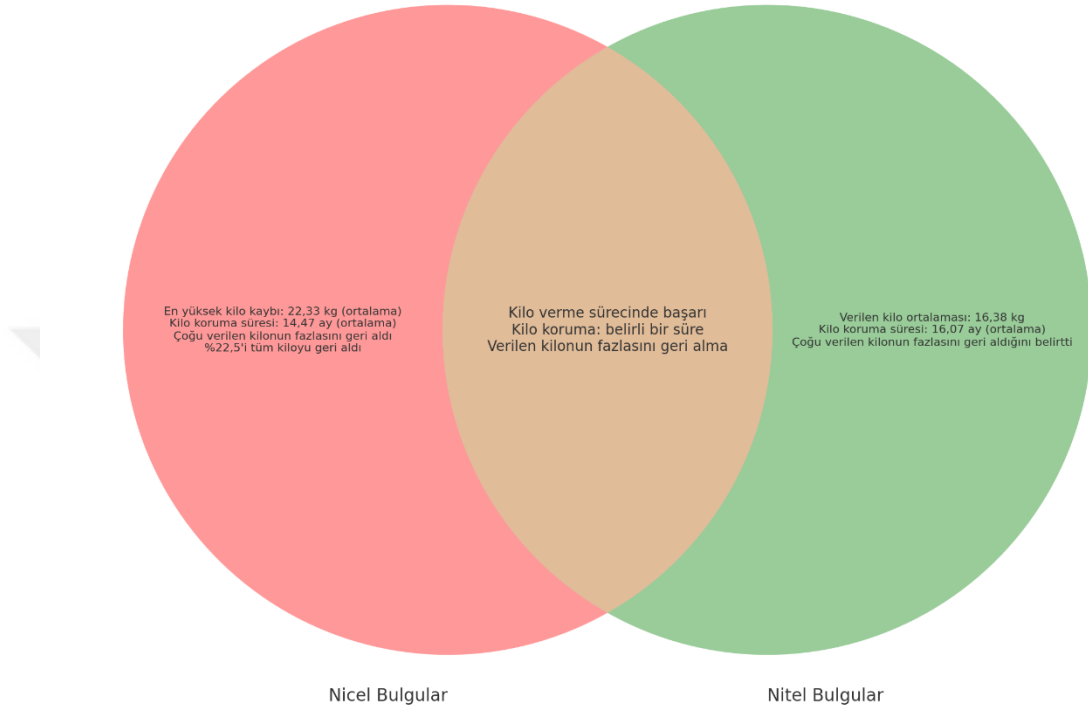
bireylerin yaşam tarzlarında önemli değişiklikler yapmaları gerektiğini vurgulamaktadır.

Uzun vadeli obezite tedavisinde başarı sağlamak zor olsa da, zaman içinde kademeli kilo alımını önlemeye yönelik yaşam tarzı değişikliklerinin teşvik edilmesi, obezite oranlarını azaltmada etkili bir strateji olarak değerlendirilmektedir (Hill ve ark., 2008). Bu bağlamda, tedavi sürecinde davranışsal değişiklikler, psikolojik destek ve sosyal destek mekanizmalarının önemli bir rol oynadığı anlaşılmaktadır. Psikolojik değerlendirmeler ve bilişsel davranışçı terapi, obezite tedavisinin kritik bileşenleri olarak kabul edilmektedir. Bilişsel davranışçı terapi, özellikle tıkanırcasına yeme alışkanlığına sahip bireylerde, yeme davranışlarını kontrol altına almak ve bu alışkanlıkları değiştirmek için etkili bir müdahale olarak öne çıkmaktadır (Castelnuovo ve ark., 2017). Bu araştırmanın nitel bulgularına göre, katılımcıların çoğu, aşırı yeme alışkanlıkları olduğunu ve açlık duygusuyla sürekli mücadele ederken büyük porsiyonlar tükettiklerini ifade etmiştir. Bu durum, yeme davranışlarının çoğunlukla bilinçsiz ve kontrolsüz bir şekilde gerçekleşmesine yol açmaktadır. Katılımcılar ayrıca, büyük porsiyonlar tükettiklerinde ancak doyumluk hissettiklerini, ancak bu doyumluğun oldukça kısa süreli olduğunu belirtmişlerdir. Bu noktada, psikolojik destek ve bilişsel davranışçı terapi, bu alışkanlıkların fark edilip değiştirilmesine ve obez bireylerin yeme alışkanlıkları üzerinde daha fazla kontrol sahibi olmalarına yardımcı olmayı amaçlamaktadır. Bu bağlamda, obezite tedavisinde diyet, egzersiz ve cerrahi müdahalelerin yanı sıra psikolojik yaklaşımlar da tedavi sürecinin önemli bir parçası haline gelmelidir.

Araştırmanın dikkat çeken bir diğer önemli bulgusu, toplumda bariyatrik cerrahiye karşı olumsuz algıların varlığıdır. Katılımcılar, “masada kalırsın”, “sen de kolayı seçtin” “estetik olmana ne gerek var” gibi yaygın olumsuz görüşleri, “şehir efsanesi” olarak tanımlamışlardır. Ayrıca haberlerde, sosyal medyada ya da internet sitelerinde sıkça karşılaşılan “güzel olmak uğruna öldü”, “zayıflama uğruna öldü”, “hızlı kilo verme uğruna canından oluyordu” başlıklı haberler ya da etiketler toplumun bariyatrik cerrahiye yönelik bakış açısını olumsuz yönde etkilemektedir. Ancak, toplumda yaygın olan bu olumsuz tutumların aksine, bazı

katılımcılar bariyatrik cerrahi, teknolojinin bir avantajı, etkili bir tedavi ve yaşamlarında son bir çözüm olarak değerlendirmektedirler.

Obez Bireylerin Kilo Kaybı ve Koruma Süreçleri: Nicel ve Nitel Bulguların Karşılaştırılması



Şekil 5.4 Obez bireylerin kilo kaybı ve koruma süreçleri: Nicel ve nitel bulguların karşılaştırılması

Nicel bulgulara göre, katılımcıların yaşamları boyunca verdikleri en yüksek kilo ortalaması 22,33 kg olarak hesaplanmış ve bu kiloyu ortalama 14,47 ay süreyle korudukları tespit edilmiştir. Nitel bulgular ise, katılımcıların yaşamlarında bir dönem verdikleri kiloların ortalama 16,38 kg olduğunu ve verdikleri kiloyu ortalama 16,07 ay süreyle koruduklarını ortaya koymuştur. Bu bulgular, kilo verme sürecinin başarıya ulaşmasının yanı sıra, verilen kiloların korunmasının da önemli olduğunu ortaya koymaktadır.

Katılımcıların çoğu, kilo verdikten sonra fiziksel sağlıklarında iyileşmeler yaşadıklarını belirtmişlerdir. Basit günlük aktivitelerdeki gelişmeler, kilo kaybının somut faydalarından biri olarak vurgulanmıştır. Örneğin, yürüyüş yapabilme, ayakkabı bağcıklarını rahatça bağlama ve merdivenleri zorlanmadan çıkabilme

gibi günlük yaşamda karşılaşılan sorunların azaldığı ifade edilmiştir. Ayrıca, katılımcılar kıyafet seçiminde daha fazla özgürlük hissettiklerini, kilolarının giyim tarzlarını sınırlayan bir engel oluşturduğunu ve kilo verdikçe daha fazla kıyafet seçeneğine sahip olduklarını dile getirmişlerdir.

Fiziksel iyileşmelerin yanı sıra, katılımcılar kilo verdikçe psikolojik anlamda da olumlu değişiklikler yaşadıklarını belirtmişlerdir. Kendilerini daha güzel hissettiklerini, özgüvenlerinin arttığını ve genel olarak hayata bakış açılarının değiştiğini ifade etmişlerdir. Kilo verme süreci, katılımcılara sadece dış görünüşlerinde değil, aynı zamanda içsel dünyalarında da önemli bir değişim fırsatı sunmuştur. Bununla birlikte, bazı katılımcılar kilo verdikten sonra dışarı çıkma ve sosyalleşme isteklerini dile getirmişlerdir.

Ancak, katılımcıların çoğu, kilo verme girişimlerinde başarı elde ettiklerini ancak bu süreçleri bıraktıklarında verdikleri kiloları geri aldıklarını belirtmişlerdir. Nicel bulgulara göre, katılımcıların çoğu kaybettikleri kilonun fazlasını geri alırken, yaklaşık dörtte biri kaybettikleri tüm kiloyu yeniden kazanmıştır. Nitel bulgular da bu durumu desteklemektedir. Katılımcıların çoğunluğu kaybettikleri kilonun fazlasını geri almıştır. Literatür bulguları da bu durumu desteklemektedir. Obezite tedavisinde uzun süreli başarı oranlarının düşük olduğu ve kaybedilen kiloların genellikle geri alındığı ifade edilmektedir (Sjöström, 2008; Nordmo ve ark., 2020). Pietrabissa ve arkadaşları (2012), aşırı kilolu ve obez bireylerin tedaviyle kaybettikleri kilonun yaklaşık üçte birini bir yıl içinde geri aldıklarını ve genellikle üç ila beş yıl içinde başlangıç seviyelerine döndüklerini belirtmişlerdir. Başarılı kilo kaybının sürdürülmesi, genellikle başlangıç vücut ağırlığının en az %10'unun bir yıl veya daha uzun süre korunması olarak tanımlanmaktadır. Ancak, aşırı kilolu veya obez bireylerin yalnızca yaklaşık %20'si bu hedefe ulaşabilmektedir (Wing ve Hill, 2001; Wing ve Phelan, 2005). Bu bulgular, kilo kaybı sonrası zamanla geri alınma olasılığının yüksek olduğunu göstermektedir. Bu durumu açıklamak için; fiziksel, psikolojik ve çevresel birçok faktörün rol oynadığı düşünülmektedir. Obezite tedavisinde, bu faktörlerin her birinin dikkate alınması ve bunlara yönelik bütüncül bir yaklaşım benimsenmesi büyük önem taşımaktadır.

5.5. OBEZ BİREYLERİN NÜKS SÜREÇLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Tablo 5.3 Obez bireylerin nüks nedenleri: Nicel ve nitel bulguların benzerlikleri ve farklılıkları

	Benzerlikler	Farklılıklar
Biyolojik Nedenler	Ailede obezite öyküsü, kilo alımında önemli etkiler yaratmaktadır. Anne ve anne tarafında sıkça görülen obezitenin olduğunu belirtmişler.	Nitel bulgular: Çocukluk döneminden itibaren obezite yaşayan katılımcılar, bu durumun kilo alımına neden olduğunu belirtmiştir.
Psikolojik Nedenler	Stres, tükenmişlik ve duygusal yeme, hem nicel hem de nitel bulgularla öne çıkmaktadır. Hem nicel hem de nitel bulgular, gece yemek yeme alışkanlıklarının tekrar kilo alımına neden olduğunu göstermektedir. Katılımcılar, sağlıksız beslenme alışkanlıklarının ve sağlıksız atıştırma alışkanlıklarının tekrar kilo alımına neden olduğunu belirtmişlerdir.	Nitel bulgular: Katılımcılar, geçiş dönemlerinin ve negatif yaşam olaylarının stres ve duygusal yeme alışkanlıklarını tetiklediğini belirtmişlerdir. Katılımcılar, hedonik yemek yeme ve aşırı yemek yeme alışkanlıklarının olduğu, yemekleri hızlı ve farkında olmadan fazla miktarda tükettiklerini belirtmiştir. Katılımcılar, gece sağlıksız yemek yediklerini ve hiç hareket etmeden doğrudan yattıklarını belirtmiştir.
Sosyal Nedenler	Aile ve sosyal çevre, tekrar kilo alımı üzerinde etkili olmaktadır. Pandemi süreci, tekrar kilo alımını etkileyen bir faktördür.	Nitel bulgular: Aile kültürünün, çocuklukta karbonhidrat ağırlıklı beslenmeye neden olduğu ve bunun yetişkinlikte devam ettiği vurgulanmıştır. Annelerinin “tabağı bitir” söylemleriyle büyüyen katılımcılar, bu kültürel faktörlerin tekrar kilo almaları üzerindeki etkisini vurgulamıştır. Katılımcılar, fast food odaklı yemek seçeneklerinin ve double, mega boy gibi

		menülerin bulunmasının tekrar kilo alımında etkili olduğunu açıklamışlardır. Katılımcılar, obezitenin çevre koşullarının da etkisiyle tekrar kilo aldıklarını belirtmişlerdir.

Bu araştırmanın bulguları, obez bireylerin kilo alıp verme döngüsünün, diğer bir deyişle nüks nedenlerinin, çok boyutlu bir süreç olduğunu ve bu süreçte biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin birlikte etkili olduğunu ortaya koymaktadır. Nicel ve nitel bulgular arasında hem güçlü benzerlikler hem de bazı farklılıklar dikkat çekmektedir.

Ailede obezite öyküsü, hem obezitenin oluşması hem de nüks nedenleri arasında en sık ifade edilen biyolojik faktörlerdir. Nicel bulgular, katılımcıların yarısının genetik faktörlerin kilo alımında etkili olduğunu düşündüğünü ortaya koyarken, nitel bulgular bu durumu “ailemizin kaderini yaşıyoruz” ifadesiyle desteklemektedir. Başarılı kilo kaybı sonrasında kilo alımında da genetik faktörler önemli bir rol oynamaktadır. Örneğin, PPAR-gamma2 geninin Pro12Ala varyantı gibi spesifik genetik değişiklikler, vücudun kilo kaybına nasıl tepki vereceğini ve sonrasında kilo alımını nasıl kontrol edeceğini belirleyebilir (Nicklas ve ark., 2001). Ala aleli taşıyan bireyler, Pro aleli taşıyan ve bu alelin iki kopyasına sahip olan kişilere göre daha fazla kilo alır ve daha az yağ yakar. Genetik faktörler ayrıca, kişinin kilosunu nasıl düzenleyeceğini de etkiler. Bu düzenleme, merkezi sinir sistemi aracılığıyla gerçekleşir ve bu sistem, vücudun ideal kilosunu belirlemede önemli bir rol oynar. Yani, genetik özellikler, vücudun kiloyu nasıl koruyacağını ve düzenleyeceğini belirler (Loos ve ark., 2021). Ayrıca, obezite genetik olarak aileden geçebilen bir durumdur. Yani, ailede obezite sorunu yaşayan bireyler varsa, bu durum çocuklarda da daha fazla görülebilir (Semerci, 2004). Özellikle anne ve anne tarafında sıkça görülen obezite, genetik yatkınlığın kilo alımında önemli bir rol oynadığını göstermektedir. Özellikle anne ve anne tarafında sıkça görülen obezite, ailede obezite öyküsünün kilo alımı üzerinde etkili olduğunu göstermektedir.

Nitel bulgular, bireylerin çocukluk çağından itibaren obezite ile karşı karşıya kalmalarının, kilo alımını artıran önemli bir değişken olduğunu ortaya koymaktadır. Katılımcıların, “kendimi bildim bileli ben zaten hep iriydim” gibi ifadeleri, obezite ile uzun yıllardır yaşadıklarını göstermektedir. Araştırmalar, bebeklik döneminde, özellikle ilk 6 ayda hızlı kilo alımının, çocukluk ve yetişkinlikte obezite riskini artırdığını ortaya koymaktadır (Young ve ark., 2012). Çocukluk çağındaki obezite, tip 2 diyabet, kalp hastalıkları ve bağışıklık sistemi bozuklukları gibi ciddi sağlık sorunlarına da yol açmaktadır. Ayrıca, obez çocukların, genel nüfusa kıyasla 30 yaşına gelmeden önce ölüm riskinin üç kat daha fazla olduğu belirtilmektedir (Marcus ve ark., 2022). Nitel bulgular, obezitenin sağlık üzerindeki etkilerinin yanı sıra, bireylerin sosyokültürel yaşamlarını da şekillendirdiğini göstermektedir. Özellikle kadın katılımcılarda, kilonun fiziksel olarak daha büyük görünmelerine yol açtığı ve bunun erken yaşta evlilik gibi sonuçlara da neden olduğunu belirtmiştir. Bir kadın katılımcının “16 yaşında beni istemeye geldiler” ifadeleri, bu durumu açıklar niteliktedir.

Psikolojik faktörler, nüks nedenleri arasında önemli bir yer tutmaktadır. Stres, tükenmişlik ve duygusal yeme davranışları, hem nicel hem de nitel bulguların ortak temaları arasında öne çıkmaktadır. Nicel verilere göre, stresin yanı sıra tükenmişlik ve yorgunluğun da kilo alımı üzerinde etkili olduğu görülmektedir. Nitel bulgular ise, çocukluk yıllarından itibaren kilo verme girişimlerinde bulunduklarını, kilo verme girişimlerini bırakmalarının ardından kilolarını geri aldıklarını ve hatta daha fazlasını aldıklarını belirtmişlerdir. Sürekli “al-ver” durumu, zamanla tükenmişlik hissine ve “başaramıyorum” duygusuna yol açmaktadır. Bu durum, literatürde de stres, tükenmişlik ve duygusal yemenin obeziteyi ve tekrar kilo alımını pekiştiren önemli faktörler olduğu ile paralellik göstermektedir (Nevanperä ve ark., 2012; Sainsbury ve ark., 2019). Araştırmalar, tükenmişlik sendromunun ve başarısız kilo verme girişimlerinin, duygusal ve tıkanırcasına yeme davranışlarını tetiklediğini ve bunun da kilo alımına yol açtığını ortaya koymaktadır (Nevanperä ve ark., 2012).

Ayrıca, stres, kaygı, yalnızlık ve depresyon gibi olumsuz duyguların, obez bireylerde artan yemek yeme isteğini tetikleyebileceği ve potansiyel olarak kilo

alımına yol açabileceği literatürde vurgulanmıştır (Ganley, 1989; Kavas ve ark., 2022). Bu bulgular, katılımcıların özellikle stresli dönemlerinde rahatlamak, duygu düzenlemesi sağlamak ve içlerindeki boşluğu doldurmak amacıyla duygusal yemek yeme davranışı sergilediklerini göstermektedir. Katılımcılar, olumlu ya da olumsuz duyguların fark etmediği her durumda yemek yeme eğiliminde olduklarını ve stresli dönemlerde özellikle tatlı türlerini tercih ettiklerini ifade etmişlerdir. Bu durum, literatürdeki bulgularla da tutarlıdır. Yapılan çalışmalar duygusal yeme, özellikle olumsuz duygulara bir tepki olarak gelişmektedir ve yetişkinlerde sürekli kilo alımı ve obezite ile ilişkilendirilmiştir (Strien ve ark., 2012; Konttinen, 2020).

Gece yemek yeme alışkanlıkları, önemli bir sorun olarak öne çıkmaktadır. Nicel bulgular, bu alışkanlığın yaygın olduğunu göstermektedir. Nitel bulgular ise katılımcıların gece saatlerinde tükettikleri yiyeceklerin sağlıksız olduğunu ve yemek yedikten sonra hemen yataklarına gitmelerinin, kilo almalarına nasıl katkıda bulunduğunu detaylı şekilde açıklamaktadır. Katılımcılar, gece boyunca karnının “kurt gibi” acıktığını ve büyük porsiyonlar tüketerek, yemeği hızlıca bitirip “öleceksem de tok öleyim” gibi düşüncelerle hareket ettiklerini ifade etmişlerdir. Bu alışkanlık, hem sağlıksız beslenme hem de hareketsizlik nedeniyle tekrar kilo alımına yol açmaktadır. Literatürde de gece yeme alışkanlıkları ve sağlıksız beslenme davranışlarının kilo alımına yol açan önemli faktörler arasında yer aldığı belirtilmiştir (Ishida ve ark., 2020). Özellikle gece yeme sendromu, tıkanırçasına yeme bozuklukları ve hareketsizlik ile ilişkili olarak kilo alımını artırmaktadır (Furtado ve ark., 2023).

Aşırı yemek yeme alışkanlığı da bu süreçte önemli bir rol oynamaktadır. Katılımcılar, özellikle yemekleri hızlı, farkından olmadan ve fazla miktarda tükettiklerini ifade etmişlerdir. Bariyatrik cerrahi sonrası tıkanırçasına ve gece yeme bozuklukları, depresyon ve anksiyete ile kilo alımı arasında güçlü bir ilişki olduğu literatürde belirtilmiştir (Furtado ve ark., 2023). Ayrıca, tıkanırçasına yeme bozukluğu ve gece yeme sendromu gibi önceden var olan yeme bozukluklarının, bariyatrik cerrahi sonrası devam etme eğiliminde olduğu ve kilo alımına yol açtığı ifade edilmiştir (Hsu ve ark., 1996). Gece ve tıkanırçasına yeme bozukluklarının

tedavi edilmesi, tek başına önemli bir kilo kaybına yol açmasa da, zamanla kilo kaybını ve kilo alımındaki azalmayı sağlayabilir (Yanovski, 2003). Buna ek olarak nitel bulgular, katılımcıların hedonik yeme alışkanlıklarına sahip olduğunu ortaya koymaktadır. Katılımcılar, hayatlarında yemek kadar haz veren başka bir şey olmadığını ve yemek yediklerinde dünyanın tamamen kendilerine ait olduğunu ifade etmişlerdir. Bu durumu açık bir şekilde vurgulayan bir katılımcının, “aslında biz yersek mutlu olabilen cinsteniz” ifadesi, hedonik yeme davranışının önemini gözler önüne sermektedir. Metabolik ihtiyaçlardan ziyade haz arayışıyla yönlendirilen hedonik yeme, obezite ile ilişkilendirilmiştir (Ziauddeen ve ark., 2015). Bununla birlikte, Mela’nın (2006) çalışması, obezitenin her zaman insanların yemeklerden daha fazla keyif almasıyla bağlantılı olmadığını öne sürmektedir. Aksine, obezite genellikle yemek yeme arzusunun artması, yani yemek isteme motivasyonunun yükselmesi ile ilişkilendirilmektedir. Başka bir deyişle, obezite, yemeği daha çok sevmekten ziyade, yemek yemeye karşı kontrol edilemeyen güçlü bir istek olarak tanımlanabilir. Bu bulgular, obezite tedavisinde yeme bozuklukları ve psikiyatrik faktörlerin ele alınmasının önemini vurgulamaktadır (Furtado ve ark., 2023; Yanovski, 2003).

Katılımcılar, mezuniyet, evlilik ve hamilelik gibi geçiş dönemlerinin yanı sıra negatif yaşam olaylarının stres ve duygusal yeme alışkanlıklarını tetiklediğini ifade etmişlerdir. Özellikle “boşuna bu kilolar olmadı” gibi ifadeler, eşin aldatması veya ayrılık gibi negatif yaşam olaylarının kilo alımındaki psikolojik etkilerini yansıtmaktadır. Katılımcılar, hayatlarında yaşadıkları bu tür deneyimlerin stres ve duygusal yeme alışkanlıklarını tetiklediğini ifade etmişlerdir. Mezuniyet, evlilik ve hamilelik gibi geçiş dönemlerinde kilo alımının arttığını belirten katılımcılar, literatürdeki bulgularla uyumlu bir şekilde bu durumun geçiş dönemlerinin bireylerin vücut ağırlığında önemli değişikliklere yol açabileceğini ortaya koymuştur. Lise döneminden üniversiteye geçiş sırasında, öğrencilerin özellikle kilo alımı ve vücut yağ yüzdesinde artışlar yaşadıkları belirtilmiştir (Edmonds ve ark., 2008; Deforche ve ark., 2015). Bu geçiş dönemi, öğrencilerin fiziksel aktivitede azalma ve beslenme alışkanlıklarında değişiklikler yaşadığı bir dönemde gerçekleşmektedir (Deforche ve ark., 2015). Katılımcılar, üniversiteye geçiş sırasında yaşadıkları stres ve alışkanlık değişikliklerinin kilo alımını

tetiklediğini ifade etmişlerdir. Ayrıca, evlilik gibi geçiş dönemlerinin vücut ağırlığını etkileyebileceği; evliliğe geçişlerin genellikle kilo alımıyla, boşanma gibi geçişlerin ise kilo kaybıyla ilişkilendirildiği literatürde yer almaktadır (Dinour ve ark., 2012).

Bununla birlikte, beslenme alışkanlıkları, obezite sürecinde psikolojik faktörlerle doğrudan ilişkilidir. Katılımcılar, özellikle asitli içecekler, ekmek, fast food (katılımcıların “fast food olsun, taştan olsun” ifadesiyle vurguladıkları gibi), hamur işleri ve karbonhidrat ağırlıklı yiyecekleri tercih ettiklerini belirtmişlerdir. Bu yiyeceklerin, özellikle ekmek tüketilmediğinde tokluk hissinin oluşmaması nedeniyle tercih edildikleri ifade edilmiştir. Katılımcılar, bu durumu “makarnayı ekmekle yiyen insanlarız” şeklinde örneklendirerek, karbonhidratların psikolojik bir doyum sağladığını vurgulamışlardır. Yemek yediklerinde ise mutluluk hormonlarının salgılandığını, bu nedenle yemek yemekten keyif aldıklarını belirtmişlerdir. Literatürde de risk faktörleri arasında, yağlı yiyecekleri sevmek, tatlıları sevmek, fast foodu sevmek, gazlı içecekleri sevmek, kahvaltıyı atlamak ve yatmadan önce atıştırma gibi alışkanlıkların kilo alımını artırdığı ifade edilmiştir (Nguyen ve ark., 2021). Özellikle sağlıklı beslendiğini belirten kişilerin kilo aldıklarını bildirme olasılığı, sağlıklı beslenenlere göre 4,5 kat daha fazlayken, gün boyunca kaygı yaşadığını belirten kişilerin kilo alma olasılığı ise 2,45 kat daha fazla bulunmuştur (ALMughamis ve ark., 2020). Bu bulgular, obezite tedavisinde psikolojik faktörlerin ve sağlıklı beslenme alışkanlıklarının dikkate alınması gerektiğini bir kez daha vurgulamaktadır.

Katılımcılar, sağlıklı atıştırmalıkların obezite üzerindeki etkisini hem nicel hem de nitel bulgularla vurgulamışlardır. Nicel bulgular, sağlıklı atıştırmalıkların kilo kontrolünü zorlaştırdığını göstermektedir. Nitel bulgular ise, bu alışkanlıkların çocukluk döneminden itibaren şekillendiğini ve ailede nesilden nesile aktarılan bir miras halini aldığını ortaya koymaktadır. Bu alışkanlık, ailenin kültürel yapısının ve çocukluk döneminden itibaren şekillenen beslenme alışkanlıklarının etkisiyle açıklanabilir (Nguyen ve ark., 2021). Katılımcılar, özellikle akşam yemeğinden sonra veya televizyon izlerken, kuru yemiş, çekirdek, cips ve çikolata gibi ses çıkaran atıştırmalıkları tükettiklerini belirtmişlerdir. Literatür, aşırı atıştırmalık tüketiminin kilo alma olasılığını, bu alışkanlığı yapmayanlara göre 3,27 kat

artırdığını ortaya koymaktadır (ALMughamis ve ark., 2020). Bu bağlamda, sağlıksız atıştırmalıkların kilo kontrolünü zorlaştırdığı ve obeziteyi pekiştirdiği vurgulanmaktadır (Nguyen ve ark., 2021; Ishida ve ark., 2020).

Katılımcılar, çocukluk döneminde karbonhidrat ağırlıklı beslenme alışkanlıklarının aile kültürünün bir parçası olduğunu ve bu doğru bilinen yanlış alışkanlıkların yetişkinlikte de devam ettiğini ifade etmiştir. Nitel bulgular, toplumun sağlıklı beslenme kültüründen ziyade genellikle “karın doyurmak” odaklı bir yaklaşım benimsediğini ortaya koymuştur. Bu yaklaşım, makarna ve ekmek gibi karbonhidrat ağırlıklı gıdaların sıkça tüketilmesiyle kendini göstermektedir. Söz konusu ürünlerin daha uygun maliyetli olması, ekonomik boyutun bu alışkanlıklar üzerindeki etkisini öne çıkarmaktadır. Bir katılımcının “güçleri buna yetiyordu” şeklindeki ifadesi, beslenme alışkanlıklarının ailelerin ekonomik durumuyla doğrudan bağlantılı olduğunu vurgulamaktadır.

Yapılan araştırmalar, gelişmiş ülkelerde obezite ile yoksulluk arasında bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur (Żukiewicz-Sobczak ve ark., 2014; Salmasi ve Celidoni, 2017; Bennett ve ark., 2011). Bu araştırmalar, yoksulluğun hem erkeklerde hem de kadınlarda obezite ve yüksek BKİ riskini artırdığını göstermiştir. Ayrıca, yoksul bireylerin, yoksul olmayan bireylere kıyasla obez olma olasılığının %10-20 daha fazla olduğu belirtilmiştir (Salmasi ve Celidoni, 2017). Bu durum, işsizlik, düşük eğitim düzeyleri, kırsal bölgede yaşama ve maddi sıkıntılar gibi sosyal ve ekonomik sorunlarla yakından bağlantılıdır. Sosyal ve ekonomik sorunlar, bireylerin düzenli ve sağlıklı öğünler tüketmesini zorlaştırmakta ve yeterli fiziksel aktivite yapmalarını engellemektedir. Örneğin, düşük gelir düzeyine sahip bireyler genellikle daha ucuz ve besin değeri düşük gıdalara yönelmektedir. Ayrıca, bu bireyler fiziksel aktivite için gereken zaman veya imkânlara sahip olmayabilirler (Żukiewicz-Sobczak ve ark., 2014). Bunun yanı sıra, gelir düzeyi düşük kesimin yaşadığı bölgelerde fiziksel aktivite alanlarına erişimin de sınırlı olduğu gözlemlenmiştir.

Bu bağlamda, spor alanları ve fitness salonları gibi fiziksel aktiviteyi teşvik edici alanların, orta ve üst gelir gruplarının yoğun olarak yaşadığı bölgelerde daha fazla bulunduğu; buna karşın, düşük gelirli bölgelerde bu tür imkânların oldukça az

olduğu belirtilmiştir (Sallis ve Glanz, 2006). Dolayısıyla, obezite, sadece bireysel bir tercih değil, aynı zamanda ekonomik koşulların ve kaynak yetersizliğinin bir sonucu olarak değerlendirilmelidir. Bu bağlamda, toplumun tüm kesiminin kolayca erişebileceği ve fiziksel aktiviteyi teşvik eden uygulamaların artırılmasına yönelik çalışmalar yürütülmelidir. Bu tür uygulamalar, bireylerin ekonomik koşullarından bağımsız olarak sağlıklı bir yaşam sürdürebilmelerini desteklemek ve obeziteyle mücadelede fırsat eşitliği yaratmak açısından önemlidir.

Çocukluk dönemi yeme davranışları ve ebeveynlerin beslenme alışkanlıkları, obezite oranları üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Literatürde, ebeveynlerin çocuklarının yeme alışkanlıkları üzerindeki etkisi vurgulanmaktadır. Demir ve Bektaş (2017), ebeveynlerin “teşvik etme/ cesaretlendirme” ve “yeme üzerinde kontrol” gibi davranışlarının, çocuklarda obezite riskini artırabileceğini belirtmektedir. Özellikle annelerinin “tabağı bitir” ve “son kırıntısına kadar ye” gibi söylemleriyle büyüdüklerini belirten katılımcılar, yeme üzerinde kontrolün obezite üzerindeki etkisini vurgulamışlardır. Ayrıca, Kime (2009) “yeme düzeni” kavramını ele almış ve obez çocukları olan ailelerin, genellikle daha az yapılandırılmış yeme düzenlerine sahip olduğunu ifade etmektedir. Bu bulgular, çocukluk çağı yeme davranışlarının ve ebeveyn beslenme stillerinin, özellikle çocuklarda obezite oranlarını önemli ölçüde etkilediğini ve bu sürecin yetişkinlikte de devam ettiğini göstermektedir. Bu noktada, “gıda ve beslenme okuryazarlığı” önemli bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Yeterli ve dengeli beslenme, besin seçimi, besin hazırlama ve pişirme becerileri gibi birçok konuda doğru politikaların sürdürülebilmesi için gıda ve beslenme okuryazarlığı düzeyinin geliştirilmesi ve bunun toplumun tüm kesimine yayılması önem taşımaktadır (Duman ve Keser, 2022).

Yemek yeme eylemi, insanın dünyaya gözlerini açtığı andan itibaren anne sütü aracılığıyla tanıdığı ve biyolojik ihtiyacını karşıladığı yaşamsal bir zorunluluktan, büyük bir kültür biçimine dönüşerek genişlemiştir. Coğrafya, din, mezhep, toplumsal güç, ekonomik uğraş gibi faktörler, yemek yemenin kültürel bir faaliyet haline gelmesinde belirleyici olmuştur. Bu doğrultuda, “nelerin yenilip nelerin yenilemeyeceği ve nasıl yenileceği de” kültür kapsamına girmiştir (Alpyıldız,

2020). Yine benzer şekilde, bazı kültürlerde yemek yememe veya tabağını bitirmeme davranışı, kişisel bir başarısızlık ve zayıflık göstergesi olarak görülmektedir. Türk toplumunda da obezite üzerine üretilen ve toplum tarafından meşrulaştırılan kültürel söylemler bulunmaktadır. Örneğin; “can boğazdan gelir”, “yemeğin salçalısı, kadının kalçalısı”, “sen iki canlısın yemelisin”, “tabağını bitir, yoksa arkandan ağlar” gibi söylemler, yeme davranışlarının kültürel yansımasıdır. Diğer taraftan, “az ye, uzun ye”, “az yiyen her gün yer, çok yiyen bir gün yer” gibi söylemlerle çok yemek yemenin zararlarından da bahsedilerek, yeme içmenin kararında yapılması gerektiği öğütlenmiştir (Karakeçili ve Çetinsöz, 2018). Yine Türk kültüründe kadının güzelliği vurgulanırken de sıklıkla yemekle ilgili benzetmelerin kullanıldığı görülmektedir. Örneğin, “piliç gibi” ifadesi kadının gençliğini ve zarifliğini; “fıstık gibi” ifadesi ise tazelik ve çekiciliği betimlemektedir (Alpyıldız, 2020). Bu benzetmeler, kadının estetik değerlerinin ve toplumsal cinsiyet rollerinin yemek kültürüyle nasıl iç içe geçtiğini ve güzellik anlayışının bu kültürle nasıl şekillendiğini ortaya koymaktadır. Bu bağlamda kültürel söylemler, yeme davranışlarımızı, yaşam biçimimizi ve obezite algısını nesilden nesile aktarır ve bu nedenle obezite sosyal bulaşıcı bir hastalık haline dönüşmüştür. Tüm bu nedenler dolayısıyla, obeziteyi anlamak için, bireylerin yaşamlarında kültürel değerlerin, normların, davranışların, inanç ve tutumların rolüne dikkat edilmelidir (Melius, 2013).

Bunun yanı sıra iş yerlerinde karşılaşılan sorunlar, nükse neden olan sosyal faktörleri derinlemesine anlamamıza yardımcı olmaktadır. Özellikle vardiya sisteminin geç saatlerde ve düzensiz beslenmeye neden olması, ayrıca alışveriş merkezlerinde fast food odaklı menülerin yanı sıra “double” ve “mega boy” gibi büyük porsiyon seçeneklerinin bulunması gibi obezojenik çevre koşulları sağlıklı seçimler yapmayı zorlaştırmaktadır. Bu bulgular literatürle de paralellik göstermektedir. Obeziteyi teşvik eden çevresel faktörler, hareketsizliği artıran ve fiziksel aktivitenin azalmasına yol açacak şekilde inşa edilmiş çevreyi, besin içeriği düşük ancak enerji yoğunluğu yüksek gıdaların artan tüketimini ve yüksek kalorili gıdaların sürekli tanıtılmasını içermektedir. Ayrıca, kentsel tasarım, gıda ortamları ve ulaşım sistemleri gibi unsurlar da bu faktörlere dâhil edilmektedir. (Lake ve Townshend, 2006; Karaçil ve Şanlıer, 2014; Nicolaidis, 2019). Tüm bu

faktörler, obezite prevalansının artmasında önemli bir etken olarak görülmektedir. Örneğin, Astrup ve arkadaşları (2008), fast food zincirlerinin büyük porsiyonlar, yüksek kalorili ve şekerli içecekler gibi yiyecek ve içeceklerle desteklenen menülerinin yaygınlaşmasının obezite oranlarını artırdığını belirtmiştir. Başka bir örnek olarak ulaşımın etkisini ele alalım. Okula arabayla gidip gelen çocuklar arasında en yüksek obezite oranları gözlemlenmiştir (Pulat Demir ve Karşıdağ, 2022). Bu çevresel faktörler, aynı zamanda vücudun biyolojik süreçleriyle de bağlantılıdır. Örneğin, yüksek şekerli ve yağlı gıdaların tüketimi, insülin direncini artırarak obezite riskini yükseltebilir. Ayrıca, çevresel faktörler, iştahın artmasına neden olarak serotonin düzeylerini etkileyebilir ve bu da aşırı yeme eğilimini artırabilir (Nicolaidis, 2019). Bu etkileşimleri anlamak, obeziteyi önlemek için daha etkili stratejiler geliştirilmesi açısından önemlidir (Lake ve Townshend, 2006). Bu bağlamda, multidisipliner bir yaklaşım gerekmektedir. Obeziteyi önlemek için beslenme ve diyetetik, çevre bilimleri, tıp bilimleri, şehir planlama ve fiziksel aktivite gibi farklı alanlardan uzmanlıkların bir araya getirilmesi önemlidir.

Pandemi dönemi, fiziksel aktivite ve beslenme alışkanlıklarında önemli değişikliklere yol açarak bireylerin kilo alımını etkileyen diğer bir faktör olmuştur. Hem nicel hem de nitel bulgular, pandemi sürecinin kilo alımını tetikleyen temel etkenlerden biri olduğunu göstermektedir. Sokağa çıkma kısıtlamalarının uygulanması, evde geçirilen sürenin artması ve döneme özgü belirsizlik, bireylerin kilo almasına neden olan önemli faktörler arasında yer almıştır. Pandeminin kilo üzerindeki etkisi, yapılan araştırmalarla da doğrulanmaktadır. COVID-19 salgını süresince yapılan çalışmalarda, katılımcıların %48-72,4'ünün kilo aldığı, %18-32'sinin ise kilo verdiği tespit edilmiştir (Khubchandani ve ark., 2022; Khan ve ark., 2022). Pandemi öncesinde fazla kilolu veya obez bireyler, bu dönemde kilo alma açısından daha yüksek risk taşımıştır (Khubchandani ve ark., 2022). Bunun yanı sıra, fiziksel aktivitedeki azalma, sağlıklı beslenme alışkanlıkları ve değişen uyku düzenlerinin de kilo alımına önemli ölçüde katkıda bulunduğu belirtilmiştir (Khan ve ark., 2022). Özellikle bu dönemde sosyal medyada popülerleşen yemek trendleri, ekmek ve lahmacun yapma gibi karbonhidrat ağırlıklı tariflerin yaygınlaşmasına yol açmış, bu durum bireylerin kilo almasına neden olan başka bir etken olarak öne çıkmıştır. Bununla birlikte,

pandemi sürecinde artan belirsizlik, kaygı ve depresyon düzeyleri de kilo alımıyla doğrudan ilişkili bulunmuştur (Khubchandani ve ark., 2022; Salituro ve ark., 2022). Bu bulgular, pandemi gibi kriz dönemlerinde obeziteyi tetikleyen faktörlerin daha belirgin hale geldiğini göstermektedir.

Öte yandan, pandeminin kilo üzerindeki etkisi bireyler arasında farklılık göstermiştir. Bazı bireyler, evde sağlıklı yemek pişirme alışkanlıkları ve artan fiziksel aktivite sayesinde kilo kaybı yaşamış (Khan ve ark., 2022; Kuk ve ark., 2021), bazıları ise sağlıksız alışkanlıklar nedeniyle kilo almıştır. Bu durum, pandemi gibi stresli dönemlerde bireylerin süreçlere verdiği tepkilerin ve kullandıkları başa çıkma stratejilerinin, kilo yönetimi üzerindeki etkisinin oldukça karmaşık olduğunu ortaya koymaktadır.

Sonuç olarak, nüks süreçleri yalnızca fiziksel değil, aynı zamanda psikolojik ve sosyal faktörlerin etkileşimiyle şekillenmektedir. Nicel ve nitel bulguların bir arada değerlendirilmesi, bireylerin kilo kontrolüne dair çok boyutlu bir bakış açısı sunmaktadır. Obezite tedavisinde kalıcı sonuçlar elde edilebilmesi için bu faktörlerin birbirleriyle etkileşim içinde ele alınması ve bireyin yaşam koşullarına uygun stratejiler geliştirilmesi gerekmektedir.

SONUÇ

Bu başlık altında, araştırmanın sonuçlarına yer verilmiş ve bu sonuçlar doğrultusunda, sosyal hizmet disiplinine ve alanda yapılacak uygulamalara, gelecek araştırmacılara ve politikalara yönelik çeşitli öneriler geliştirilmiştir.

SONUÇLAR

Bu araştırma, obez bireylerin karşılaştığı fiziksel, psikolojik ve sosyal sorunları kapsamlı bir şekilde inceleyerek önemli sonuçlara ulaşmıştır. Hem nitel hem de nicel araştırma sonuçları, obez bireylerin çeşitli fiziksel sorunlarla karşılaştığını ortaya koymaktadır. Katılımcıların büyük bir kısmı, kronik hastalıklarla mücadele ettiklerini ve bu hastalıkların kilo alımına yol açtığını belirtmiştir. Fiziksel sorunlar, özellikle hareket kısıtlılığı, aşırı terleme, nefes darlığı, sürekli yorgunluk hissi ve öz bakım becerilerindeki yetersizlik gibi durumları kapsamaktadır. Bu sorunlar arasında sürekli yorgunluk hissi de, katılımcıların günlük yaşamlarını olumsuz etkileyerek, ailelerine veya çocuklarına yeterli zamanı ayıramamalarına yol açmaktadır. Ayrıca, merdiven inip çıkma, ayakkabı bağlama, paytak paytak yürüme gibi sorunlar da sıkça dile getirilmiştir.

Bu sorunların yanı sıra, obez bireyler, bedenlerine uygun olmayan, genellikle geniş ve koyu renkli kıyafetler tercih etmek zorunda kalmaktadırlar. Bu durum, özellikle özel günlerde kıyafet seçimi konusunda yaşanan sorunlarla birleşerek, katılımcıların özgüven kaybı ve mutsuzluk hissetmelerine yol açmaktadır. Kıyafet bulma güçlüğü, bir fiziksel sorun olmanın ötesine geçip, bireylerin psikolojik durumları da etkileyerek kendilerini değersiz hissetmelerine neden olmaktadır.

Bu noktada, obez bireylerin yaşadığı fiziksel sorunların psikolojik sorunlarla karşılıklı olarak birbirini besleyen bir döngü oluşturduğunu söylemek mümkündür. Araştırma sonuçlarına göre, katılımcıların bir kısmı psikiyatrik bozukluklara sahip olduklarını ve bu durumun kilo alımına katkıda bulunduğunu ortaya çıkarmıştır. Ayrıca, düşük öz yeterlilik seviyeleri, başlama ve sürdürme becerilerindeki sorunlar, yüksek kaygı seviyeleri, bu bireylerin karşılaştığı psikolojik sorunları daha da karmaşık hale getirmektedir. Bu bireylerin başa çıkma stratejilerinde,

daha çok davranışsal uzaklaşma ve kendini suçlama gibi işlevsel olmayan yöntemlere başvurdukları görülmüştür.

Bu araştırma, katılımcıların depresyon belirtilerine sıkça değindiklerini ortaya koymuştur. Katılımcılar, kiloları nedeniyle kendilerini izole ettiklerini, sık sık ağladıklarını ve hareketsiz kaldıklarını ifade etmişlerdir. Bu durum, mutsuzluk, özgüven kaybı, kendini eve kapama, hareketsizlik, aşırı yeme ve kilo alımı gibi bir kısır döngüye yol açmıştır. Ayrıca, katılımcılar, kiloları nedeniyle özgüven kaybı yaşadıklarını ve bu durumu, kilolarının “bedenlerini ele geçirmesi” olarak tanımlamışlardır.

Sosyal olarak yaşanan sorunlar düzeyinde de obez bireyler toplumda önyargı ve ayrımcılığa maruz kaldıkları durumları sıkça bildirmişlerdir. Obez bireylerin toplumda genellikle önyargı ve ayrımcılığa maruz kaldığını ve bu durum yaşamlarının çeşitli alanlarında olumsuz etkiler yaratmaktadır. Katılımcılar, özellikle tanımadıkları insanlar, akrabalar ve ebeveynlerinden gelen olumsuz bakış açıları ve ayrımcı tutumlarla karşılaştıklarını ifade etmişlerdir. Bu olumsuz deneyimler, bireylerin öz yeterlilik düzeylerini olumsuz etkilemiş ve başa çıkma stratejileri arasında daha çok davranışsal uzaklaşma ve kendini suçlama gibi olumsuz yöntemlerin benimsenmesine yol açmıştır. Ayrıca, ayrımcılığa maruz kalan bireylerin daha yüksek kaygı seviyeleri ve duygusal istismar gibi olumsuz deneyimlere daha fazla maruz kaldığı tespit edilmiştir. Bu durum, sosyal çevredeki önyargıların yalnızca bireylerin psikolojik durumlarını etkilemekle kalmayıp, aynı zamanda sosyal ilişkilerde de ciddi sorunlara yol açtığını göstermektedir.

Obez bireylerin maruz kaldıkları bu önyargılar, aile içi ilişkilerden, okul hayatına ve iş yaşamına kadar geniş bir yelpazede etkisini göstermektedir. Aile içindeki eleştiriler, eşlerden ve romantik ilişkideki partnerlerden gelen olumsuz söylemler, katılımcıların kendilerini değersiz hissetmelerine yol açmıştır. Okul ortamında, akranlar tarafından “şişko” ve “ayı” gibi olumsuz lakaplarla etiketlenen bireyler, iş hayatında da “tembel” ve “yavaş” gibi önyargılar ile karşılaşmıştır. Bu önyargılar, sadece obez bireylerin kendilerini “iradesizim”, “başarısızım” ve “değersizim” gibi etkilemekle kalmamış, aynı zamanda iş yerindeki pozisyonları ve maaşları

üzerinde de olumsuz etkiler yaratmıştır. Ayrıca bu araştırmanın en önemli sonuçlarından biri, kilolu bireylerin diğer obez bireylere karşı önyargılı tutumlar geliştirdikleridir.

Araştırma, obez bireylerin karşılaştıkları sorunlarla başa çıkmak için geliştirdikleri stratejiler, hem benzer hem de farklı yöntemlerin bir arada kullanıldığını ortaya koymuştur. Katılımcılar, problem odaklı başa çıkma stratejileri arasında planlama, kabul etme, aktif başa çıkma, duyguları açığa vurma ve olumlu yeniden yorumlama gibi yöntemleri ön planda tutmuşlardır. Ayrıca, katılımcıların sıklıkla tercih ettiği problem odaklı başa çıkma stratejileri arasında sağlıklı beslenme ve masadan doymadan kalkma gibi kendilerine özgü yöntemler de bulunmaktadır. Bunun yanı sıra, inkâr, kıyafetle kamufle etme, sosyal medyada var olma ve yerine koyma (sigara içme) gibi duygu odaklı başa çıkma stratejileri de sıkça benimsenen yöntemler arasında yer almıştır. Katılımcılar, yemekten sonra pişmanlık yaşadıklarını ve kendilerini eleştirdiklerini belirtmişlerdir. Ancak bu duyguların geçici olduğu ve yemekle karşılaştıklarında hızla ortadan kalktığı da tespit edilmiştir.

Sosyal destek ağlarının da başa çıkma sürecinde büyük bir rol oynadığı gözlemlenmiştir. Katılımcılar, ailelerinden ve yakın çevrelerinden aldıkları destekle birlikte, benzer deneyimler yaşayan bireylerle inşa ettikleri ilişkilerin kendilerine duygusal destek sağladığını ifade etmişlerdir. Bu destek mekanizmaları, yalnızlık hissini azaltmanın yanı sıra, kilo verme sürecinde başa çıkma stratejilerini güçlendirmektedir. Ayrıca, benzer deneyimlere sahip bireylerden oluşan sosyal çevrelerin, kilo verme sürecinde birbirlerine olan motivasyonlarını artırdığı tespit edilmiştir.

Sonuç olarak, bu araştırma, obez bireylerin karşılaştıkları sorunlarla başa çıkarken geliştirdikleri stratejilerin fiziksel, psikolojik ve sosyal faktörlere göre çeşitlendiğini ortaya koymaktadır. Obeziteyle mücadelede yalnızca fiziksel desteğin değil, aynı zamanda psikolojik ve sosyal desteklerin de dikkate alınması gerektiği vurgulanmaktadır.

Obez bireylerin öz yeterlilik düzeylerinin, kilo verme sürecine başlama ve sürecin sürdürülebilirliği üzerinde önemli bir etkisi olduğu gözlemlenmiştir. Özellikle katılımcıların en yüksek öz yeterlilik puanını “başlama” alt boyutunda aldıkları görülmektedir. Ancak, “sürdürme çabası-ısrar” alt boyutunda alınan düşük puanlar, kilo verme çabalarının kısa vadede başarılı olsa da uzun vadede sürdürülemediğini göstermektedir. Katılımcılar, kilo verme sürecinde motivasyon eksikliği yaşadıklarını ve sürdürülebilir alışkanlıklar geliştirmekte sorun çektiklerini ifade etmişlerdir. Katılımcılar, kilo verme sürecinin sürdürülebilirliğini sağlamakta sorun çektiklerini, özellikle “pazartesi başlayıp, çarşamba günü bitiyorum” gibi ifadelerle belirtmişlerdir.

Araştırmanın diğer sonuçları da, demografik değişkenlerin öz yeterlilik düzeyini etkileyen önemli bir rol oynadığını ortaya koymaktadır. Özellikle erkeklerin, kadınlara göre daha yüksek öz yeterlilik puanlarına sahip oldukları görülmüştür. Bu durum, kadınların kilo verme sürecinde daha fazla sosyal baskıya maruz kaldıklarını ve bu baskıların, aşırı yeme alışkanlıklarını tetikleyebileceğini göstermektedir.

Bu araştırma, katılımcıların kilo verme gerekliliğiyle yüzleşme süreçlerinin, motivasyon kaynaklarını şekillendiren temel bir faktör olduğunu ortaya koymaktadır. Katılımcılar, geçmişteki fiziksel hallerine duydukları özlem, sağlık sorunları, sosyal çevrelerinden gelen kilo ver söylemleri ve yaşlılıkta karşılaştıkları bakım sorunları gibi deneyimlerle kilo verme sürecine yönelmişlerdir. Sağlık endişeleri, güzel görünme isteği, kıyafet seçimi özgürlüğü ve bedenlerine uygun kıyafet bulma gibi içsel ve dışsal motivasyonların yanı sıra, mutlu olma arzusu da önemli bir içsel motivasyon kaynağı olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu bulgular, kilo verme sürecinin yalnızca fiziksel değişimle değil, aynı zamanda psikolojik ve sosyal faktörlerin etkisiyle de şekillendiğini göstermektedir.

Araştırma, obezite tedavisi gören bireylerin tedavi sıklığı, tedavi yöntemleri ve bariyatrik cerrahiye ilişkin önemli bulgular da sunmuştur. Katılımcıların büyük bir kısmı, tedavi sürecinde birden fazla yöntem denediklerini ancak kiloyu koruma ve tekrar alma konusunda sürdürülebilirlik sorunları yaşadıklarını belirtmişlerdir.

Tedavi yöntemleri arasında diyet ve spor ön planda yer almakta, bazı katılımcılar profesyonel destek alırken, diğerleri ise sosyal çevresinden veya popüler diyet programlarından destek almıştır. Diyet ve egzersiz gibi geleneksel tedavilerin yanı sıra psikolojik destek, akupunktur gibi alternatif tedaviler ve gerektiğinde cerrahi müdahalelerin bir arada uygulandığı görülmektedir. Ayrıca, bariyatrik cerrahi, bir seçenek olarak son çare olarak değerlendirilmiş ve başarıya ulaşabilmesi için bireylerin yaşam tarzlarında kalıcı değişiklikler yapmaları gerektiği vurgulanmıştır. Toplumda bariyatrik cerrahiye karşı olumsuz bir bakış açısı bulunsada, katılımcılar bu yöntemi teknolojinin bir gelişmesi olarak kabul etmektedir. Sonuç olarak, obezite tedavisinde geleneksel yöntemlerin yanı sıra psikolojik yaklaşımların da önemli bir rol oynadığı, multidisipliner bir tedavi sürecinin bu aşamada başarının anahtarı olduğu vurgulanmıştır.

Araştırma sonuçları, obez bireylerin kilo verme süreçlerinde kısa süreli olumlu gelişmeler kaydettiklerini göstermektedir. Katılımcılar, kilo verdikçe fiziksel sağlıklarında iyileşmeler yaşadıklarını ve günlük yaşamlarındaki sorunların azaldığını belirtmişlerdir. Özellikle, yürüyüş yapabilme, ayakkabı bağcıklarını rahatça bağlama ve merdivenleri kolayca çıkabilme gibi somut iyileşmeler, kilo kaybının somut faydaları arasında öne çıkmıştır. Ayrıca, kıyafet seçimindeki özgürlük ve daha fazla seçenek bulma gibi giyimle ilgili olumlu değişiklikler, katılımcıların motivasyonunu artırmıştır. Fiziksel değişimlerin yanı sıra, katılımcılar psikolojik anlamda da olumlu gelişmeler hissettiklerini, özgüvenlerinin arttığını ve genel olarak hayata bakış açılarını değiştirdiklerini ifade etmişlerdir.

Ancak, tedavi sonrası sürekliliğin sağlanamaması, katılımcıların kaybettikleri kiloları tekrar almalarına veya daha fazlasını almalarına yol açmıştır. Birçok katılımcı, kilo kaybının ardından kısa bir süre içinde tekrar kilo aldıklarını belirtmiş ve bu durumu sıkça yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Bu araştırmanın sonuçları, nüks sürecinde birçok faktörün rol oynadığını ve bu faktörlerin birbirleriyle etkileşim içinde olduğunu ortaya koymaktadır. Obez bireylerin tekrar kilo almasında fiziksel, psikolojik ve çevresel faktörlerin önemli bir rol oynadığını ve bu faktörlere yönelik bütüncül bir yaklaşımın gerekliliğini vurgulanmıştır.

Fiziksel faktörler arasında, ailede obezite öyküsü ve yaş kilo alımının önemli belirleyicilerindendir. Katılımcıların büyük bir kısmı, ailede obezite öyküsünün kilo alımında etkili olduğuna inanmaktadır. Ayrıca, çocukluk döneminden itibaren obezite ile karşılaşan bireylerin, bu durumu hayatlarında kalıcı bir sorun olarak kabul ettikleri ve tedavi süreçlerinde bu kronikleşmiş durumun etkilerini hissettikleri gözlemlenmiştir.

Psikolojik faktörler, kilo kaybı ve nüks sürecinin önemli unsurlarından birini oluşturmaktadır. Stres, duygusal yeme alışkanlıkları ve tükenmişlik, nüksün başlıca nedenleri arasında yer almaktadır. Katılımcılar, stresli dönemlerde aşırı yemek yeme eğiliminde olduklarını ve bu davranışın kilo alımına yol açtığını belirtmişlerdir. Duygusal yeme davranışı, bireylerin olumsuz duygularla başa çıkma mekanizması olarak devreye girmektedir. Bu süreçte, gece yeme alışkanlıkları, aşırı yeme gibi davranışlar kilo alımını pekiştiren önemli faktörler arasında sayılmaktadır. Ayrıca, kişilerin sağlıksız beslenme alışkanlıkları, yaşamlarının dönüm noktalarındaki (mezuniyet, evlilik, hamilelik gibi) geçiş süreçleri ve olumsuz yaşam olayları (ailevi problemler, iş kaybı gibi.) duygusal yeme davranışlarını tetiklemekte ve böylece kilo alımına neden olmaktadır. Bu faktörlerin birleşimi, bireylerin tedavi sonrası dönemde tekrar kilo almalarına yol açmaktadır.

Sosyal çevre ve obezogenik çevre koşulları, obezite ve nüks sürecinde belirleyici bir rol oynamaktadır. Obeziteyi besleyen çevresel koşullar, iş yerindeki sorunlar, fast food odaklı beslenme kültürü gibi etkenler, sağlıksız beslenme alışkanlıklarını pekiştirmektedir. Sosyal çevre, bireylerin beslenme ve yaşam tarzı alışkanlıklarını etkileyen önemli bir faktör iken, pandemi dönemi de önemli bir etkidir. Evde geçirilen sürenin artması, fiziksel aktivitenin azalması ve sağlıksız beslenme alışkanlıklarının yaygınlaşması, bireylerin kilo almasına neden olmuştur. Ayrıca, şehirleşme ve modern yaşamın getirdiği hareketsiz yaşam tarzı ve kolay erişilebilir yüksek kalorili gıdalar, obeziteyi artıran çevresel etkenler arasında yer almaktadır. Bütün bu faktörler, bireylerin kilo verme çabalarını sekteye uğratmakta ve nüks sürecini hızlandırmaktadır.

Bu araştırma, nüks sürecinin çok boyutlu yapısını ve bu sürecin yönetilmesinde bireysel, psikolojik, çevresel ve fiziksel faktörlerin etkileşiminin ne denli önemli olduğunu ortaya koymaktadır. Obezite tedavisinde sadece kilo kaybı değil, aynı zamanda uzun vadeli kilo kontrolü ve sürdürülebilir yaşam tarzı değişikliklerinin sağlanabilmesi için biyopsikososyal bir yaklaşım benimsenmesi gereklidir. Bu yaklaşım, biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörleri bir bütün olarak ele alarak, kalıcı ve kapsamlı tedavi çözümleri geliştirilmesini sağlayacaktır. Ayrıca, bireylerin sağlıklı beslenme alışkanlıkları ve fiziksel aktiviteleri yaşam biçimi haline getirmeleri, tedavi sürecinde başarıyı artıracaktır.

ÖNERİLER

Bu araştırmanın temel amacı, obez bireylerdeki nüks süreçlerini keşfetmek ve bu süreçlerin görünür hale getirilmesinin, sonraki nükslerin önlenmesi açısından önemini vurgulamaktır. Obezite, yalnızca bireylerin sağlıklarıyla ilgili bir sorun olmanın yanı sıra psikolojik ve sosyal açıdan da ciddi etkiler yaratmaktadır. Obeziteyi önlemek ve tedavi etmek, yalnızca sağlık sektörünü ilgilendiren bir problem olmamalı; toplumsal bir farkındalık yaratılmalıdır. Bu bağlamda, obezitenin daha görünür hale getirilmesi ve obez bireylerin yaşadıkları deneyimlerin toplumda daha fazla fark edilmesi sağlanması, temel bir öneri olarak sunulmaktadır. Ayrıca, obez bireylerin toplumsal yaşamda daha fazla görünür kılınması, sağlık, istihdam, eğitim ve toplumsal hizmetlere erişimlerin iyileştirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır. Bu doğrultuda, sosyal hizmet disiplinine ve alanındaki uygulamalara, gelecekteki araştırmalara ve politikalara yönelik öneriler aşağıda sunulmuştur.

Sosyal Hizmet Disiplinine ve Alandaki Uygulamalara Yönelik Öneriler

Obeziteyle mücadele, genellikle endokrinologlar, diyetisyenler, fizyoterapistler, psikiyatristler, psikologlar ve gerektiğinde cerrahlar gibi farklı uzmanlık alanlarından oluşan bir ekip tarafından yönetilmektedir. Ancak, sosyal hizmet uzmanlarının bu alanda daha etkin bir rol oynamadığı gözlemlenmektedir. Obez bireyler, dezavantajlı gruplar arasında yer almakta ve sosyal hizmet alanının doğrudan ilgilenmesi gereken bir grubu oluşturmaktadır. Obezite, yalnızca bir

sağlık sorunu değil, aynı zamanda psikolojik sorunlar, önyargılar ve ayrımcılık gibi sosyal zorlukları da beraberinde getirmektedir. Bu bağlamda, sosyal hizmet uzmanlarının bireylerin karşılaştığı bu çok boyutlu sorunlarla baş etmelerinde psikososyal destek sağlama, toplumsal farkındalık yaratma ve çevresel düzenlemelerle ihtiyaçlarına uygun çözümler geliştirme gibi önemli görevler üstlenmesi gerekmektedir.

Sosyal hizmet uzmanlarının obeziteyle mücadelede aktif rol üstlenebilmesi için hastaneler, toplum sağlığı merkezleri, Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı ve belediyeler gibi kurum ve kuruluşlarda istihdam edilmeleri büyük önem taşımaktadır. Obez bireylerin takibi, diğer meslek elemanları ile iş birliği içinde yürütülmeli ve bu süreç multidisipliner bir yaklaşımla ele alınmalıdır. Obezitenin kronik bir bakım sorunu olarak değerlendirilmesi, bireylerin yalnızca kilo kaybı hedefiyle sınırlı olmayan, uzun vadeli bir bakım ve destek planına ihtiyaç duyduğunu göstermektedir. Sosyal hizmet uzmanları bu süreçte eğitim programları düzenlemek, bireylerin sağlıktaki fırsat eşitliğini sağlamak ve desteklemek ve psikososyal destek sağlamak gibi görevler üstlenebilir.

Bireylerin kilo ve boy bilgilerini (BKİ hesaplamak amacıyla) sosyal inceleme raporlarına dâhil etmek, obeziteye bağlı kronik hastalıkların farkında olmak ve zamanında müdahalelerde bulunmak önemlidir. Ayrıca, bireylerin psikososyal durumlarını değerlendirerek onları tedavi sürecine yönlendirecek danışmanlık hizmetleri sunulmalıdır. Sosyal hizmet uzmanları danışmanlık müdahaleleri kapsamında, bu bireyler özellikle stres, depresyon ve yeme bozukluklarıyla baş etmeye ve mücadele etmeye yönelik destek vermektedir. Sağlıksız beslenme alışkanlıklarını değiştirmek ve kalıcı kilo kontrolü sağlamak için bireylerin baş etme stratejileri geliştirilmelidir. Özellikle sağlıklı beslenme alışkanlıklarının çocukluk çağından itibaren edinilmesi gerektiği ve obezitenin önlenmesi için koruyucu ve önleyici çalışmalara öncelik verilmesi gerektiği vurgulanmalıdır. Okul temelli müdahaleler kapsamında, okullarda sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivitenin önemini vurgulayacak eğitim programlarının ve oyun gruplarının müfredata eklenmesi, okul çevresinde sağlıklı gıda seçeneklerinin teşvik edilmesi gibi önlemler, bu sürecin önemli adımlarıdır. Eğitim programlarının yalnızca

ilkokul veya lise düzeyinde değil, sosyal hizmet eğitiminde de müfredata eklenmesi gerekmektedir. Ayrıca, okul çevresinde ve kantinlerde besin değeri yüksek gıdaların sunulması teşvik edilmelidir. Benzer şekilde, aileler de çocuklarının beslenme çantalarını hazırlarken aynı tür yiyecekleri tercih etmeleri konusunda yönlendirilmelidir.

Aile ortamındaki yeme kültürü ve alışkanlıklar, obezitenin önemli nedenlerinden biridir. Bu nedenle, sosyal hizmet uzmanlarının multidisipliner bir yaklaşımla çalışarak, ailelere sağlıklı beslenme stratejileri ve yiyecek hazırlama teknikleri konusunda eğitimler planlaması, organizasyonu ve bu süreçte ailelerin tedaviye aktif katılımını sağlaması gerekmektedir. Aile temelli müdahalelerin ve ailelerin bu sürece dâhil edilmesi, bireylerin sürdürülebilir kilo kontrolü sağlamalarında etkili olacaktır.

Obeziteyle mücadelede grup çalışmalarının da önemli bir yeri vardır. Kendine yardım grupları ve psiko-sosyal destek grupları, bireylerin yalnızca kilo verme sürecine odaklanmalarını sağlamakla kalmaz, aynı zamanda başa çıkma stratejileri geliştirmelerine ve sosyal bağlar kurarak destekleyici bir çevre edinmelerine yardımcı olur. Bu tür gruplar, sağlıklı yaşam alışkanlıklarını değiştirme ve sürdürülebilir sağlıklı davranışlar ve alışkanlıklar kazandırma amacını taşır. Gruplarda motivasyonel görüşme teknikleri kullanılmalı ve bireylerin güçlenmesine yönelik çalışmalar yürütülmelidir.

Sosyal hizmet uzmanları, makro düzeyde obezitenin bireysel bir sorun olmanın ötesinde, sosyal eşitsizliklerin ve çevresel faktörlerin bir yansıması olduğunu göz önünde bulundurarak toplumsal farkındalık yaratma, sağlıklı yiyeceklerle ulaşmada ve yiyecek eşitsizliğine yönelik politika geliştirme ve çevresel düzenlemelere katkıda bulunabilir. Örneğin, toplum düzeyinde obeziteyi önlemeye yönelik kamu kampanyaları düzenlenebilir, yüksek kalorili yiyeceklerin erişimini sınırlayan düzenlemeler savunulabilir ve sağlıklı yaşamı teşvik eden politikalar geliştirilebilir. Aynı zamanda, kültürel faktörlerin de dikkate alınması gerekmektedir. Bazı toplumlarda misafirperverliğin göstergesi ve kültürün bir parçası olarak sunulan yüksek kalorili yiyecekler gibi alışkanlıklar, sosyal hizmet uzmanlarının müdahalelerinde önemli bir boyut olarak ele alınmalıdır.

Sonuç olarak, obeziteyle mücadelede sosyal hizmet uzmanlarının aktif bir şekilde yer alması, bu sorunun bireysel, ailevi ve toplumsal düzeyde ele alınmalıdır. Sosyal hizmet uzmanları, bireyleri güçlendirme, ekolojik sistem yaklaşımı, biyo-psikososyal yaklaşım ve motivasyonel görüşme gibi yöntemleri kullanarak, obeziteyle mücadelede sürdürülebilir çözümler üretmek ve bireylerin yaşam kalitesini artırmak için bir rol üstlenebilir.

Politikalara Yönelik Öneriler

Obezite, sadece bireysel bir sağlık sorunu değil, aynı zamanda toplum sağlığını etkileyen bir halk sağlığı sorunudur. Obeziteyle mücadeleye yönelik politikalar, toplumun tüm kesimlerini kapsayacak şekilde, bütüncül bir yaklaşım benimsenerek ele alınmalıdır. Obeziteyi teşvik eden çevresel faktörler göz önünde bulundurularak, toplumda sağlıklı beslenmeye ve fiziksel aktiviteye teşvik edici politikalar geliştirilmelidir. Bu bağlamda, Oklahoma şehrinde “buşehirrejimebaşlıyor (thiscityisstartingadiet)” sloganıyla uygulanan projelere benzer şekilde, kültür ve altyapının obeziteyle mücadeleyi destekleyecek şekilde yeniden şekillendirilmesi büyük bir önem taşımaktadır. Bu tür politikalar, kültürel alışkanlıkların bu mücadeleyi destekleyecek şekilde dönüşmesine olanak tanıyacaktır. Ayrıca, yürüyüş yolları, bisiklet parkurları gibi altyapı yatırımları artırılarak fiziksel aktivite kolaylaştırılmalıdır. Böylece, bireylerin fiziksel aktivitelerini sürdürebilmeleri de sağlanmış olacaktır. Bunun yanı sıra, özellikle Türkiye gibi, yeme kültürünün derin köklere sahip olduğu, misafirperverliğin yemek ikramı ile özdeşleştiği ve yeme turizminin ön planda olduğu bir toplumda, yukarıda da bahsedildiği gibi obezite yalnızca bireysel bir sorun olarak görülmemelidir. Bu doğrultuda, fast food ve yüksek kalorili yiyeceklerin yaygın olduğu çevrelerde, sağlıklı gıdalara erişimin artırılmasına yönelik teşvik edici politikalar geliştirilmelidir.

Toplumda estetik ve güzellik anlayışının yalnızca kadın bedeni üzerinden standartlaşmasının önüne geçmek amacıyla, yazılı ve görsel basın aracılığıyla kamu spotları hazırlanmalıdır. Bu tür çalışmalar, obeziteyle mücadelede farkındalık yaratılmasına katkı sağlar ve toplumsal bilinçlenmeyi güçlendirir.

Tüm bu süreçlerin etkili olabilmesi için multidisipliner bir yaklaşım benimsenmesi gerekmektedir. Obeziteyle mücadelede sağlık, sosyal hizmet ve eğitim gibi farklı alanların bir arada çalışması, daha kalıcı sonuçlar elde edilmesini sağlayacaktır.

Gelecek Araştırmacılara Öneriler

Bu araştırma, sosyal hizmet alanındaki obeziteye yönelik sınırlı bilimsel çalışmalara önemli bir katkı sağlamış ve obezite ile nüks süreçlerini daha derinlemesine anlamak için temel bir adım olmuştur. Bu nedenle, öncelikli olarak bu alandaki araştırmaların artırılması bir gereklilik olarak öne çıkmaktadır.

Çocukluk çağı obezitesi, koruyucu ve önleyici çalışmalar için kritik bir öneme sahiptir. Bu nedenle, çocuklara yönelik araştırmalara odaklanılmalı ve hem nitel hem de nicel yöntemleri içeren kapsamlı araştırmalar yapılmalıdır. Bu araştırmalar, obezitenin nedenlerini, etkilerini ve koruyucu- önleyici stratejileri daha iyi anlamak için önemli bir bilimsel kaynak oluşturacaktır.

Ayrıca, özellikle bariyatrik cerrahi yöntemlere de odaklanılmalı ve bireylerin yeniden kilo alma nedenlerini incelemek amacıyla boylamsal araştırmalara ağırlık verilmelidir. Böylece, bariyatrik tedavi sonrası sürdürülebilir kilo kontrolü için daha etkili müdahale stratejileri geliştirilebilir. Bu tür araştırmalar, nüksün nedenlerini derinlemesine bilgi sağlayarak, gelecekteki politikalarının şekillendirilmesine de katkıda bulunacaktır.

KAYNAKÇA

- Alimoradi, M., Abdolahi, M., Aryan, L., Vazirijavid, R., & Ajami, M. (2016). Cognitive behavioral therapy for treatment of adult obesity. *International Journal of Medical Reviews*, 3(1), 371-379.
- Altunkaynak, B. Z., & Özbek, E. (2006). Obezite: Nedenleri ve tedavi seçenekleri. *Van Tıp Dergisi*, 13(4), 138-142.
- Alpyıldız, E. (2020). Psikoanalitik halkbilimi kuramı temelinde Türk yemek kültürünün çağrışım sınırsızlığı: "Oburluğun cinselliği". *Milli Folklor*, 16(125), 138-149.
- Akçay, S., & Adıgüzel, İ. B. (Eds.). (2024). *Araştırma yolculuğundan yansımalar: Sosyal hizmet araştırmalarında saha deneyimleri*. Ankara: Nobel Bilimsel Eserler.
- Almughamis, N., Alasfour, S., & Mehmood, S. (2020). Poor eating habits and predictors of weight gain during the COVID-19 quarantine measures in Kuwait: A cross-sectional study. *F1000Research*, 9, 914.
- Anderson, R. J., Freedland, K. E., Clouse, R. E., & Lustman, P. J. (2001). The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: A meta-analysis. *Diabetes Care*, 24(6), 1069-1078.
- Axsel, J., Myburgh, C., & Poggenpoel, M. (2016). Adolescent boys with obesity: The lived experiences. *Journal of Psychology in Africa*, 26(3), 276-280.
- Astrup, A., Hill, J. O., & Rössner, S. (2004). The cause of obesity: Are we barking up the wrong tree? *Obesity Reviews*, 5(3), 125-127.
- Astrup, A., Dyerberg, J., Selleck, M., & Stender, S. (2008). Nutrition transition and its relationship to the development of obesity and related chronic diseases. *Obesity Reviews*, 9, 48-52.
- Atik, D., & Örtten, T. (2008). İdeal beden imgesini oluşturan sosyal ve kurumsal faktörler ve bu idealin bireyler üzerindeki etkileri. *Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi*, 25(1).
- Babaoğlu, K., & Hatun, Ş. (2002). Çocukluk Çağında Obezite. *Kocaeli Ü.Tıp Fak. Der.*, 11(1), 8-10.

- Baki, A., & Gökçek, T. (2012). Karma yöntem araştırmalarına genel bir bakış. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 11(42), 1–21.
- Baulch, J., Chester, A., & Brennan, L. (2008). Treatment alternatives for overweight and obesity: The role of online interventions. *Behaviour Change*, 25(1), 1-14.
- Beder, J. (2013). *Hospital social work: The interface of medicine and caring*. Routledge.
- Benny, A. M., & Verma, M. K. (2022). The significant difference in self-concept and self-confidence among obese and non-obese young adults. *International Journal of Health Sciences*, 6(S1), 9009–9017.
- Bennett, K. J., Probst, J. C., & Pumkam, C. (2011). Obesity among working age adults: The role of county-level persistent poverty in rural disparities. *Health & Place*, 17(5), 1174–1181.
- Bentsa, T. M. (2023). The dietary treatment of obesity. *International Journal of Endocrinology (Ukraine)*, 19(5), 376-382.
- Bernstein, D. P., Ahluvalia, T., Pogge, D., & Handelsman, L. (1997). Validity of the Childhood Trauma Questionnaire in an adolescent psychiatric population. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(3), 340–348.
- Binsaeed, B., Aljohani, F. G., Alsobiai, F. F., Alraddadi, M., Alrehaili, A. A., Alnahdi, B. S., ... & Alrehaili, A. T. (2023). Barriers and motivators to weight loss in people with obesity. *Cureus*, 15(11).
- Bischoff, S. C., Boirie, Y., Cederholm, T., Chourdakis, M., Cuerda, C., Delzenne, N. M., ... & Barazzoni, R. (2017). Towards a multidisciplinary approach to understand and manage obesity and related diseases. *Clinical Nutrition*, 36(4), 917-938.
- Blasco, B. V., García-Jiménez, J., Bodoano, I., & Gutiérrez-Rojas, L. (2020). Obesity and depression: its prevalence and influence as a prognostic factor: A systematic review. *Psychiatry Investigation*, 17(8), 715.
- Blaž, M. K., & Švab, I. (2015). A multidisciplinary approach to treating obesity in a community health centre. *Slovenian Journal of Public Health*, 54(4), 252-258.

- Blum, K., Bailey, J., Gonzalez, A. M., Oscar-Berman, M., Liu, Y., Giordano, J., ... & Gold, M. (2011). Neuro-genetics of reward deficiency syndrome (RDS) as the root cause of “addiction transfer”: A new phenomenon common after bariatric surgery. *Journal of genetic syndrome & gene therapy*, 2012(1).
- Bolton, D., & Gillett, G. (2019). *The biopsychosocial model of health and disease: New philosophical and scientific developments*. Springer Nature.
- Bouchard, C. (2021). Genetics of obesity: What we have learned over decades of research. *Obesity*, 29(5), 802–820.
- Brahmbhatt, M. (2017). Social and physical determinants of obesity in adults. *Advances in Obesity, Weight Management & Control*, 6, 17-23.
- Braun, V., & Clarke, V. (2019). *Thematic Analysis: A Practical Guide for Researchers*. London: SAGE Publications
- Brown, J., Wimpenny, P., & Maughan, H. (2004). Skin problems in people with obesity. *Nursing standard*, 18(35).
- Bray, G. A., Kim, K. K., Wilding, J. P., & World Obesity Federation. (2017). Obesity: A chronic relapsing progressive disease process. A position statement of the World Obesity Federation. *Obesity Reviews*, 18(7), 715-723.
- Brzuszkiewicz, K., Rudziński, G., Pożarowska, K., & Grunwald, A. (2022). Diet and physical activity in the treatment of obesity—Current knowledge. *Journal of Education, Health and Sport*, 12(12), 180-186.
- Buchwald, H., & Oien, D. M. (2009). Metabolic/bariatric surgery worldwide 2008. *Obesity Surgery*, 19, 1605-1611.
- Cabýoglu, M. T., Ergene, N., & Tan, U. (2006). The treatment of obesity by acupuncture. *International Journal of Neuroscience*, 116(2), 165-175.
- Call, C., Walsh, B. T., & Attia, E. (2013). From DSM-IV to DSM-5: Changes to eating disorder diagnoses. *Current Opinion in Psychiatry*, 26(6), 532-536.
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 92–100.

- Castelnuovo, G., Pietrabissa, G., Manzoni, G. M., Cattivelli, R., Rossi, A., Novelli, M., ... & Molinari, E. (2017). Cognitive behavioral therapy to aid weight loss in obese patients: Current perspectives. *Psychology Research and Behavior Management*, 10, 165-173.
- Cathaoir, K. E. (2015). On obesity as a disability. *European Journal of Risk Regulation*, 6, 145–150.
- Chentha, A. K., Sreeja, T. M., Hanno, R., Purushotham, S. M. A., & Gandrapu, B. B. (2013). A Review of the Association between Obesity and Depression. *Int J Biol Med Res*, 4(3), 3520-3522.
- Cherniack, E. P. (2008). Potential applications for alternative medicine to treat obesity in an aging population. *Alternative Medicine Review*, 13(1), 34.
- Christel, D. A., O'Donnell, N. H., & Bradley, L. A. (2016). Coping by crossdressing: An exploration of exercise clothing for obese heterosexual women. *Fashion and Textiles*, 3(1), 1-19.
- Choquet, H., & Meyre, D. (2011). Molecular basis of obesity: Current status and future prospects. *Current Genomics*, 12(3), 154–168.
- Chu, D. T., Nguyet, N. T. M., Dinh, T. C., Lien, N. V. T., Nguyen, K. H., Ngoc, V. T. N., ... & Pham, V. H. (2018). An update on physical health and economic consequences of overweight and obesity. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, 12(6), 1095-1100.
- Cockerham, W. C. (2022). Theoretical approaches to research on the social determinants of obesity. *American Journal of Preventive Medicine*, 63(1), S8-S17.
- Conradt, M., Dierk, J. M., Schlumberger, P., Rauh, E., Hebebrand, J., & Rief, W. (2008). Who copes well? Obesity-related coping and its associations with shame, guilt, and weight loss. *Journal of Clinical Psychology*, 64(10), 1129-1144.
- Corsica, J. A., & Hood, M. M. (2011). Eating disorders in an obesogenic environment. *Journal of the American Dietetic Association*, 111(7), 996-1000.
- Creanga, A. A., Catalano, P. M., & Bateman, B. T. (2022). Obesity in pregnancy. *New England Journal of Medicine*, 387(3), 248-259.

- Creswell, J. W. (2021). *Nitel Araştırma Yöntemleri: Beş Yaklaşımına Göre Nitel Araştırma ve Araştırma Deseni*. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2020). *Karma Yöntem Araştırmaları: Tasarımı ve Yürütülmesi* (3. Baskı). Ankara: Anı Yayıncılık.
- Creswell, J. W., & Miller, D. L. (2000). Determining validity in qualitative inquiry. *Theory Into Practice*, 39(3), 124-130.
- Creswell, J. W. (2014). *Karma Yöntem Araştırmalarına Giriş* (3. Baskı). Ankara: Pegem Akademi.
- D'Argenio, A., Mazzi, C., Pecchioli, L., Di Lorenzo, G., Siracusano, A., & Troisi, A. (2009). Early trauma and adult obesity: Is psychological dysfunction the mediating mechanism? *Physiology & Behavior*, 98(5), 543-546.
- Dallar, Y., Erdeve, Ş. S., Çakır, İ., & Köstü, M. (2006). Obezite, çocuklarda depresyon ve özgüven eksikliğine neden oluyor mu? *Gülhane Tıp Dergisi*, 48(1), 1-3.
- Deforche, B., Van Dyck, D., Deliens, T., & De Bourdeaudhuij, I. (2015). Changes in weight, physical activity, sedentary behaviour and dietary intake during the transition to higher education: A prospective study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 12(1), 1-10.
- Demir, D., & Bektas, M. (2017). The effect of children's eating behaviors and parental feeding style on childhood obesity. *Eating Behaviors*, 26, 137-142.
- Dennis, K. E. (2007). Postmenopausal women and the health consequences of obesity. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 36(5), 511-519.
- Dinour, L., Leung, M. M., Tripicchio, G., Khan, S., & Yeh, M. C. (2012). The association between marital transitions, body mass index, and weight: A review of the literature. *Journal of Obesity*, 2012(1), 294974.
- Duman, E., & Keser, A. (2022). Ulusal ve uluslararası düzeyde politikalar kapsamında gıda ve beslenme okuryazarlığı. *Türkiye Klinikleri Beslenme ve Diyetetik-Özel Konular*, 8(4), 79-83.
- Edmonds, M. J., Ferreira, K. J., Nikiforuk, E. A., Finnie, A. K., Leavey, S. H., Duncan, A. M., & Simpson, J. A. R. (2008). Body weight and percent body fat increase during

- the transition from high school to university in females. *Journal of the American Dietetic Association*, 108(6), 1033-1037.
- Elder, K. A., & Wolfe, B. M. (2007). Bariatric surgery: A review of procedures and outcomes. *Gastroenterology*, 132(6), 2253-2271.
- Eliadis, E. E. (2006). The role of social work in the childhood obesity epidemic. *Social Work*, 51(1), 86-88.
- Ergül, Ş., & Kalkım, A. (2011). Önemli bir kronik hastalık: Çocukluk ve ergenlik döneminde obezite. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 10(2), 223-230.
- Esteghamati, A., Mazaheri, T., Rad, M. V., & Noshad, S. (2015). Complementary and alternative medicine for the treatment of obesity: A critical review. *International Journal of Endocrinology and Metabolism*, 13(2).
- Fetters, M. D., Curry, L. A., & Creswell, J. W. (2013). Achieving integration in mixed methods designs—principles and practices. *Health Services Research*, 48(6pt2), 2134–2156.
- Fredrickson, B. L., & Roberts, T. A. (1997). Objectification theory: Toward understanding women's lived experiences and mental health risks. *Psychology of Women Quarterly*, 21(2), 173-206.
- Fraley, R. C., Waller, N. G., & Brennan, K. A. (2000). An item response theory analysis of self-report measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78(2), 350–365.
- Friedman, M. A., & Brownell, K. D. (1995). Psychological correlates of obesity: Moving to the next research generation. *Psychological Bulletin*, 117(1), 3.
- Fuller-Thomson, E., Sinclair, D. A., & Brennenstuhl, S. (2013). Carrying the pain of abuse: Gender-specific findings on the relationship between childhood physical abuse and obesity in adulthood. *Obesity Facts*, 6(4), 325-336.
- Furtado, T. D. A., Girundi, M. G., Campolina, C. D. O. C., Mafra, S. C., Oliveira, A. M. O. D., Santos, M. L. P. D. D., ... & Freire, M. A. (2023). Depressive and eating disorders in patients post-bariatric surgery with weight regain: A descriptive observational study. *ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva*, 36, e1725.

- Ganley, R. M. (1989). Emotion and eating in obesity: A review of the literature. *International Journal of Eating Disorders*, 8(3), 343-361.
- Giammattei, J., Blix, G., Marshak, H. H., Wollitzer, A. O., & Pettitt, D. J. (2003). Television watching and soft drink consumption: Associations with obesity in young children. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 157(9), 882-886.
- Gilbert, E. W., & Wolfe, B. M. (2012). Bariatric surgery for the management of obesity: State of the field. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 130(4), 948-954.
- Goffman, E. (2014). *Damga Örselenmiş Kimliğin İdari Edilişi Üzerine Notlar*. Heretik Yayıncılık
- Górczyńska-Kosiorz, S., Kosiorz, M., & Dzięgielewska-Gęsiak, S. (2024). Exploring the interplay of genetics and nutrition in the rising epidemic of obesity and metabolic diseases. *Nutrients*, 16(20), 3562.
- Grant, D. M., & Toh, J. S. (2017). Medical social work positions: BSW or MSW?. *Social Work in Health Care*, 56(4), 215-226.
- Gunstad, J., Paul, R. H., Spitznagel, M. B., Cohen, R. A., Williams, L. M., Kohn, M., & Gordon, E. (2006). Exposure to early life trauma is associated with adult obesity. *Psychiatry Research*, 142(1), 31-37.
- Gustafson, T. B., & Sarwer, D. B. (2004). Childhood sexual abuse and obesity. *Obesity Reviews*, 5(3), 129-135.
- Güner, P. D., Kahveci, R., Aksoy, H., & Özkara, A. (2019). Weight loss experiences of obese individuals: A qualitative study. *Konuralp Medical Journal*, 11(3), 329-336.
- Hemmingsson, E., Johansson, K., & Reynisdottir, S. (2014). Effects of childhood abuse on adult obesity: A systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews*, 15(11), 882-893.
- Hemmingsson, E., Nowicka, P., Uliaszek, S., & Sørensen, T. I. (2023). The social origins of obesity within and across generations. *Obesity Reviews*, 24(1), e13514.
- Herzer, M., Zeller, M. H., Rausch, J. R., & Modi, A. C. (2011). Perceived social support and its association with obesity-specific health-related quality of life. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 32(3), 188-195.

- Hill, J. O., Peters, J. C., Catenacci, V. A., & Wyatt, H. R. (2008). International strategies to address obesity. *Obesity Reviews*, 9, 41-47.
- Hoek, H. W. (2013). Classification, epidemiology and treatment of DSM-5 feeding and eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 26(6), 529-531.
- Hojjat, T. A., & Hojjat, T. A. (2021). Socioeconomic Factors: Poverty and Obesity. *The Economics of Obesity: Poverty, Income Inequality, and Health*, 37-52.
- Holm, K., Li, S., Spector, N., Hicks, F., Carlson, E., & Lanuza, D. (2001). Obesity in adults and children: A call for action. *Journal of Advanced Nursing*, 36(2), 266-269.
- Holmberg, C., Berg, C., Hillman, T., Lissner, L., & Chaplin, J. E. (2018). Self-presentation in digital media among adolescent patients with obesity: Striving for integrity, risk-reduction, and social recognition. *Digital Health*, 4, 2055207618807603.
- Hosseini, Z., Safari, A., Khan, N. A., Veenstra, G., & Conklin, A. I. (2021). Adiposity and the role of diverse social supports: An observational, gender-sensitive study using the baseline Canadian Longitudinal Study on Aging. *Public Health Nutrition*, 24(18), 6103-6112.
- Hovick, S. R., Goen, T. L., & Amason, P. (2012). Family support for weight management: Links between perceived quantity and quality. *Communication Research Reports*, 29(4), 320-332.
- Hsu, L. G., Betancourt, S., & Sullivan, S. P. (1996). Eating disturbances before and after vertical banded gastroplasty: A pilot study. *International Journal of Eating Disorders*, 19(1), 23-34.
- Ishida, Y., Yoshida, D., Honda, T., Hirakawa, Y., Shibata, M., Sakata, S., ... & Ninomiya, T. (2020). Influence of the accumulation of unhealthy eating habits on obesity in a general Japanese population: The Hisayama study. *Nutrients*, 12(10), 3160.
- Jackson, S. E. (2016). Obesity, weight stigma and discrimination. *Journal of Obesity and Eating Disorders*, 2(3).
- Karaçıl, M. Ş., & Şanlıer, N. (2014). Obezitenin çevre ve sağlık üzerine etkileri. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(2), 786-803.
- Karasar, N. (2016). *Bilimsel Araştırma Yöntemi*. Ankara: Nobel Yayıncılık.

- Karakeçili, G., & Çetinsöz, B. (2018). *Türk atasözlerinde gastronomi olgusu. VII. Ulusal III. Uluslararası Doğu Akdeniz Turizm Sempozyumu Bildiriler Kitabı* Yayınevi.
- Kavas, Y. B., Tunçer, E., Çoban, M. N., & Erkan, M. K. (2022). Duygusal yeme bozukluklarının ve vücut kütle indeksinin finansal risk toleransı üzerine etkisi. *Abant Sosyal Bilimler Dergisi*, 22(2), 432-449.
- Kaya, E., & Çoşkun Us, N. (2023). Obez ve obeziteye yönelik bilişsel yapılar. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 14(40), 1192-1204.
- Kayar, H., & Utku, S. (2013). Çağımızın hastalığı obezite ve tedavisi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(2).
- Kenny, M. C., Ward-Lichterman, M., & Abdelmonem, M. H. (2014). The expansion and clarification of feeding and eating disorders in the DSM-5. *Professional Counselor*, 4(3).
- Khan, M. A., Menon, P., Govender, R., Samra, A. M. A., Allaham, K. K., Nauman, J., ... & AlKaabi, J. M. (2022). Systematic review of the effects of pandemic confinements on body weight and their determinants. *British Journal of Nutrition*, 127(2), 298-317.
- Khubchandani, J., Price, J. H., Sharma, S., Wiblishauser, M. J., & Webb, F. J. (2022). COVID-19 pandemic and weight gain in American adults: A nationwide population-based study. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, 16(1), 102392.
- Kim, N. Y., Jeong, I. S., & Kim, J. S. (2001). A comparative study on the self-efficacy and health promoting behavior between obese and normal weight middle school students. *Research in Community and Public Health Nursing*, 12(3), 828-837.
- Kime, N. (2009). How children eat may contribute to rising levels of obesity: Children's eating behaviours: An intergenerational study of family influences. *International Journal of Health Promotion and Education*, 47(1), 4-11.
- Kissler, H. J., & Settmacher, U. (2013, January). Bariatric surgery to treat obesity. In *Seminars in Nephrology* (Vol. 33, No. 1, pp. 75-89). WB Saunders.
- Kokino, S., Özdemir, F., & Zateri, C. (2006). Obezite ve fiziksel tıp yöntemleri. *Balkan Medical Journal*, 2006(1), 47-54.

- Kuk, J. L., Christensen, R. A., Kamran Samani, E., & Wharton, S. (2021). Predictors of weight loss and weight gain in weight management patients during the COVID-19 pandemic. *Journal of Obesity*, 2021(1), 4881430.
- Kuş, E. (2009). *Nitel-nitel araştırma teknikleri - sosyal bilimlerde araştırma teknikleri: Nicel mi, nitel mi?* Ankara: Anı Yayıncılık.
- Kümbetoğlu, B. (2012). *Sosyoloji ve antropolojide niteliksel yöntem ve araştırma*. İstanbul: Bağlam Yayıncılık.
- Lake, A., & Townshend, T. (2006). Obesogenic environments: Exploring the built and food environments. *The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health*, 126(6), 262-267.
- Leblanc, C. A., Marquis, E., Gagnon-Girouard, M. P., & Brisson, B. (2017). Towards a united front against weight bias. *Soc Behav Res Pract Open J*, 3(1), e1-e2.
- Lee, A., Cardel, M., & Donahoo, W. T. (2019). Social and environmental factors influencing obesity. *Endotext*
- Lee, Y. S. (2009). Consequences of childhood obesity. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore*, 38(1), 75-77.
- Lê, Q., Chiu, C., & Au, B. T. (2011). Social determinants of overweight and obesity.
- Lin, X., & Li, H. (2021). Obesity: Epidemiology, pathophysiology, and therapeutics. *Frontiers in Endocrinology*, 12, 706978.
- Lo, T., & Tavakkoli, A. (2019). Bariatric surgery and its role in obesity pandemic. *Current Opinion in Physiology*, 12, 51-56.
- Loos, R. J., Burant, C., & Schur, E. A. (2021). Strategies to understand the weight-reduced state: Genetics and brain imaging. *Obesity*, 29, S39-S50.
- Lucy, D., & Chun-Su, Y. (2002). Complementary and alternative therapies for obesity. *Advances in Traditional Medicine*, 2(1), 17-27.
- Marcus, C., Danielsson, P., & Hagman, E. (2022). Pediatric obesity—Long-term consequences and effect of weight loss. *Journal of Internal Medicine*, 292(6), 870–891.

- Martins, C., Dutton, G. R., Hunter, G. R., & Gower, B. A. (2020). Revisiting the compensatory theory as an explanatory model for relapse in obesity management. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 112(5), 1170-1179.
- Mathew, H., Farr, O. M., & Mantzoros, C. S. (2016). Metabolic health and weight: Understanding metabolically unhealthy normal weight or metabolically healthy obese patients. *Metabolism: Clinical and Experimental*, 65(1), 73.
- Md-Yasin, M., Ismail, I. A., Abd Malek, K., Yusoff, K., & Bulgiba, A. (2020). Towards precision health in weight reduction: Thematic content analysis of an open-ended survey on reasons why morbidly obese patients want to lose weight.
- Mehrez, A., Boukhatia, F., Abdessalem, H., Ounaissa, K., & Amrouche, C. (2023). Motivation determinants to lose weight among obese patients. *Clinical Nutrition ESPEN*, 58, 543.
- Mela, D. J. (2006). Eating for pleasure or just wanting to eat? Reconsidering sensory hedonic responses as a driver of obesity. *Appetite*, 47(1), 10–17.
- Melius, J. (2013). Overweight and obesity in minority children and implications for family and community social work. *Social Work in Public Health*, 28(2), 119-128.
- Merriam, S. B. (2009). *Qualitative Research: A Guide to Design and Implementation*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Milano, W., De Biasio, V., Di Munzio, W., Foggia, G., & Capasso, A. (2020). Obesity: The new global epidemic pharmacological treatment, opportunities and limits for personalized therapy. *Endocrine, Metabolic & Immune Disorders-Drug Targets*, 20(8), 1232-1243.
- Miller, P. M., Watkins, J. A., Sargent, R. G., & Rickert, E. J. (1999). Self-efficacy in overweight individuals with binge eating disorder. *Obesity Research*, 7(6), 552–555.
- Mitrowski, C. A. (1983). Patient advocate: The role of the medical social worker. *Journal of Social Work in Health Care*, 8(2), 35-49.
- Moradi, B., & Huang, Y. P. (2008). Objectification theory and psychology of women: A decade of advances and future directions. *Psychology of Women Quarterly*, 32(4), 377-398.

- Moyad, M. A. (2001). Current methods used for defining, measuring, and treating obesity. *Seminars in Urologic Oncology*, 19(4), 247–256.
- Nevanperä, N. J., Hopsu, L., Kuosma, E., Ukkola, O., Uitti, J., & Laitinen, J. H. (2012). Occupational burnout, eating behavior, and weight among working women. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 95(4), 934-943.
- Neuman, W. L. (2009). *Toplumsal Araştırma Yöntemleri: Nitel ve Nicel Yaklaşımlar*. Ankara: Yayın Odası.
- Nicklas, B. J., van Rossum, E. F., Berman, D. M., Ryan, A. S., Dennis, K. E., & Shuldiner, A. R. (2001). Genetic variation in the peroxisome proliferator–activated receptor- γ 2 gene (Pro12Ala) affects metabolic responses to weight loss and subsequent weight regain. *Diabetes*, 50(9), 2172-2176.
- Nicolaidis, S. (2019). Environment and obesity. *Metabolism*, 100, 153942.
- Nguyen, T. H. H., Tran, T. T. H., Pham, H. L., Duong, N. K., & Do Hoang, N. H. (2021). Eating habits associated with overweight and obesity: A case-control study of 11-14 year-old adolescents in Hanoi. *VNU Journal of Science: Medical and Pharmaceutical Sciences*, 37(1).
- Nordmo, M., Danielsen, Y. S., & Nordmo, M. (2020). The challenge of keeping it off, a descriptive systematic review of high-quality, follow-up studies of obesity treatments. *Obesity Reviews*, 21(1), e12949.
- Nossum, R., Johansen, A. E., & Kjekshus, I. (2018). Occupational problems and barriers reported by individuals with obesity. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 25(2), 136-144.
- O'Brien, K. S., Latner, J. D., Halberstadt, J., Hunter, J. A., Anderson, J., & Caputi, P. (2008). Do antifat attitudes predict antifat behaviors? *Obesity*, 16(S2), S87-S92.
- Oyebanji, A. E., Dankyau, M., & Asiribo-Sallau, O. (2016). Social determinants of motivation to lose weight among literate obese patients: A qualitative study. *J Behav Health*, 5(3), 123-128.
- Palmisano, G. L., Innamorati, M., & Vanderlinden, J. (2016). Life adverse experiences in relation with obesity and binge eating disorder: A systematic review. *Journal of Behavioral Addictions*, 5(1), 11-31.

- Panteliou, E., & Miras, A. D. (2017). What is the role of bariatric surgery in the management of obesity? *Climacteric*, 20(2), 97-102.
- Perry, C., Guillory, T. S., & Dilks, S. S. (2021). Obesity and psychiatric disorders. *Nursing Clinics*, 56(4), 553-563.
- Pietrabissa, G., Manzoni, G. M., Corti, S., Vegliante, N., Molinari, E., & Castelnovo, G. (2012). Addressing motivation in globesity treatment: A new challenge for clinical psychology. *Frontiers in Psychology*, 3, 317.
- Poston, W. S. C., & Foreyt, J. P. (2002). Body mass index: Uses and limitations. *Strength & Conditioning Journal*, 24(4), 15–17.
- Power, C., Miller, S. K., & Alpert, P. T. (2007). Promising new causal explanations for obesity and obesity-related diseases. *Biological Research for Nursing*, 8(3), 223–233.
- Pratt, L. A., & Brody, D. J. (2014). Depression and obesity in the US adult household population, 2005-2010.
- Preiss, K., Brennan, L., & Clarke, D. (2013). A systematic review of variables associated with the relationship between obesity and depression. *Obesity Reviews*, 14(11), 906-918.
- Priutami, P.S., & Putri, D.E. (2011). Differences in Confidence Based On Obesity Level To Female Adolescent.
- Proestakis, A., & Brañas-Garza, P. (2016). Self-identified obese people request less money: A field experiment. *Frontiers in Psychology*, 7, 1454.
- Pulat Demir, H., & Karşıdağ, K. (2022). İlköğretim çağındaki çocuklarda obezite üzerinde etkili olan bazı faktörlerin incelenmesi: İstanbul örneği. *Istanbul Gelisim University Journal of Health Sciences*, (18), 695-709.
- Puhl, R. M., & Brownell, K. D. (2001). Bias, discrimination, and obesity. *Obesity Research*, 9(12), 788-805.
- Puhl, R. M., & Heuer, C. A. (2009). The stigma of obesity: A review and update. *Obesity*, 17(5), 941-964.

- Puhl, R. M., & King, K. M. (2013). Weight discrimination and bullying. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 27(2), 117-127.
- Ratcliffe, D., & Ellison, N. (2015). Obesity and internalized weight stigma: A formulation model for an emerging psychological problem. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 43(2), 239–252.
- Rajan, T. M., & Menon, V. (2017). Psychiatric disorders and obesity: A review of association studies. *Journal of Postgraduate Medicine*, 63(3), 182-190.
- Ravussin, E., & Bogardus, C. (2000). Energy balance and weight regulation: Genetics versus environment. *British Journal of Nutrition*, 83(S1), S17-S20.
- Reifegerste, D., Wasgien, K., & Hagen, L. M. (2017). Online social support for obese adults: Exploring the role of forum activity. *International Journal of Medical Informatics*, 101, 1-8.
- Ryden, A., Karlsson, J., Sullivan, M., Torgerson, J. S., & Taft, C. (2003). Coping and distress: What happens after intervention? A 2-year follow-up from the Swedish Obese Subjects (SOS) study. *Psychosomatic Medicine*, 65(3), 435-442.
- Rooth, D. O. (2007). Evidence of unequal treatment in hiring against obese applicants: A field experiment.
- Rosengren, A., & Lissner, L. (2008). The sociology of obesity. *Obesity and Metabolism*, 36, 260-270.
- Ruban, A., Stoenchev, K., Ashrafian, H., & Teare, J. (2019). Current treatments for obesity. *Clinical Medicine*, 19(3), 205-212.
- Sadati, S. (2016). The challenges faced by obese individuals in everyday life: A comprehensive study. *Journal of Obesity and Health*, 12(3), 157-171.
- Sadati, K. A., Rahnavard, F., Ebrahimzadeh, N., & Rezaei, A. (2016). Obesity, lived experience, and the self: A qualitative study of overweight people in Iran. *Women's Health Bulletin*, 3(3), 1-7.
- Sainsbury, K., Evans, E. H., Pedersen, S., Marques, M. M., Teixeira, P. J., Lähteenmäki, L., ... & Sniehotta, F. F. (2019). Attribution of weight regain to emotional reasons amongst European adults with overweight and obesity who regained weight

following a weight loss attempt. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 24, 351-361.

Sağlam, F. (1989). Kadınlarda şişmanlığın görülme sıklığı ve şişmanlık oluşumunu etkileyen etmenler. *Beslenme ve Diyet Dergisi*, 18(2), 195-203.

Sağlık Bakanlığı. (2019). *Obezite*. T.C. Sağlık Bakanlığı. <https://www.saglik.gov.tr/TR,11692/obezite.html>

Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2024). *Obezite*. <https://hsqm.saglik.gov.tr/tr/obezite>

Sağlık Bakanlığı. (2024). *4 Mart Dünya Obezite Günü*. T.C. Sağlık Bakanlığı. Erişim tarihi: Şubat 2024, <https://www.saglik.gov.tr/TR-102770/4-mart-dunya-obezite-gunu.html>.

Salituro, N., Landi, G., Garelli, S., Balsamo, F., Rottoli, M., Cattivelli, R., ... & Agostini, A. (2023). The impact of psychological distress on weight regain in post-bariatric patients during the COVID-19 pandemic: A latent profile analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 165, 111144.

Sallis, J. F., & Glanz, K. (2006). The role of built environments in physical activity, eating, and obesity in childhood. *The Future of Children*, 89-108.

Salmasi, L., & Celidoni, M. (2017). Investigating the poverty-obesity paradox in Europe. *Economics & Human Biology*, 26, 70–85.

Sanford, A. A. (2010). "I can air my feelings instead of eating them": Blogging as social support for the morbidly obese. *Communication Studies*, 61(5), 567-584.

Sarwer, D. B., & Polonsky, H. M. (2016). The psychosocial burden of obesity. *Endocrinology and Metabolism Clinics*, 45(3), 677-688.

Scheen, A. J., & Lefebvre, P. J. (1999). Pharmacological treatment of obesity: Present status. *International Journal of Obesity*, 23(1), S47-S53.

Seidell, J. C., & Flegal, K. M. (1997). Assessing obesity: classification and epidemiology. *British Medical Bulletin*, 53(2), 238–252.

- Selçuk, E., Günaydın, G., Sümer, N., & Uysal, A. (2005). Yetişkin Bağlanma Ölçekleri'nin Türk örnekleminde psikometrik açıdan değerlendirilmesi. *Türk Psikoloji Dergisi*, 20(45), 1–22.
- Semerçi, C. N. (2004). Obezite ve genetik. *Gülhane Tıp Dergisi*, 46(4), 353-359.
- Sharma, A. M., & Iacobellis, G. (2006). Treatment of obesity: A challenging task. *Obesity and the Kidney*, 151, 212-220.
- Sherer, M., Maddux, J. E., Mercandante, B., Prentice-Dunn, S., Jacobs, B., & Rogers, R. W. (1982). The self-efficacy scale: Construction and validation. *Psychological Reports*, 51(2), 663–671.
- Shinan-Altman, S. (2017). Medical social workers' perceptions of obesity. *Journal of Social Work*, 17(3), 343-357.
- Silva, D. F. O., Sena-Evangelista, K. C. M., Lyra, C. O., Pedrosa, L. F. C., Arrais, R. F., & Lima, S. C. V. C. (2019). Instruments for evaluation of motivations for weight loss in individuals with overweight and obesity: A systematic review and narrative synthesis. *PloS One*, 14(7), e0220104.
- Sjöström, L. (2008). Bariatric surgery and reduction in morbidity and mortality: Experiences from the SOS study. *International Journal of Obesity*, 32(7), S93-S97.
- Sorensen, B. L., & Krings, A. (2023). Fat liberation: How social workers can incorporate fat activism to promote care and justice. *Affilia*, 38(4), 724-731.
- Strien, V. T., Herman, C. P., & Verheijden, M. W. (2012). Eating style, overeating and weight gain: A prospective 2-year follow-up study in a representative Dutch sample. *Appetite*, 59(3), 782-789.
- Suiçmez, M. (2018). Medyada kadın bedeninin ötekileştirilmesi: Victoria's Secret modeli. *Middle Black Sea Journal of Communication Studies*, 3(2), 67-84.
- Sutin, A. R., & Terracciano, A. (2013). Perceived weight discrimination and obesity. *PloS One*, 8(7), e70048.

- Spuy, H. V. D., Klerk, H. D., Wenhold, F. A. M., & Vogel, H. M. (2015). Strategies men use to cope with stress caused by severe obesity: A qualitative study. *Journal of Psychology*, 6(1), 76-86.
- Şahin, M., Şahin, U., & Calapoğlu, M. (2023). Obezitenin genetiği. *Medical Journal of Süleyman Demirel University*, 30(4), 754–762.
- Şar, V., Öztürk, E., & İkikardeş, E. (2012). Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği'nin Türkçe uyarlaması: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*, 32(4), 1054–1063.
- Şayık, D., Ak, A., Öğrünç, E. D., Ermiş, S. S., & Musmul, A. (2021). Obeziteye multidisipliner yaklaşım: Sağlıklı-kalıcı kilo verme ve psikolojik belirtiler üzerine etkileri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 13(Ek 1), 311-323.
- Taiminen, H., & Taiminen, K. (2016, January). Usage of Facebook-and anonymous forum-based peer support groups online and their influence on perceived social support types in weight loss. In *2016 49th Hawaii International Conference on System Sciences (HICSS)* (pp. 3094-3103).
- Taşlı, H., & Sağır, S. (2021). Obezitenin belirlenmesinde kullanılan beden kitle indeksi, bel çevresi, bel-kalça oranı metotlarının karşılaştırılması. *Ahi Evran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 7(1), 138–150.
- Teixeira, P. J., Carraça, E. V., Marques, M. M., & et al. (2015). Successful behavior change in obesity interventions in adults: A systematic review of self-regulation mediators. *BMC Medicine*, 13, 84.
- Thomas, S., Karunaratne, A., Lewis, S., Castle, D., Knoesen, N., Honigman, R., ... & Komesaroff, P. (2010). 'Just bloody fat!': A qualitative study of body image, self-esteem and coping in obese adults. *International Journal of Mental Health Promotion*, 12(1), 39-49.
- Tuna, M. E. (2003). Cross-cultural differences in coping strategies as predictors of university adjustment of Turkish and U.S. students. Yayınlanmamış doktora tezi, Orta Doğu Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. (2019). *Obezite tanı ve tedavi kılavuzu* (5. baskı). Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği Yayınları.

- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2023). Türkiye Sağlık Araştırması 2022. T.C. Türkiye İstatistik Kurumu. Erişim tarihi: Şubat 2025, <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Saglik-Arastirmasi-2022-49747>.
- Ünal Keskin, G., & Orgun, F. (2006). Öğrencilerin öz etkililik-yeterlilik düzeyleri ile başa çıkma stratejilerinin incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 7(2), 92-99.
- Qiang, Z. (2024). Psychological factors that can impact obesity and overweight. *Lecture Notes in Education Psychology and Public Media*, 73, 54-59.
- Van Dorsten, B., & Lindley, E. M. (2008). Cognitive and behavioral approaches in the treatment of obesity. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America*, 37(4), 905-922.
- Wadden, T. A., & Stunkard, A. J. (1985). Social and psychological consequences of obesity. *Annals of Internal Medicine*, 103(6_Part_2), 1062-1067.
- Walter, M. E., Ragan, K., Sulak, T. N., & Bagby, J. H. (2013). Implicit and explicit biases toward obesity: Perspectives of school of education students. *Community Medicine & Health Education*, 3(3), 1-6.
- Wang, S. S., Brownell, K. D., & Wadden, T. A. (2004). The influence of the stigma of obesity on overweight individuals. *International Journal of Obesity*, 28(10), 1333-1337.
- Wang, L., Yu, C. C., Li, J., Tian, Q., & Du, Y. J. (2021). Mechanism of action of acupuncture in obesity: A perspective from the hypothalamus. *Frontiers in Endocrinology*, 12, 632324.
- Warschburger, P. (2005). The unhappy obese child. *International Journal of Obesity*, 29(2), S127-S129.
- Weiss, R., Dziura, J., Burgert, T. S., Tamborlane, W. V., Taksali, S. E., Yeckel, C. W., Allen, K., Lopes, M., & Caprio, S. (2007). Obesity and the metabolic syndrome in children and adolescents. *The New England Journal of Medicine*, 350(23), 2362–2374.
- Wellman, N. S., & Friedberg, B. (2002). Causes and consequences of adult obesity: Health, social and economic impacts in the United States. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*, 11, S705-S709.

- Werrij, M. Q., Mulken, S., Hospers, H. J., & Jansen, A. (2006). Overweight and obesity: The significance of a depressed mood. *Patient Education and Counseling*, 62(2), 126-131
- World Health Organization. (2024a). *Obesity and overweight*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.
- World Health Organization. (2024b). *Age-standardized prevalence of obesity among adults (18+ years)*. World Health Organization.
- Wisotsky, W., & Swencionis, C. (2003). Cognitive-behavioral approaches in the management of obesity. *Adolescent Medicine Clinics*, 14(1), 37
- Wood, J., Lane, M., & Mattheus, A. M. (2020). Social work and obesity: License to oppress. *Critical Social Work*, 21(2), 57-72.
- Wing, R. R., & Phelan, S. (2005). Long-term weight loss maintenance. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 82(1), 222S-225S.
- Wing, R. R., & Hill, J. O. (2001). Successful weight loss maintenance. *Annual Review of Nutrition*, 21(1), 323-341.
- Wu, Y. K., & Berry, D. C. (2018). Impact of weight stigma on physiological and psychological health outcomes for overweight and obese adults: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 74(5), 1030-1042.
- Yanovski, S. Z. (2003). Binge eating disorder and obesity in 2003: Could treating an eating disorder have a positive effect on the obesity epidemic? *International Journal of Eating Disorders*, 34(S1), S117-S120.
- Yau, Y. H., & Potenza, M. N. (2013). Stress and eating behaviors. *Minerva Endocrinologica*, 38(3), 255.
- Yıldırım, D. İ., & Eryılmaz, M. A. (2023). Acupuncture for obesity. *International Journal of Traditional and Complementary Medicine Research*, 4(2), 107-112.
- Yıldırım, A., & Şimşek, H. (2013). *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri* (9. Baskı). Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Yıldırım, F., & İlhan, İ. Ö. (2010). Genel Öz Yeterlilik Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 21(4), 301-308.

- Young, B. E., Johnson, S. L., & Krebs, N. F. (2012). Biological determinants linking infant weight gain and child obesity: Current knowledge and future directions. *Advances in Nutrition*, 3(5), 675–686.
- Ziauddeen, H., Alonso-Alonso, M., Hill, J. O., Kelley, M., & Khan, N. A. (2015). Obesity and the neurocognitive basis of food reward and the control of intake. *Advances in Nutrition*, 6(4), 474–486.
- Żukiewicz-Sobczak, W., Wróblewska, P., Zwoliński, J., Chmielewska-Badora, J., Adamczuk, P., Krasowska, E., & Silny, W. (2014). Obesity and poverty paradox in developed countries. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 21(3), 481-485.



	HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ	Doküman Kodu Form No.	FRM-DR-21
		Yayın Tarihi Date of Pub.	04.01.2023
	FRM-DR-21 Doktora Tezi Orijinallik Raporu <i>PhD Thesis Dissertation Originality Report</i>	Revizyon No Rev. No.	02
		Revizyon Tarihi Rev.Date	25.01.2024

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SOSYAL HİZMET ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

Tarih: 06/02/2025

Tez Başlığı Obez Bireylerin Nüks Süreçlerini Keşfetmek: Bir Karma Yöntem Araştırması

Yukarıda başlığı verilen tezin a) Kapak sayfası, b) Giriş, c) Ana bölümler ve d) Sonuç kısımlarından oluşan toplam 278 sayfalık kısmına ilişkin, 06/02/2025 tarihinde şahsım/ tez danışmanım tarafından Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda işaretlenmiş filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezin benzerlik oranı % 8'dir.

Uygulanan filtrelemeler**:

- ☒ Kabul/Onay ve Bildirim sayfaları hariç
- ☒ Kaynakça hariç
- ☐ Alıntılar hariç
- ☒ Alıntılar dâhil
- ☒ 5 kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Çalışması Orijinallik Raporu Alınması ve Kullanılması Uygulama Esasları'nı inceledim ve bu Uygulama Esasları'nda belirtilen azami benzerlik oranlarına göre tezin herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumlarda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Gereğini saygılarımla arz ederim.

Meryem Danışmaz Sevin

Öğrenci Bilgileri	Ad-Soyad	Meryem DANIŞMAZ SEVİN	
	Öğrenci No	N16241053	
	Enstitü Anabilim Dalı	Sosyal Hizmet	
	Programı	Sosyal Hizmet- Doktora	
	Statüsü	Doktora ☒	Lisans Derecesi ile (Bütünleşik) Dr ☐

DANIŞMAN ONAYI

UYGUNDUR.
Prof. Dr. Yasemin ÖZKAN

*Tez **Almanca** veya **Fransızca** yazılıyor ise bu kısımda tez başlığı **Tez Yazım Dilinde** yazılmalıdır.

**Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Çalışması Orijinallik Raporu Alınması ve Kullanılması Uygulama Esasları İkinci bölüm madde (4)/3'te de belirtildiği üzere: Kaynakça hariç, Alıntılar hariç/dahil, 5 kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç (Limit match size to 5 words) filtreleme yapılmalıdır.

	HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ	Doküman Kodu Form No.	FRM-DR-21
		Yayın Tarihi Date of Pub.	04.01.2023
	FRM-DR-21 Doktora Tezi Orijinallik Raporu <i>PhD Thesis Dissertation Originality Report</i>	Revizyon No Rev. No.	02
		Revizyon Tarihi Rev.Date	25.01.2024

TO HACETTEPE UNIVERSITY
GRADUATE SCHOOL OF SOCIAL SCIENCES
DEPARTMENT OF SOCIAL WORK

Date: 06/02/2025

Thesis Title (In English): Exploring the Relapse Processes of Obese Individuals: A Mixed-Methods Study

According to the originality report obtained by myself/my thesis advisor by using the Turnitin plagiarism detection software and by applying the filtering options checked below on 06/02/2025 for the total of 278 pages including the a) Title Page, b) Introduction, c) Main Chapters, and d) Conclusion sections of my thesis entitled above, the similarity index of my thesis is 8%.

Filtering options applied**:

- ☒ Approval and Declaration sections excluded
- ☒ References cited excluded
- ☐ Quotes excluded
- ☒ Quotes included
- ☒ Match size up to 5 words excluded

I hereby declare that I have carefully read Hacettepe University Graduate School of Social Sciences Guidelines for Obtaining and Using Thesis Originality Reports that according to the maximum similarity index values specified in the Guidelines, my thesis does not include any form of plagiarism; that in any future detection of possible infringement of the regulations I accept all legal responsibility; and that all the information I have provided is correct to the best of my knowledge.

I respectfully submit this for approval.

Meryem Danişmaz Sevin

Student Information	Name-Surname	Meryem DANIŞMAZ SEVİN	
	Student Number	N16241053	
	Department	Social Work	
	Programme	Social Work- Doctoral	
	Status	PhD ☒	Combined MA/MSc-PhD ☐

SUPERVISOR'S APPROVAL

APPROVED
Professor Dr. Yasemin ÖZKAN

**As mentioned in the second part [article (4)/3] of the Thesis Dissertation Originality Report's Codes of Practice of Hacettepe University Graduate School of Social Sciences, filtering should be done as following: excluding reference, quotation excluded/included, Match size up to 5 words excluded.

EK 2 ETİK KURUL İZNI



HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

KURUL KARARI

OTURUM TARİHİ	OTURUM SAYISI	KARAR SAYISI
07.02.2023	2023/02	2023/02-26
Araştırma Numarası : GO 21/782		Değerlendirme Tarihi : 29.06.2021

Üniversitemiz İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü öğretim üyelerinden Prof. Dr. Yasemin ÖZKAN'ın sorumlu araştırmacı olduğu, Arş. Gör. Meryem Damırmaz SEVİN'in doktora tezi olan, GO 21/782 kayıt numaralı "*Obez Bireylerin Nüks Süreçlerini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi ve Nükle İlişkin Yaşam Deneyimleri*" başlıklı araştırma önerisi gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, idari izinlerin tamamlanması kaydı ile 08 Şubat 2023 – 08 Şubat 2026 tarihleri arasında geçerli olmak üzere etik açıdan uygun bulunmuştur.

Çalışma tamamlandığında sonuçlarını içeren bir rapor örneğinin Etik Kurulumuza gönderilmesi gerekmektedir.

Prof. Dr. Nüket PAKSOY ERBAYDAR Kurul Başkanı	Prof. Dr. Güzide Burça AYDIN Kurul Üyesi	Prof. Dr. Mehmet Özgür UYANIK Kurul Üyesi	İZİN Lİ Prof. Dr. Ayşe KİN İŞLER Kurul Üyesi
Prof. Dr. Sibel PEHLİVAN Kurul Üyesi	Prof. Dr. Burcu Balam DOĞU Kurul Üyesi	Prof. Dr. Tolga YILDIRIM Kurul Üyesi	Prof. Dr. Hande GÜNEY DENİZ Kurul Üyesi
Doç. Dr. Betül ÇELEBİ SALTIK Kurul Üyesi	Doç. Dr. Merve BATUK Kurul Üyesi	Doç. Dr. Gülten IŞIK KOÇ Kurul Üyesi	Dr. Öğr. Üyesi Müge DEMİR Kurul Üyesi
Dr. Öğr. Üyesi Burcu Ersöz ALAN Kurul Üyesi	Av. Buket ÇINAR Kurul Üyesi		

Evrakın elektronik imzalı suretine <https://www.turkiye.gov.tr/tu-ebys> adresinden b0e31695-7bd4-4af4-a873-1dc2af83dccc ile Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu'na uygun olarak Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.

EK 3 VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Nicel Araştırma Veri Toplama Aracı- Anket Formu

BÖLÜM I: Katılımcılara İlişkin Kişisel Bilgi Formu

1. Cinsiyetiniz
() Kadın () Erkek
2. Yaşınız (Açıklayınız).....
3. Medeni durumunuz
() Evli () Bekâr () Boşanmış
Evli iseniz kaç ay/ yıldır evlisiniz (Açıklayınız).....
4. Evli iseniz çocuk sayısı (Açıklayınız).....
Cinsiyetiniz “erkek” ise lütfen 12. soruya geçiniz.
5. İlk doğumunuzu kaç yaşında yaptınız? (Açıklayınız).....
6. En son doğumunuzu kaç yaşında yaptınız? (Açıklayınız).....
7. Genel olarak kaç yıl aralıklarla doğum yaptınız? (Açıklayınız).....
8. Gebe kalma şekliniz?
() Doğal yolla () Yardımcı üreme teknikleri ile (Aşılama, Tüp bebek gibi)
9. Gebelikte kayıplarınız oldu mu?
() Evet () Hayır
10. Doğumunuzu ya da doğumlarınızı nasıl gerçekleştirdiniz? (Sayısal olarak ifade ediniz.)

Doğum şekli	Kaç
Normal	
Sezeryan	
11. Gebelik/ gebelikleriniz döneminde kaç kilo aldınız? (Açıklayınız).....

Gebelik sayısı	Alınan kilo
1.gebelik	
2.gebelik	
3. gebelik	
12. Eğitim durumunuz
() Okuryazar değil () Lise
() Okuryazar () Ön lisans

- () İlkokul () Lisans
 () Ortaokul () Lisansüstü

13. Çalışıyor musunuz?

- () Evet () Hayır

14. Mesleğiniz (Açıklayınız).....

15. Ortalama gelir düzeyiniz (Açıklayınız).....

Kaç kardeşiniz (Açıklayınız)..... Ailede kaçınıcı çocuksunuz?.....

16. Kilonuz (Açıklayınız).....

17. Boyunuz (Açıklayınız).....

18. Şimdiye kadar en yüksek kilonuz kaç olmuştur? (Açıklayınız).....

19. Kronik bir hastalığınız var mı?

- () Evet () Hayır

Cevabınız “hayır” ise lütfen 23. soruya geçiniz.

20. Cevabınız “evet” ise; hastalığınızın türü nedir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- () Kalp ve Damar hastalığı
 () Hipertansiyon (Yüksek tansiyon)
 () Karaciğer hastalıkları
 () Safra kesesi hastalıkları
 () Pankreas hastalıkları
 () Böbrek hastalıkları
 () Şeker metabolizması hastalıkları
 () Sinir sistemi hastalıkları (epilepsi, felç gibi)
 () Sindirim sistemi hastalıkları
 () Kansızlık
 () Tiroit
 () Diğer (Açıklayınız)

21. Bu hastalığınız/ hastalıklarınız nedeniyle sürekli ilaç kullanıyor musunuz?

- () Evet () Hayır

22. Bu hastalığınız/ hastalıklarınız nedeniyle mi kilo aldınız?

- () Evet () Hayır

23. Tanısı konmuş bir psikiyatrik hastalığınız var mı?

- () Evet () Hayır

Cevabınız “hayır” ise lütfen 28. soruya geçiniz.

24. Cevabınız evet ise hastalığınız ismi nedir? (Açıklayınız).....

25. Bu hastalığınız için ilaç kullanıyor musunuz?

- () Evet () Hayır

26. Bu hastalığınız için ne kadar süredir ilaç kullanıyorsunuz? (Açıklayınız).....

27. Bu hastalığınız nedeniyle kilo aldınız mı?

() Evet () Hayır

28. Sigara kullanıyor musunuz?

() Kullanıyorum () Kullanmıyorum

Cevabınız “kullanmıyorum” ise lütfen 30. soruya geçiniz.

29. Cevabınız kullanıyorum ise; günlük kaç adet/ paket kullanıyorsunuz? (Açıklayınız).....

30. Alkol kullanıyor musunuz?

() Kullanıyorum () Kullanmıyorum

Cevabınız “kullanmıyorum” ise lütfen 32. soruya geçiniz.

31. Cevabınız kullanıyorum ise;

Alkol türü	Kullanma sıklığı	
	Haftada kaç gün	Kaç kadeh- bardak?
Bira		
Şarap		
Rakı		
Votka		
Diğer		

32. Genel olarak yeme alışkanlığınız nasıldır? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- () Ayakta atıştırmak
 () Tek başına yemek
 () Aile ile birlikte yemek
 () Televizyon izlerken, okurken, çalışırken yemek
 () Sıkıldığında yemek
 () Öfkeli ya da olumsuz ruh halleri içinde iken yemek
 () Öğünler arasında düzensiz bir şekilde yemek
 () Salonda veya yatak odasında yemek
 () Akşam geç vakitlerde ya da gece yemek
 () Öğünleri düzenli bir şekilde yemek
 () Diğer (Açıklayınız).....

33. Diyet yapıyor musunuz?

() Evet () Hayır

34. Egzersiz yapıyor musunuz?

() Evet () Hayır

Cevabınız “hayır” ise lütfen 36. soruya geçiniz.

35. Cevabınız “evet” ise egzersizi ne sıklıkla yapıyorsunuz?

- () Haftada bir iki gün
 () Haftada üç dört gün
 () Haftada beş altı gün
 () Haftada her gün

36. Sağlıksız atıştırmalar tüketiyor musunuz?

() Evet () Hayır

Cevabınız “hayır” ise lütfen 38. soruya geçiniz.

37. Cevabınız evet ise; genellikle ne zaman tüketiyorsunuz? (Açıklayınız)

38. Şimdiye kadar hiç zayıflama ilaçları kullandınız mı?

() Kullandım () Kullanmadım

39. Ailede obez başka birisi var mı?

- () Evet () Hayır

Cevabınız “hayır” ise lütfen 41. soruya geçiniz.

40. Ailede kim/ kimlerde var? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- () Anne
() Baba
() Kız Kardeş
() Erkek Kardeş
() Eş
() Diğer (Açıklayınız).....

41. Yakın çevrenizde obez biri/ birileri var mı?

- () Evet () Hayır

Cevabınız “hayır” ise lütfen 43. soruya geçiniz.

42. Cevabınız “evet” ise kim/ kimlerde var? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- () Arkadaşlarım () Komşularım () Diğer (Açıklayınız)

43. Kaç yaşında kilo problemi yaşamaya başladınız?

- () 0- 9 yaş () 10- 19 yaş () 20- 29 yaş () 30- 39 yaş
() 40- 49 yaş () 50 yaş ve üzeri

44. Sizce obezitenin nedenleri nelerdir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilir siniz.)

- () Genetik faktörler () Geçmişte yaşanan travmalar
() Stres () Yeme bozuklukları
() Sağlıksız atıştırmalar () Yalnızlık duygusu
() Kullanılan bazı ilaçlar () Hormonal ve metabolik bozukluklar
() Sigara- alkol kullanımı () Doğum sayısı ve doğumlar arası sürenin kısa olması
() Yetersiz fiziksel aktivite () Sedanter (düzensiz fiziksel aktivite) yaşam
() Kültürel etmenler () Diğer (Açıklayınız).....

45. Obezite ile ilgili kaç kere tedavi gördünüz?

- () 1 kez () 2-3 kez () 4-5 kez () 6 ve üzeri

46. Obezite ile ilgili şimdiye kadar hangi tedavileri denediniz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- () Diyet
() Egzersiz tedavisi
() Davranış değişikliği tedavisi (kendi kendini gözlemleme- uyaran kontrolü- bilişsel yeniden yapılandırma gibi)
() İlaç tedavisi
() Cerrahi tedavi (bypass, bantlama, gastrik balon, rekonstrüktif cerrahi gibi)

() Diğer (Açıklayınız).....

47. Kilo vermek için sizi motive eden şey nedir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

() Sağlıklı olmak

() Daha güzel görünmek

() Mutlu olmak

() Diğer

48. Kilo verme sürecinde size en çok destek kim oldu?

() Annem- babam

() Eşim

() Arkadaşlarım

() Çocuğum/ çocuklarım

() Akrabalarım

() Sevgilim

() Patronum/ işverenim

() Sağlık alanında çalışanlar

() Diğer (Açıklayınız).....

49. Şimdiye kadar verdiğiniz en fazla kilo ne kadardır? (Açıklayınız)

50. Şimdiye kadar verdiğiniz kiloları en fazla ne kadar süre korudunuz? (Açıklayınız)

51. Geri kilo alma durumunuz;

() Kaybettiğim kilonun tümü

() Kaybettiğim kilodan fazlası

() Kaybettiğim kilonun yarısı ya da daha azı

() Kaybettiğim kilonun yarısından fazlası

52. Sizce geri kilo alma nedenleriniz nelerdir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

() Tükenmişlik/ yorgunluk

() Hastalık

() Başarısız bırakma girişimleri

() “Bir kereden bir şey olmaz” düşüncesi

() Çocuk sahibi olma

() Evlenme

() Taşınma/ göç etme

() Yeni bir işe girme

() Sınavlar

() Pandemi

() Doğal afetler

() Diğer (Açıklayınız).....

53. Kilonuza bağlı hiç ayrımcılığa maruz kaldınız mı?

() Evet

() Hayır

Cevabınız “hayır” ise lütfen ikinci bölüme geçiniz.

54. Cevabınız “evet” ise kimler tarafından ayrımcılığa maruz kaldınız? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- () Annem- babam tarafından () Eşim tarafından
- () Arkadaşlarım tarafından () Çocuğum/ çocuklarım tarafından
- () Akrabalarım tarafından () Tanımadığım insanlar tarafından
- () Sevgilim tarafından () Patronum/ işverenim tarafından
- () Sağlık çalışanları tarafından () Öğretmenim/ okul müdürüm tarafından
- () Diğer (Açıklayınız).....

BÖLÜM II: Genel Özyeterlilik Ölçeği

Aşağıda çeşitli konulardaki düşüncelerinizi öğrenmek üzere cümleler verilmiştir. Cümlede geçen ifadenin sizi ne kadar tanımladığını, lütfen, size uygun olan bölmeye işaretleyiniz.

Sizi ne kadar tanımlıyor?

	Hiç (1)				Çok iyi (5)
1. Planlar yaparken, onları hayata geçirebileceğimden eminimdir.					
2. Sorunlarımdan biri, bir işe zamanında başlayamamamdır.					
3. Eğer bir işi ilk denemede yapamazsam, başarana kadar uğraşırım.					
4. Belirlediğim önemli hedeflere ulaşmada, pek başarılı olamam.					
5. Her şeyi yarım bırakırım.					
6. Zorluklarla yüz yüze gelmekten kaçınırım.					
7. Eğer bir iş çok karmaşık görünüyorsa onu denemeye bile girişmem.					
8. Hoşuma gitmeyen bir şey yapmak zorunda kaldığımda onu bitirinceye kadar kendimi zorlarım.					
9. Bir şey yapmaya karar verdiğimde hemen işe girişirim.					
10. Yeni bir şey denerken başlangıçta başarılı olamazsam çabucak vazgeçerim.					
11. Beklenmedik sorunlarla karşılaştığımda kolayca onların üstesinden gelemem.					
12. Bana zor görünen yeni şeyleri öğrenmeye çalışmaktan kaçınırım.					
13. Başarısızlık benim azmimi arttırır.					

14. Yeteneklerime her zaman çok güvenmem.					
15. Kendine güvenen biriyim					
16. Kolayca pes ederim.					
17. Hayatta karşıma çıkacak sorunların çoğuyla baş edebileceğimi sanmıyorum.					

BÖLÜM III: Baş Etme Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE) Envanteri

Bu ölçekte, obezite hastalığı olan bireylerin başa çıkma yollarını tanımlayan 28 madde bulunmaktadır. Sorunlarla başa çıkmaya çalışmanın birçok yolları vardır. Bu yolların doğru veya yanlış oluşu değil, kişiye uygun olup olmadığı önemlidir. Lütfen her bir maddeyi dikkatle okuyunuz ve her birini diğerlerinden ayrı değerlendirmeye çalışarak, yanıtınızı olabildiğince sizin için doğru kılınız. Her bir ifade için verdiğiniz kararı "bunu hiç yapmıyorum"dan "bunu çok yapıyorum"a kadar uzanan dörtlü ölçek üzerinde size uygun olan derecelerden **yalnız birini** işaretleyerek belirtiniz.

- 1 = bunu hiç yapmıyorum
 2 = bunu çok az yapıyorum
 3 = bunu orta derecede yapıyorum
 4 = bunu çok yapıyorum

	1	2	3	4
1. Zihnimi boşaltmak için kendimi işe veya diğer etkinliklere veriyorum.				
2. Tüm çabamı içinde bulunduğum durum için birşeyler yapmaya yoğunlaştırıyorum.				
3. Kendime "bu gerçek değil" diyorum.				
4. Kendimi daha iyi hissetmek için alkol veya diğer maddeleri kullanıyorum.				
5. Diğer insanlardan duygusal destek alıyorum.				
6. Başa çıkmaya çalışmaktan vazgeçiyorum.				
7. Durumu daha iyi yapmaya çalışmak için harekete geçiyorum.				
8. Böyle bir şey olduğuna inanmayı reddediyorum.				
9. Kendime rahatsız edici duygulardan kurtulmamı sağlayan şeyler söylüyorum.				
10. Diğer insanlardan yardım ve tavsiye alıyorum.				
11. Bu durumu atlatabilmek için alkol veya başka maddeler kullanıyorum.				
12. Sorunu farklı bir gözle görmeye, onun daha olumlu görünmesini sağlamaya çalışıyorum.				

13. Kendimi eleştiriyorum.				
14. Ne yapmam gerektiğine ilişkin bir yol bulmaya çalışıyorum.				
15. Beni rahatlatan ve bana anlayış gösteren birisini buluyorum.				
16. Başa çıkma girişimlerimden vazgeçiyorum.				
17. Olup bitenlerde olumlu bir şeyler arıyorum.				
18. Durumla ilgili şakalar yapıyorum.				
19. Sorunu daha az düşünmek için sinemaya gitmek, TV seyretmek, okumak, hayal kurmak, uyumak, alışveriş yapmak gibi şeyler yapıyorum.				
20. Bu durumun gerçek olduğunu kabul ediyorum.				
21. Olumsuz duygularımı ifade ediyorum.				
22. Huzuru dinsel veya diğer inançlarımda bulmaya çalışıyorum.				
23. Ne yapabileceğim konusunda diğer insanlardan tavsiye ve yardım almaya çalışıyorum.				
24. Bu durumla yaşamayı öğreniyorum.				
25. Hangi adımları atacağım konusunda çok düşünüyorum.				
26. Olup bitenler için kendimi suçluyorum.				
27. Dua ediyorum veya meditasyon yapıyorum.				
28. Bu durumla dalga geçiyorum.				

BÖLÜM IV: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

Bu sorular çocukluğunuzda ve ilk gençliğinizde (18 yaşından önce) başınıza gelmiş olabilecek bazı olaylar hakkındadır. Her bir soru için sizin durumunuza uyan rakamı daire içerisine alarak işaretleyiniz. Sorulardan bazıları özel yaşamınızla ilgilidir; lütfen elinizden geldiğince gerçeğe uygun yanıt veriniz. Yanıtlarınız gizli tutulacaktır.

Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde...	Hiçbir zaman (1)	Nadiren	Kimi zaman	Sık olarak	Çok sık (5)
1. Evde yeterli yemek olmadığından aç kalırdım.					
2. Benim bakımımı ve güvenliğimi üstlenen birinin olduğunu biliyordum.					
3. Ailemdelikler bana "salak", "beceriksiz" ya da "tipsiz" gibi sıfatlarla seslenirlerdi.					

4. Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırlardı.					
5. Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan biri vardı.					
6. Yırtık, sökük ya da kirli giysiler içerisinde dolaşmak zorunda kalırdım.					
7. Sevdiğimi hissediyordum.					
8. Anne ve babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.					
9. Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.					
10. Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.					
11. Ailedekiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu.					
12. Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.					
13. Ailedekiler birbirlerine ilgi gösterirlerdi.					
14. Ailedekiler bana kırıncı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.					
15. Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma (dövülme, itilip kakılma vb.) inanıyorum.					
16. Çocukluğum mükemmeldi.					
17. Bana o kadar kötü vuruluyor ya da dövülüyordum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun bunu fark ettiği oluyordu.					
18. Ailemde birisi benden nefret ederdi.					
19. Ailedekiler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi.					
20. Birisi bana cinsel amaçla dokundu ya da kendisine dokunmamı istedi.					
21. Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla ya da benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı.					
22. Benim ailem dünyanın en iyisiydi.					
23. Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.					
24. Birisi bana cinsel tacizde bulundu.					
25. Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma (hakaret, aşağılama vb.) inanıyorum.					
26. İhtiyacım olduğunda beni doktora götürecek birisi vardı.					
27. Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.					

28. Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.					

BÖLÜM V: Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-II

Aşağıda, birtakım ifadeler yer almaktadır. Lütfen her bir ifadeyi okuyarak, belirtilen duruma katılma derecenizi, 1 Hiç katılmıyorum 7 Tamamen katılıyorum olacak biçimde belirtiniz. Bu iki görüş arasındaki düşüncelerinizi rakamlardan size en uygun olanını işaretleyerek ifade edebilirsiniz. Eğer bir ifade ile ilgili fikriniz yoksa ya da kararsızsanız 4 rakamını işaretleyiniz.

1. Hiç katılmıyorum

7. Tamamen katılıyorum

	1		4		7
1. Birlikte olduğum kişinin sevgisini kaybetmekten korkarım.					
2. Gerçekte ne hissettiğimi birlikte olduğum kişiye göstermemeyi tercih ederim.					
3. Sıklıkla, birlikte olduğum kişinin artık benimle olmak istemeyeceği korkusuna kapılırım.					
4. Özel duygu ve düşüncelerimi birlikte olduğum kişiyle paylaşmak konusunda kendimi rahat hissedirim.					
5. Sıklıkla, birlikte olduğum kişinin beni gerçekten sevmediği duygusuna kapılırım.					
6. Romantik ilişkide olduğum kişilere güvenip inanmak bana zor gelir.					
7. Romantik ilişkide olduğum kişilerin beni, benim onları önemsedığım kadar önemsemeyeceklerinden endişe duyarım.					
8. Romantik ilişkide olduğum kişilere yakın olma konusunda çok rahatımdır.					
9. Sıklıkla, birlikte olduğum kişinin bana duyduğu hislerin benim ona duyduğum hisler kadar güçlü olmasını isterim.					
10. Romantik ilişkide olduğum kişilere açılma konusunda kendimi rahat hissetmem.					
11. İlişkilerimi kafama çok takarım.					
12. Romantik ilişkide olduğum kişilere fazla yakın olmamayı tercih ederim.					
13. Benden uzakta olduğunda, birlikte olduğum kişinin başka birine ilgi duyabileceği korkusuna kapılırım.					
14. Romantik ilişkide olduğum kişi benimle çok yakın olmak istediğinde rahatsızlık duyarım.					
15. Romantik ilişkide olduğum kişilere duygularımı gösterdiğimde, onların benim için aynı şeyleri hissetmeyeceğinden korkarım.					
16. Birlikte olduğum kişiyle kolayca yakınlaşabilirim.					
17. Birlikte olduğum kişinin beni terk edeceğinden pek endişe duymam.					
18. Birlikte olduğum kişiyle yakınlaşmak bana zor gelmez.					
19. Romantik ilişkide olduğum kişi kendime olan güvenimi sarsar.					
20. Genellikle, birlikte olduğum kişiyle sorunlarımı ve kaygılarımı tartışırım.					
21. Terk edilmekten pek korkmam.					
22. Zor zamanlarımda, romantik ilişkide olduğum kişiden yardım istemek bana iyi gelir.					
23. Birlikte olduğum kişinin, bana istediğim kadar yakın olmadığını düşünürüm.					
24. Birlikte olduğum kişiye hemen hemen her şeyi anlatırım.					
25. Romantik ilişkide olduğum kişiler bazen bana olan duygularını sebepsiz yere değiştirirler.					
26. Başımдан geçenleri birlikte olduğum kişiyle konuşurum.					
27. Çok yakın olma arzum bazen insanları korkutup uzaklaştırır.					
28. Birlikte olduğum kişiler benimle çok yakınlaştığında gergin hissedirim.					
29. Romantik ilişkide olduğum bir kişi beni yakından tanıdıkça, benden hoşlanmayacağından korkarım.					
30. Romantik ilişkide olduğum kişilere güvenip inanma konusunda rahatımdır.					

31. Birlikte olduğum kişiden ihtiyaç duyduğum şefkat ve desteği görememek beni öfkeliendirir.							
32. Romantik ilişkide olduğum kişiye güvenip inanmak benim için kolaydır.							
33. Başka insanlara denk olamamaktan endişe duyarım.							
34. Birlikte olduğum kişiye şefkat göstermek benim için kolaydır.							
35. Birlikte olduğum kişi beni sadece kızgın olduğumda fark eder.							
36. Birlikte olduğum kişi beni ve ihtiyaçlarımı gerçekten anlar.							

Anketimize katıldığınız için teşekkür ederiz.

Nitel Araştırma Veri Toplama Aracı- Yarı- Yapılandırılmış Görüşme Formu

Katılımcının sosyo- demografik özellikleri nelerdir?

- Yaşınız- cinsiyetiniz- eğitim düzeyiniz- medeni durumunuz- mesleğiniz nedir?
- Doğum yeriniz ve yaşadığınız yer neresidir?
- Kilonuz, boyunuz
- Şimdiye kadar en yüksek kilonuz

Bana doğumundan itibaren başlayarak çocukluğunuzu kısaca anlatır mısınız?

Eğitim görmüş olduğunuz okul ve okul ortamınızdan/ yaşamınızdan bahseder misiniz?

Bana aile üyelerinizden bahseder misiniz?

Bana evliliğinizden bahseder misiniz?

İş yaşamınızdan bahseder misiniz?

Sahip olduğunuz kronik hastalıklar ve psikiyatrik bozukluklardan bahseder misiniz?

Bana ev ortamı ve sosyal çevrenizden bahseder misiniz?

Bana kişilik özelliklerinizden bahseder misiniz?

Bana obezite hastalığınızdan bahseder misiniz?

- İlk kilo probleminiz ne zaman ve nasıl gelişti?
- İlk kilo problemini açıkça tanımladığınız bir dönem oldu mu?
- Yoğun olarak kilo aldığınız dönemleriniz oldu mu?
- Kilo yaşamınızı nasıl etkiledi?
- Obezite ile ilgili olarak yaşadığınız sorunlar nelerdir? Bu sorunların yaşamınızı nasıl etkilediğini paylaşıyor mısınız?
- Obezitenin sorunlarına yönelik olarak kullandığınız başa çıkma başa çıkma stratejileriniz nelerdi ve bu stratejilerin sizin yaşamınızı nasıl etkiledi?
- Kilo vermeye karar verme ve bununla yüzleşme süreciniz nasıl oldu? Bu süreçte sizi motive eden kaynaklarınız nelerdi?

- Şimdiye kadar obezite ile başa çıkmak için hangi tedavi yöntemlerini denediniz ve bu süreçteki deneyimleriniz nelerdir?
- Kilo verme sürecinizden sonra yaşamınızda hangi değişimleri fark ettiniz?
- Kilo verme sürecinizin ardından tekrar kilo almanızın nedenlerini nasıl açıklarsınız?
- Kilo alıp verme döngüsünü durdurabilmek için yaşamınızda yapılması gereken değişiklikler nelerdir?
- Önceki kilo verme girişimleriniz nelerdir bahseder misiniz?

Kilo verme sürecinde değişen değerleriniz veya bakış açınız oldu mu?

