



**ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**KİLO SORUNLARI İÇİN GRUP GÖRÜŞMELERİNE
KATILAN KİLOLU VE OBEZ KADINLARIN
DERİNLEMESİNE İNCELENMESİ**

**DR. ZELİHA YELDA ÖZER
UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
DOÇ.DR. HATİCE KURDAK**

ADANA-2016

TEŞEKKÜR

Aile hekimliği uzmanlık eğitimim süresince bilgilerini ve desteklerini her zaman hissettiğim Aile Hekimliği AD Başkanı Prof.Dr. Esra SAATÇI'ya ve Prof.Dr. Nafiz BOZDEMİR'e, Prof.Dr. Ersin AKPINAR'a, Doç.Dr. Sevgi ÖZCAN'a, Doç.Dr. Hatice KURDAK'a,

Hazırladığım uzmanlık tezi sürecinde karşılıksız yardımları ve bilimsel katkıları nedeniyle Doç.Dr. Sevgi Özcan'a ve Prof.Dr. Gülşah SEYDAOĞLU'na, uzmanlık tezimin hazırlık aşamasında verileri toplamamda yardım ve desteklerini esirgemeyen Yrd.Doç.Dr. Çiğdem ÖZDEMİR'e, Arş.Görv.Dr. Özgür GÜNAŞTI'ya, Çağlar BILDIRCIN'a, ayırdıkları değerli zamanları ve çalışmama verdikleri destek için tüm katılımcılara, doğdukları günden beri neşe kaynağım olan ve tez sürecinde ve uzmanlık eğitimimde sonsuz destek veren yeğenlerim Çağrı ÇELİK, Uğur ÇELİK ve Mustafa ÖZER'e teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

TEŞEKKÜR	I
İÇİNDEKİLER	II
ŞEKİL LİSTESİ.....	VI
TABLO LİSTESİ.....	VII
KISALTMA LİSTESİ	VIII
ÖZET	IX
ABSTRACT.....	X
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Obezitenin Nedenleri	3
2.1.1 Genetik, Epigenetik ve İntrauterin Etki	3
2.1.2. Çevresel Ajanlar	5
2.1.2.1. Gıdalar	5
2.1.2.2. Beslenme Tarzı	6
2.1.2.3. Sedanter Yaşam	7
2.1.2.4. Uyku.....	7
2.1.2.5 İlaçlar	7
2.1.2.6 Toksinler	8
2.1.3.7. Virüsler	8
2.1.3.8. Mikrobiyota	9
2.1.2.9 Davranışsal, Psikolojik, Sosyal Faktörler	9
2.2. Obezitenin Sağlığa Etkileri	11
2.2.1 Obezitenin Biyolojik Etkileri.....	12
2.2.2 Obezitenin Psikolojik Etkileri.....	15
2.2.3 Obezitenin Sosyal Etkileri	15
2.2.4 Obezitenin Varoluşsal Etkisi	17
2.3. Obezitenin Tedavisi	17
2.3.1. Obezitenin Farmakolojik Tedavisi.....	21
2.3.2. Obezitenin Cerrahi Tedavisi	23

2.3.3. Obezitede Non-Farmakolojik Tedavi	26
2.3.3.1. Obezitede Tıbbi Beslenme Tedavisi.....	26
2.3.3.2. Obezite İçin Davranışçı Terapi	29
2.3.3.3. Grup Görüşmeleri	34
2.4. Araştırma Yöntemleri	35
2.4.1. Nicel Araştırmalar.....	36
2.4.2. Nitel Araştırmalar	36
3. YÖNTEM	39
3.1. Araştırmanın Tipi	39
3.2. Gerekçe.....	39
3.3. Örneklem Seçimi	40
3.4. Onam Formu, Bilgi Formu ve Anketlerin Doldurulması	41
3.5. Beden Ölçümlerinin Alınması.....	41
3.6. Araştırmacıların Epistemolojik ve Ontolojik Özellikleri	41
3.7. Yöntemin Belirlenmesi.....	42
3.8. Derinlemesine Görüşme İçin Hazırlık Aşaması ve Pilot Görüşme.....	45
3.8.1. Derinlemesine Görüşmenin Sorularının Belirlenmesi	46
3.8.2. Katılımcıların Derinlemesine Görüşme İçin Davet Edilmesi	50
3.8.3. Derinlemesine Görüşme ve Kayıt	51
3.8.4. Transkriptlerin Yazılması.....	51
3.8.5. Verilerin Analizi.....	52
3.8.5.1. Görüşmelerden Elde Edilen Verilerin Genel Konu Başlıklarına ve ya Alt Konu Başlıklarına Bölünmesi.....	52
3.8.5.2. Konuların Özelliklerine Göre Etiketlenmesi	52
3.8.5.3. Önemli Bulguları Tanımlama ve Yorumlama	52
3.8.5.4. Çalışmanın Geçerlik ve Güvenirliği	53
4. BULGULAR	57
4.1. Katılımcı Özellikleri.....	57
4.2. Analiz ve Bulgular	61
4.3. Temalar ve Alt Temalar	63
4.3.1. Duygu, Düşünce ve Davranış Döngüsünün, Obezite ve Kilo Verme Çabasına Etkisi.....	63

4.3.1.1. Obezite Konusundaki Duygu ve Düşünceleri	63
4.3.1.2. Obezite Konusundaki İnanışlarının Davranışlarına Etkisi.....	67
4.3.1.2.1. İnternal Stigmatizasyon ve Kısıtlanma	67
4.3.1.2.2. Kabul Görme Çabası.....	71
4.3.1.2.3 Kısır Döngüye Girme.....	73
4.3.2. Çevrenin Obezite ve Kilo Verme Çabasına Etkisi	74
4.3.2.1. Eksternal Stigma.....	74
4.3.2.2. Kilo Sorununa Yönelik Hitap Tercihleri	78
4.3.2.3. Sağlık Çalışanlarının Kilo Sorununa Yönelik Hitapları	81
4.3.2.4. Toplumsal Cinsiyet Ayrımcılığı	84
4.3.2.5. Çevrenin Kilo Verme Çabasına Etkisi.....	87
4.3.3. Grup Görüşmeleri ile İlgili Deneyimleri	90
4.3.3.1. Olumlu Etkiler.....	90
4.3.3.2. Olumsuz Etkiler	95
4.3.3.3. Sürdürebildikleri Sağlıklı Yaşam Tarzı Değişiklikleri	98
4.3.3.4. Motivasyonları	101
4.3.3.5. Önerileri	105
4.3.4. Yaşam Dönüm Noktaları.....	108
4.3.4.1. Travmatik yaşam Olaylarının Obezite ve Kilo Verme	108
Çabalarına Etkisi	
5. TARTIŞMA	114
5.1. Duygu, Düşünce ve Davranış Döngüsünün Kilo Verme	
Çabasına Etkisi.....	114
5.2. Çevrenin Obezite ve Kilo Verme Çabasına Etkisi.....	119
5.3. Grup Görüşmeleri ile ilgili Deneyimleri	126
5.4. Yaşam Dönüm Noktaları	134
5.5. Çalışmanın Kısıtlılıkları	135
SONUÇLAR ve ÖNERİLER.....	136
KAYNAKLAR.....	138
EKLER.....	149
Ek 1. Bilgilendirilmiş Onam Formu	149

Ek 2. Grup Görüşmeleri Değerlendirme Formu	150
Ek 3. Sosyal Sorun Çözme Envanteri Kısa Form.....	152
Ek 4. ÖZGEÇMİŞ	154
Ek 5. ETİK KURUL ONAYI	155



ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Genetik Olarak Aynı, Epigenetik Olarak Farklı Agouti Fareleri	4
Şekil 2. Obezitenin Sağlığa Etkileri.....	12
Şekil 3. Değişimin Aşamaları Modeli.....	30
Şekil 4. İnternal Stigma İçin Formülasyon Modeli.....	118



TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Obezitede Risk Değerlendirilmesi.....	19
Tablo 2. Obezite İlişkili Organ Sistem Sorunları	20
Tablo 3. Obezite Tedavi, Yönetiminde Danışmanlık ve Odak Görüşmelerde 5Ö Basamakları	31
Tablo 4. Niteliksel ve Niceliksel Araştırmaların Farkları.....	36
Tablo 5. Derinlemesine Görüşme Soruları	47
Tablo 6. Duygu Listesi.....	48
Tablo 7. Sözel Etiketler Listesi.....	49
Tablo 8. Katılımcıların Özellikler.....	58
Tablo 9. Transkript Yazım Aşaması Sonrası İzlenen Yol ve Ulaşılan Alt Temalar...62	

KISALTMA LİSTESİ

TURDEP: Türkiye Diyabet, Obezite ve Hipertansiyon Epidemiyolojisi Çalışması

GG: Grup Görüşmeleri

ÇÜTF: Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi

SYTD: Sağlıklı Yaşam Tarzı Değişikliği

DG: Derinlemesine Görüşme

BKİ: Beden Kütle İndeksi

SHG: Sonic Hedgehog Gene

MSG: Monosodyum glutamat

Ad36: Human Adenovirüs 36

RAV-7: Rous associated virus, type 7

OSAS: Obstrüktif Uyku Apnesi

IL-6: İnterlökin-6

PCOS: Polikistik Over Sendromu

NHLBI: National Heart, Lung and Blood Institute

VBG: Vertikal Band Gastroplasti

LAGB: Laparoskopik Ayarlanabilir Gastrik Band

JIB: Jejunioilyal by-pass

DS: Duodenal Switch

RYGB: Roux-en-Y gastrik bypass

BPD: Bilyopankreatik Diversiyon

BPD/DS: bilyopankreatik diversiyon/duodenal switch

ÖZET

Kilo Sorunları İçin Grup Görüşmelerine Katılan Kilolu ve Obez Kadınların Derinlemesine İncelenmesi

Amaç: Kilo sorunları için grup görüşmelerine katılan kilolu ve obez kadınlarla yapılacak derinlemesine görüşmelerle obezite, kilo verme çabası ve grup görüşmelerinin niteliksel bir çalışmayla incelenmesi amaçlandı.

Yöntem: Sağlıklı yaşam tarzı değişikliği için altı ay boyunca grup görüşmelerinin tümüne katılan kadınlardan amaçlı örnekleme 20'si çalışmaya, alındı. Katılımcılarla, yarı-yapılandırılmış sorular kullanılarak derinlemesine görüşmeler yapıldı. Görüşmelerin ses kaydı alınarak transkriptleri yazıldı. Transkriptlerin analizinde triangülasyon sağlanarak önce kodlama daha sonrasında da kategorizasyon yapıldı.

Bulgular: Çalışmanın bulgularında dört ana temaya ulaşıldı. Ana temalar; “duygu, düşünce ve davranış döngüsünün, obezite ve kilo verme çabasına etkisi”, “çevrenin obezite ve kilo verme çabasına etkisi”, “grup görüşmeleri ile ilgili deneyimleri”, “yaşam dönüm noktaları”dır. Birinci temanın alt temaları; “obezite konusundaki inanışlarının davranışlara etkisi”, “internal stigmatizasyon-kısıtlanma”, “kabul görme çabası”, “kısır döngüye girme”dir. İkinci ana temanın alt temaları; “eksternal stigma”, “kilo sorununa yönelik hitap tercihleri”, “sağlık çalışanlarının kilo sorununa yönelik hitapları”, “toplumsal cinsiyet ayrımcılığı” ve “çevrenin kilo verme çabasına etkisi”dir. Üçüncü temanın alt temaları; “olumlu etkiler”, “olumsuz etkiler”, “sürdürebildikleri sağlıklı yaşam tarzı değişiklikleri”, “motivasyonları” ve “önerileri”dir. Dördüncü ana temanın alt teması; “travmatik yaşam olaylarının obezite ve kilo verme çabasına etkileri” olarak bulunmuştur.

Sonuç: Obezitenin nedenleri ve kilo verme davranışları birbiriyle ilişkili ve karmaşık bir yapıya sahiptir. Obeziteyle savaşmada bu karmaşık yapıya cevap verecek yöntemlere gereksinimi vardır. Aile hekimleri kilo sorunu olan bireylere biyopsikososyal-kültürel ve varoluşsal yaklaşımla etkin grup görüşmeleri yaparak yardımcı olabilirler.

Anahtar Kelimeler: Obezite, grup görüşmeleri, niteliksel çalışma, derinlemesine görüşme

ABSTRACT

In-Depth Analysis of Obese and Overweight Women that Participated in Group Visits to Address their Weight Problems

Aim: The aim of the study was to analyze obesity, weight loss struggle and the group visits, through a qualitative study conducted via in-depth interviews with overweight and obese women that attended the group visits for their weight problems.

Method: Among women that attended all of the group visits through a period of six months for healthy life-style changes, 20 were selected through purposive sampling and were included in the study. Through semi-structured questions, in-depth interview was conducted with each participant. The interviews were recorded and transcribed afterwards. By obtaining triangulation in the analysis of the transcripts, first coding and afterwards categorization was performed.

Results: Four main themes were identified in the findings of the study. The main themes are: “the influence of the emotion, thought and behavior cycle over the weight-loss struggles and obesity”, “the influence of the social surrounding over weight-loss struggles”, “the experiences in group visits” and “the lifelong milestones”. The sub-components of the first theme are: “the impact of personal beliefs on obesity over the behavior”, “internal stigmatization and self-restriction”, “the endeavor to be accepted by others”, “entering a vicious cycle”. The sub-components of the second theme are: “external stigmatization”, “preferences on how to address weight problems”, “the way healthcare professionals choose to address weight problems”, “social gender discrimination” and “the influence of the society over the struggles to lose weight”. The sub-components of the third theme are: “positive effects”, “negative effects”, “the healthy life-style changes the patients can maintain”, “patients’ motivation” and “patients’ suggestions”. The sub-component of the fourth main theme was determined as “the influence of traumatic experiences over obesity and weight loss struggles”.

Conclusion: The causes of obesity and the weight loss behaviors share an interconnected and complex structure. The fight against obesity requires tools that can address this complex nature of the problem. Family physicians can help individuals with weight problems through efficient group visits with a bio-psychosocial-cultural and existential approach.

Key Words: Obesity, group visits, qualitative study, in-depth interview.

1. GİRİŞ

Obezite günümüzde bir global pandemi olarak kabul edilmektedir.¹ Dünya Sağlık Örgütü'ne göre obezite, sağlık için risk oluşturacak şekilde anormal ya da aşırı yağ birikimi şeklinde tanımlanmıştır. Obezite gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin en önemli sağlık sorunları arasında yer almaktadır. Kilolu ve obez olma durumu diyabet, kardiovasküler hastalıklar ve kanseri de içeren çok sayıda kronik hastalık açısından önemli bir risk faktörüdür.² Ülkemizde yapılan TURDEP II (2011) çalışmasının sonuçlarına göre; Türkiye'de 12 yılda obezite artışı kadınlarda %34, erkeklerde %107'dir.³

Aile hekimlerine kayıtlı hasta sayısının ortalama 3500 olduğu ülkemizde bireysel görüşmelere ayrılan zaman oldukça sınırlıdır. Grup görüşmeleri (GG) bu uygulamanın aynı sürede daha fazla hastaya uygulanabilir olması nedeniyle zaman yönetimi açısından önemlidir.⁴ Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi (ÇÜTF) Aile Hekimliği'nde 2014 yılında "*Kilolu ve Obez Kadınlarda Grup Görüşmelerinin Vücut Ağırlığına, İyilik Haline ve Sağlık Denetim Odağına Etkisi*" başlıklı bir tez yürütülmüştür. Altı ay boyunca sekiz grup görüşmesiyle sağlıklı yaşam tarzı değişikliği (SYTD) oluşturulmaya çalışılan katılımcılarda ortalama %8,2 kilo kaybı sağlanmıştır. Bununla beraber çalışmayı tamamlayan 30 kişinin kilo verme oranları birbirinden farklı olmuştur. Ayrıca iki katılımcı çalışmayı kilo alarak tamamlamıştır. Bu farklı sonuçlar kilo vermeyi etkileyen bireysel faktörlerin araştırılmasını gerekli kılmaktadır. Yine aynı çalışmada; iç denetimli bireylerin, verilen bilgi ve becerilerle değişim yönünde daha kolay ilerleyerek bu yönlerin güçleneceği varsayımı da gerçekleşmemiştir.

Obezitenin nedeni tam olarak tespit edilememekle beraber; cinsiyet, beslenme alışkanlıkları, genetik özellikler, çevresel, perinatal, nörolojik, psikososyal, kültürel, varoluşsal faktörlerin üzerinde durulmaktadır.⁵ Hem kilo verme hem de koruma girişimlerinin başarısını etkileyen çok sayıda bireysel faktör bulunmaktadır. Derinlemesine görüşmelerle (DG) elde edilecek nitel verilerin bu bireysel faktörlerin aydınlatılmasına yardımcı olabileceği düşünülmüştür.

Bu çalışmanın amacı, bahsedilen çalışmada girişim yapılan grubun, çalışmanın bitiminden sonraki altı aylık sürenin sonundaki; kilo koruma durumlarını, SYTD sürdürme durumlarını, GG deneyimi hakkındaki görüşlerini, süreçte etkili olma olasılığı olan bireysel faktörleri ve GG'nin geliştirilmesinde katkısı olabilecek düşüncelerini incelemektir.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Obezitenin Nedenleri

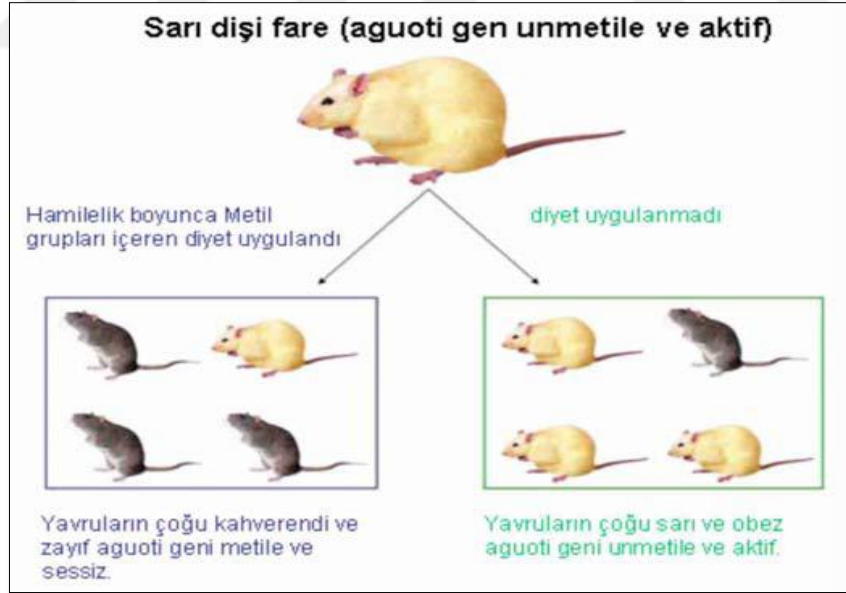
2.1.1. Genetik, Epigenetik ve İntrauterin etki

Obezitenin nedeni tam olarak tespit edilememekle beraber; cinsiyet, beslenme alışkanlıkları, genetik özellikler, çevresel, perinatal, nörolojik, psikososyal, kültürel, varoluşsal nedenler üzerinde durulmaktadır.⁵ Obezitede genlerin etkisi için “genler silahı doldurur ve çevre tetiği çeker” benzetmesi kullanılmaktadır.⁶ Genetik faktörlerin rolü karmaşıktır. Obezite genlerinin kalıtımı genellikle Mendel kurallarına uymaz, genlerin rolüyle çevresel faktörleri birbirinden ayırmak güçtür. Örneğin, evlatlık alınan bireyler obezite açısından, evlat edinildikleri ailelerinden çok biyolojik ebeveynlerine benzerler ve bu genetik etkinin güçlü bir kanıtıdır. Buna benzer şekilde tek yumurta ikizleri ister beraber büyüsünler, isterlerse ayrı büyüsünler birbirlerine çok yakın beden kütle indeksine (BKİ) sahip olurlar. Bu durum monozigotik ikizlerinde, dizigotik ikizlere göre daha belirgindir. Bu bulgular genlerin hem enerji alımı hem de enerji tüketimi üzerinde etkili olduğunu göstermektedir.⁷

Obeziteye neden olan genlerden birkaçı, gıdanın bulunduğu hemen her ortamda obezite üretme gücüne sahiptirler. Bunların en önemlileri; leptin eksikliği, leptin reseptör eksikliği ve melanokortin-4 reseptör kusuru genleridir.⁸ Obezitenin genetiği konusundaki bir çalışma, drosophiladaki (meyve sineği) yağ organıyla ilgilidir. Bu gen ifadesi çalışmasında, Sonic Hedgehog Gene (SHG) göze çarpmıştır. Farelerde bu genin aşırılığında, vücut yağlarının çok az olduğu gözlenmiştir. Adipoz dokudaki bu genin, gelecekteki obezite tedavisinin hedefi olabileceği düşünülmektedir.⁹

Epigenetik, kelime olarak DNA dizisinde değişiklik olmaksızın, gen anlatımının düzenlenmesi ile ilişkili kalıtılabilen değişiklikleri ifade etmektedir.¹⁰ Obezite sadece enerji dengesindeki bozukluktan kaynaklanmaz, bazı epigenetik mekanizmalar da etki eder. Epigenetik değişiklikler; DNA metilasyonu, histon modifikasyonu, kromatin katlanması ve miRNA’ların (mikroRNA) düzenleyici etkilerini içermektedir. Obezitede etkili olan epigenetik mekanizmalar, genetik faktörler, yaş, beslenme faktörleri ve çevresel faktörlerle etkileşim halindedir. Bu nedenle obeziteye yatkınlık ve iştah kontrolünde bireysel farklılıklar gözlenmektedir.

Epigenetik modifikasyonlar içerisinde, DNA metilasyonu, memeli genomunda en yaygın olarak görülmektedir.¹¹ DNA metilasyon paterni beslenmedeki değişiklikler, karşılaşılan kimyasallar ve genetik polimorfizmlere de bağlı olarak değişkenlik gösterebilir. Gıdalarla alınan metil grupları, metiyonin ve folat aracılığı ile DNA'ya aktarılır. “Epigenom” çalışmaları ile erken gelişim döneminde çevresel etkilerin epigenetik çeşitliliği arttırdığı ve böylece metabolik ve kronik hastalık riskine neden olduğu gösterilmektedir. Hamilelik sürecinde annenin beslenmesinde metil verici gıdaların az alınması fetal gelişim sırasında metilasyon bozukluklarına neden olabilmektedir.¹²⁻¹⁴ Kim ve arkadaşları tarafından, gebe beslenmesinde önemli bir yeri olan folikasidin, DNA metilasyonunu doza bağımlı olarak etkilediği gösterilmiştir.¹⁵ Hamilelik diyetinde genistein (hormon benzeri bir isoflavondur ve ana kaynağı soya fasulyesidir) içerikli besinlerle beslenen obez sarı renkli agouti farelerinde, agouti geninin hipermetilasyonu teşvik edilerek genin ekspresyonunun azaldığı ve buna bağlı olarak da yavru agouti farelerinin annelerinden farklı olarak zayıf ve kahverengi olduğu gözlenmiştir¹⁵⁻¹⁶ (Şekil 1)



Şekil 1. Genetik olarak aynı, epigenetik olarak farklı agouti fareleri.^{12,16}

2.1.2. Çevresel Ajanlar

Yirminci yüzyıl boyunca pek çok çevresel faktörün obezite riskini etkilediği gözlemlenmiştir. Çevresel ajanlar içerisinde; gıdalar, beslenme tarzı, uyku, ilaçlar, toksinler, sedanter yaşam tarzı, davranışsal, psikolojik ve sosyoekonomik faktörler sayılabilir. Bu faktörleri anlayabilmenin yolu, epidemiyolojik veya çevresel bakış açısı geliştirmektir. Tüm bu çevresel ajanların her birine yanıt olarak genetik bileşenler içerdiği de akılda tutulmalıdır.⁶

2.1.2.1. Gıdalar

Tüm enerji gereksinimi yenilen gıdalar ve içilen içeceklerle sağlanır. Bu yüzden gıdalar ve içecekler olmadan yaşam mümkün değildir. Gıdaların seçiminde, maliyet ve ulaşılabilirlik önemli bir belirleyicidir. Gıdaların obeziteye etkilerinde başlıca; gıdaların maliyeti, tüketilen porsiyonların büyüklüğü, enerji dansitesi, yeme tarzı, restoran ve ayaküstü yemek yenilen yerler, öğün atlama, gıdaların bileşenleri, kalorisi yüksek şekerli içecekler, yağlı gıdalarla beslenme, gıdaların bağırsak florası üzerindeki etkileri sayılabilir.⁶

Küçük miktarlarda “fazla kalori” almanın kilolu olma etyolojisindeki rolü ekonomik faktörlerle açıklanmaktadır. Yakın geçmişte, özellikle 1970’lerin başından itibaren, enerji yoğunluğu yüksek gıdaların fiyatı diğer ürünlere göre düşmüştür. Yapılan araştırmalara göre 1980’li yılların başından itibaren şeker ve yağ oranı yüksek gıdaların fiyatı meyve ve sebzelerle kıyaslandığında göreceli olarak azalmıştır.¹⁷ Sonuç olarak; düşük gelire sahip olan insanların daha fazla şeker ve yağ içeren gıdaları tüketmeleri şaşırtıcı değildir.⁶

Tüketilen gıdalar ve obezite ilişkisinde, geçtiğimiz son kırk yılda dramatik bir şekilde artan porsiyon büyüklüğüne de değinilmeli. Yapılan incelemeler; artan enerji alımının temelde porsiyon büyüklüğü ile ilişkili olduğunu göstermiştir.¹⁸ Büyük porsiyonların sonucunda daha fazla gıda ve dolayısıyla kalori tüketilmektedir. Aslında birçok gıdanın etiketinde porsiyon başına kalori içeriği yazmaktadır ancak paketler birden fazla porsiyon içermektedir.

İçecekler de enerji kaynaklarıdır. Bu nedenle şekerli içecekler yerine su tüketilmesi önerilmektedir. Kalorili şekerli içecekler, özellikle meşrubatlar ve meyve

sularının, enerji alımını arttırdığı düşünülmektedir. Yapılan kontrollü deneylere göre, bireyler kalorili içeceklerle aldıkları fazladan enerji alımını dengelemek için tüketilen gıda miktarını azaltmamaktadırlar. Amerika’da yetişkinler, enerjilerinin %10’nu kalorili şekerli içeceklerden sağlamaktadırlar. Enerji alımını azaltmak için şekerli kalorili içeceklerin tüketiminin azaltılması önerilmektedir.¹⁹

2.1.2.2. Beslenme

Beslenme, pozitif enerji dengesinin sağlanmasında çok önemli bir role sahiptir. Bilindiği gibi toplam enerji alımının harcanandan fazla olması sonucunda obezite gelişmektedir. Enerjiyi oluşturan besinlerin oranları da önemlidir. Tüketilen besinlerdeki basit karbonhidrat oranının yüksek olması, alınan fazla enerjinin vücutta yağa dönüştürülüp depo edilmesine ve kilo artışına neden olmaktadır. Basit karbonhidratlara benzer şekilde yüksek yağ içerikli besin tüketimiyle obezite arasında da pozitif korelasyon vardır. Bireylerde obeziteye neden olan ana faktörlerden biri de hatalı beslenme davranışıdır. Obeziteye neden olan başlıca hatalı beslenme davranışları şunlardır:

- Normalin üstünde besin tüketilmesi
- Özellikle çalışan kişilerde sağlıklı besinler yerine yenmeye hazır, enerji yoğunluğu yüksek besinlerin çok tüketilmesi,
- Akşam eve geldikten sonra yemek zamanına kadar atıştırmak ve sonra tekrar yemek yemek,
- Hızlı yemek, büyük lokmalar almak, az çiğnemek, çatalı kaşığı elinden hiç bırakmamak,
- Öğün atlamak, öğün aralarında sürekli bir şeyler atıştırmak,
- Yemek yerken başka aktivitelerle uğraşmak (sohbet etmek, TV seyretmek, okumak vb.)
- Uzun süre sofrada kalmak,
- Sıkıntılı, stresli ve öfkeli durumlarda aşırı yemek,
- Ziyaret ve davetlere sık sık katılmak ve ikramları reddedememek,
- Akşam yemeğinden sonra yatıncaya kadar sürekli yemek,
- Gece uykudan uyanıp yemek yemek,

- Su içmemek veya az içmek, susayınca yüksek enerjili içecekleri tercih etmek.²⁰

2.1.2.3. Sedanter Yaşam

İlerleyen teknolojiyle makinelerin hayatımıza girmesi, ulaşım kolaylıkları, evlerde işleri kolaylaştıran aletlerin çoğalması, televizyon ve bilgisayar kullanımının yaygınlaşması, fiziksel aktiviteyi kısıtlamış ve enerji harcamasını azaltmıştır. Özellikle yaş ilerledikçe fiziksel aktivitenin azalmasına bağlı olarak enerji ihtiyacı daha da azalmaktadır.²¹ Sanayileşme ve modern yaşam tarzının sebep olduğu bedensel hareketsizlik, her yaş grubundaki bireyleri olumsuz etkilemektedir. Sedanter yaşam tarzı obezitenin yanı sıra, obezitenin neden olduğu sağlık problemlerini de beraberinde getirmektedir. Özellikle orta yaş ve üzeri dönemlerde obezitenin yanı sıra hipertansiyon, kaslarda zayıflık, diyabet ve koroner arter hastalığı risk faktörlerinin artması gibi birçok sağlık problemleri daha yaygın olarak görülmektedir.²²⁻²³

2.1.2.4.Uyku

Yetişkinlerde uyku ve vücut ağırlığı arasında bir ilişki olduğu bazı çalışmalarla tespit edilmiştir. Bu epidemiyolojik çalışmalar, laboratuvarında, uyku saatinin manipüle edildiği deneysel çalışmalarla desteklenmiştir.²⁴ Uyku yoksunluğu, uyku süresini azaltarak glukoz toleransını bozar ve insülin direncini arttırır. Uyku süresinin azaltılması leptin seviyesini de düşürür ve ghrelin seviyeleri, yeniden kilo alımını ayarlayacak şekilde yükselir. Bunların uyanı sıra uyanık geçirilen dönemlerin daha fazla gıda tüketimine neden olması da kilo artışında önemli bir etkidir.

2.1.2.5. İlaçlar

Bazı psikiyatrik hastalıkların tedavisinde kullanılan ilaçlar, steroidler ve insülin kilo artışına neden olabilir. Antidepresanlar (lityum, amitriptilin, imipramin, fenelzin), antipsikotikler (fenotiyazid, butrofenon), antiepileptikler (karbamezepin, valproat, klozapin, olanzapin, ketiapin), SSRI'lar (mitrazapin, venlafaksin, bupropion, nefadozon), antidiyabetikler (insülin, repaglinid), kemoterapötikler (5FU, siklofosamid, metotreksat), steroidler (östrojen, medroksiprogesteron asetat, megesterol), tamoksifen

ve aromataz inhibitörleri, antihistaminikler ve antiretroviral ilaçlar kilo alımına yol açabilirler.²⁵

2.1.2.6. Toksinler

Toksinler vücut ağırlığını etkileyebilir. Bunların içinde başlıca; sigara, organoklorinler ve monosodyum glutamatı sayabiliriz. Sigara içiciliği 1900'den 1970 yılına kadar artmıştır ve daha sonra yirminci yüzyılın geçtiğimiz son otuz yılında azalmıştır. Sigara içenler içmeyenlere göre daha düşük BKİ'ye sahip bulunmuşlardır. Sigara içmeyi bıraktıktan sonra sık sık kilo alımına rastlanmıştır. Bir çalışmaya göre; sigarayı bırakan erkekler ortalama 38 kg alırken, sigarayı bırakan kadınlar ortalama 2,8 kg kilo almaktadırlar.²⁶

Birçok kimyasal toksinin vücut yağlarında biriktiğini ve kilo verildiğinde bunların vücutta serbestçe dolaştığını biliyoruz. Bunlardan ilk tespit edileni organoklorinlerdir. Backman ilk kez bariyatrik cerrahi sonrası vücuttaki organoklorinlerin azaldığını göstermiştir. Organoklorin molekülleri ile metabolizma hızı azalabilir.²⁷ Çevremizdeki çok sayıdaki klorlu kimyasallara uzun süreli olarak maruz kalmak metabolik yolları ve enerji metabolizmasını etkileyebilir. Tiroid hormon sentezi azalır, plasma T3 ve T4 miktarı azalır, tiroid hormon klirensi artar, iskelet kası ve mitokondriyal oksidasyon azalır.⁶

Gıda katkı maddeleri, yaygın olarak kullanılan bir başka sınıf kimyasaldır ve obezitenin salgın haline gelmesiyle ilgili olabilir. Nitekim, deney hayvanlarında yapılan çalışmalara göre, yaygın olarak kullanılan gıda tatlandırıcı bir madde olan monosodyum glutamata (MSG) neonatal dönemde, maruziyet obeziteye neden olmuştur.²⁸

2.1.3.7. Virüsler

Obezitenin meydana gelmesinde çeşitli patojenler suçlanmıştır. Santral sinir sistemlerine canine distemper virüsü, RAV-7 (Rous associated virus number 7) virüsü, Borna hastalığı virüsü, scrapie virüsü, SMAM-1 virüsü ve üç adenovirüs tipi (tip 5, 24 ve 36) enjekte edilen farelerde şişmanlık meydana gelmiştir.⁶ Yapılan çalışmalarda human adenovirüs 36 (Ad36) yağlanma artışı, artmış glisemik kontrol ve enflamasyon indüksiyonu ile ilişkili bulunmuştur.²⁹

2.1.3.8. Mikrobiyota

İntestinal mikrobiyota, trilyonlarca mikroorganizmanın oluşturduğu bir organ sistemi gibi fonksiyon gören bir komplekstir. Bu mikrobiyota sabit değildir. Mikrobiyota kişiye özgü, kişinin yaşamı boyunca endojen ve ekzojen faktörlere duyarlıdır. Barsak mikrobiyotasının içeriği ve yoğunluğu, fizyolojik ve anatomik yapılarındaki farklılıktan dolayı barsağın proksimalinden distaline, yüzeyel kısmından luminal kısmına değişiklik gösterirken kişinin yaşı, beslenme alışkanlıkları, coğrafik kökeni, yaşam tarzı, doğum şekli, antibiyotik kullanımı gibi çeşitli çevresel faktörlerden etkilenir.³⁰

Barsak mikrobiyotasının obezite ve ilişkili metabolik hastalıklar üzerindeki potansiyel etkisi üzerine çok sayıda hipotez öne sürülmüştür. Bunlardan ilki enerji ekstraksiyonu hipotezidir. İnce bağırsaklarda konağın sindirim enzimi olmadığı için sindirilemeyen dirençli nişasta ve fiberlerin mikrobiyota tarafından sindirilmesiyle ortaya çıkan kısa zincirli yağ asitlerinin sağladığı ek enerji olarak tanımlanabilir. Kısa zincirli yağ asitleri asetat, propionat ve butirat kolonik mukoza tarafından emilerek lipid ve glukozun de novo sentezinde kullanılır.³¹ Bunun sonucunda günlük kalorisinin %10'u kadar ek kalori sağlanır.

Enerji artımı ve depolanmasına ek olarak mikrobiyotanın pro-inflamatuvar ve anti-inflamatuvar özellikleri de obezite gelişimi ile ilişkili olabilir. Bakteri duvarından salınan lipopolisakkaritler inflamasyonu başlatır ve Toll-like reseptörlerin (patojenlere karşı erken konak savunmasında rol alan, doğuştan var olan reseptörler) ekspresyonunu artırır. Mikrobiyotanın konağın yeme davranışlarını ve insülin direnci gelişimini TLR5'e bağlı olarak düzenlediği saptanmıştır.³²

2.1.2.9. Davranışsal, Psikolojik ve Sosyal Faktörler

Obezite bir ruhsal bozukluk olarak DSM-5'de yer almamaktadır. Bunun yanı sıra “kaçıngan/kısıtlı yiyecek alımı bozukluğu”, “tıkınırcasına yeme bozukluğu”, “gece yeme sendromu” obezitenin psikolojik ve davranışsal nedenleri arasında değerlendirilen konulardır. Kaçıngan/kısıtlı yeme; daha çok orta yaşlı ve normal kilodaki kadınlarda gözlenen, bilinçli olarak sınırlı gıda alımıdır. Genellikle yüksek sosyoekonomik düzeyi olan kadınlar ölçülü yeme davranışıyla kilolarını korumaktadırlar. Kaçıngan/kısıtlı yeme davranışında; yüksek düzey bilinç kontrolüyle

düşük vücut ağırlığı sağlanabilmektedir. Bu davranıştaki artış daha fazla kilo kontrolü sağlamayla ilişkili bulunmuştur ama aynı zamanda kontrolü kaybedip, aşırı yeme ve sapma riski yüksektir. Kaçıngan/kısıtlı yeme davranışında kontrol kaybı, kişinin kilosunda artma ve azalmalarla gider. Bu iniş ve çıkışları kendini suçlama dönemleri takip eder. Bu periyod Polivy ve Herman tarafından 2002 yılında “boş umut sendromu” olarak tanımlanmıştır. Davranışlarını değiştirmedeki başarısız girişimlere rağmen insanlar kendilerini değiştirebilmek için sık sık girişimde bulunmaktadırlar. Olumsuz sonuçlara rağmen bireylerin bu tutumlarında ısrarcı olmalarını anlamak güçtür. Polivy ve Herman “boş umut sendromunu” kendini değiştirme girişimlerinin sonuçlarından, hızlı, aşırı, kolay, gerçekçi olmayan beklentiler olması şeklinde ifade etmişlerdir.³³

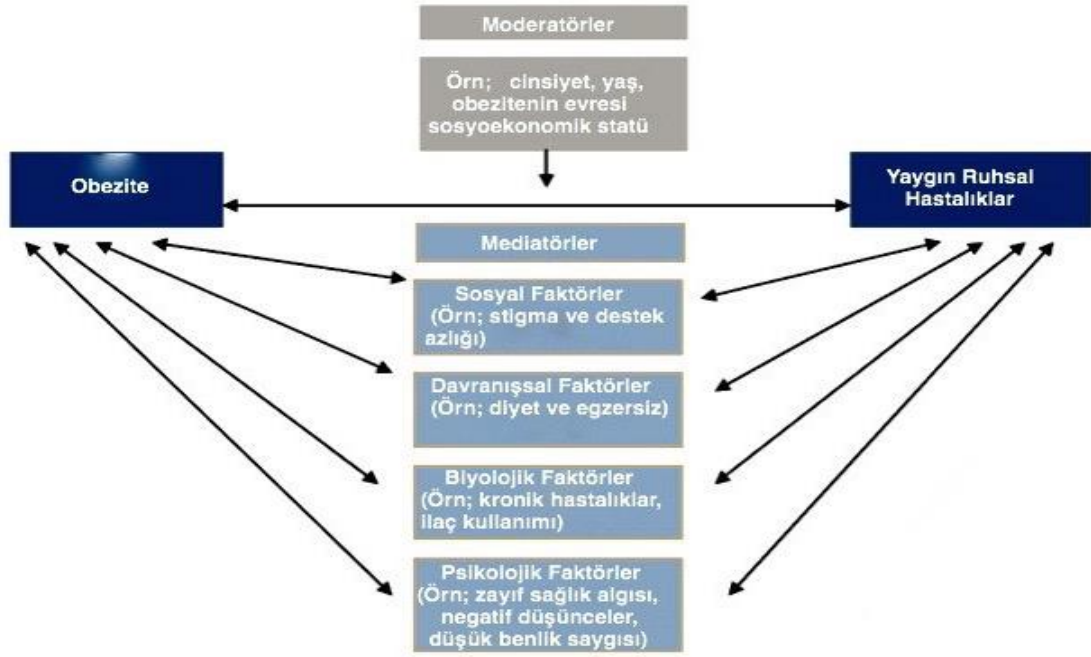
Tıkınırcasına yeme bozukluğu; obeziteye neden olan psikolojik durumlardan biridir ve kontrolsüz yeme epizotlarıyla karakterizedir. Tıkınırcasına yeme atakları sırasında; normalden daha hızlı yeme, tamamen dolu hissedinceye kadar yeme, fiziksel açlık hissetmediği halde aşırı miktarda yeme, ne kadar çok yediğinin görülmesinden utandığı için yalnızken yeme ve sonrasında kendinden tiksime, depresif ve suçlu hissetme durumları gözlenmektedir.³⁴ Allison ve Timmerman tarafından yapılan bir çalışmada yeme ataklarının çoğunlukla öğle (%27,1) ya da akşam yemekleri (%45,8) ve hafta sonları (%62,5) sırasında meydana geldiği gözlenmiştir. Tıkınırcasına yeme atakları sırasında en yaygın tüketilen ürünler sırasıyla; ekmek/pasta (%64,6), tatlılar (%56,2), yüksek yağlı et ürünleri (%45,3) olarak bulunmuştur.³⁵ Hastalar serotonin modüle eden ilaçlarla tedaviye cevap verebilmektedirler.

Obeziteye neden olan psikolojik sendromlardan bir diğeri de “gece yeme sendromudur”. Gece yeme sendromunu (GYS); 1955 yılının başlarında Stunkard, obez kadınlarla yaptığı bir çalışmada tanımlamıştır. Akşam yemeğinden sonra, gece uykudan uyanıp aşırı besin tüketimi ile kendini gösterir. GYS, bireyin uyku uyanıklık döngüsündeki değişimlerle veya yerel sosyal dış etkilerle tam olarak açıklanamamıştır. GYS, önemli sıkıntılara ya da işleyişte bozulmalara neden olabilir. Bu yeme bozukluğunun, tıkınırcasına yeme bozukluğu ve başka bir mental bozuklukla, madde kullanımı da dahil olmak üzere, başka bir tıbbi bozukluk ya da ilaç etkisiyle ilişkisi tanımlanamamıştır.³⁴ Monozigotik ve dizigotik ikizlerle yapılan bir çalışmada, GYS kadınlarda %3,4 erkeklerde %4,6 olarak bulunmuştur.³⁶ Gece yeme klinik olarak önemlidir.

Sosyal faktörler de obezitenin nedenlerindendir. Christakis ve Fowler, Framingham çalışmasıyla, sosyal ağlarla, birbirlerine bağlı olan 12,067 kişiyi, 1971'den 2003'e kadar tekrar tekrar değerlendirilmiştir. Bu çalışmanın sonunda obez bireyler üç düzeye ayrılmıştır. Birinci düzeyde; belirli bir zaman diliminde, bireyin eğer obez bir arkadaşı varsa ilerde obez olma olasılığı %57 oranında artmıştır. İkinci düzeyde; eğer kardeşlerden biri obezse, diğer kardeşin obez olma olasılığı %40 artmıştır. Üçüncü düzeyde; eğer eşlerden biri obezse diğerinin obez olma olasılığı %37 artmıştır. Bu etki komşular arasında da gözlenmemiştir. Obezitede, aynı cinsten olanlar karşı cinsten olanlara göre daha fazla etkilenmektedir. Bu veriler bize, obezitenin, sosyal bağlarla yayıldığını göstermektedir. Obezite, özellikle kadınlarda, düşük eğitim düzeyiyle daha fazla ilişkilidir. Düşük sosyoekonomik durum ve obezite arasında da ters ilişki bulunmaktadır.^{37,39} Yapılan çalışmalarla BKİ ile sosyoekonomik durum arasındaki ters ilişki gösterilmiştir. Yüksek sosyoekonomik düzeydeki insanlar, egzersizi de içeren sağlıklı kilo kontrolü uygulamalarıyla daha fazla ilgilenmektedirler ve daha az yeme eğilimindedirler.

2.2. Obezitenin Sağlığa Etkileri

Obezitenin nedenleri gibi sağlığa etkileri de çok faktörlüdür. Aşağıdaki şekilde obezitenin sağlığa etkilerine genel bir bakış sunulmuştur. (**Şekil 2**)



Şekil 2. Obezitenin Sağlığa Etkileri ^{40,42}

2.2.1. Obezitenin biyolojik etkileri

Obezitenin sağlığa biyolojik etkileri, obezitede vücutta meydana gelen değişiklikleri basitçe iki grupta toplayarak ifade edilebilir. Birincisi adipoz doku kitlesindeki artış, ikincisi de artmış yağ dokusu hücrelerinden patojen ürünlerin (adipokinlerin) salınımındaki artıştır. Obezite patogenezinin bu şekilde basite indirgenerek sınıflandırılması obezite komplikasyonlarının da nedene göre basit sınıflamasına olanak vermektedir.

a) *Temelde Yağ Dokusu Kitlesinin Artışına Bağlı Gelişen Sorunlar:* Artmış parafarengeal yağ depolanmasına bağlı gelişen “obstrüktif uyku apnesi sendromu (OSAS)” , artmış yağ dokusunun eklemlerde yırtıklara neden olması sonucu gelişen “osteoartritler” ve obezitenin kendisinin kişide neden olduğu “sosyal ve psikolojik” sorunlardır.

b) Yağ Hücrelerinin Metabolik ve Salgısal İşlev Değişiklikleri Sonucu Gelişen

Sorunlar: Bu komplikasyonlara, genişlemiş yağ hücrelerinden salınan ve yağ dokusundan uzakta etki gösteren ürünler (adipokinler) zemin hazırlar. Bu durumun yaygın genel örneği “insülin direnci”dir. İnsülin direnci, obezitede yağ dokusundan artmış serbest yağ asidi salınımı ve salınan bu yağ asitlerinin karaciğer ve çizgili kasta depolanması ile ilişkilidir. İnsülin rezistansı pankreas beta hücrelerinin işlev kapasitesini aşmaya başlayınca “Tip 2 Diyabet” ortaya çıkar. Yağ dokusundan artmış sitokin salınımı, özellikle de interlekin-6 (IL-6), “düşük dereceli inflamatuvar süreç” i başlatabilir. Artmış plasminojen aktivatör inhibitör-1 salınımı, “tromboza ve prokoagülan durumlara yatkınlık” yaratır. Buna eşlik eden endotel işlev bozukluğu da “kardiovasküler hastalık” ve “hipertansiyon” için zemin hazırlar. Büyümüş stromal kitleden salınan östrojen, “meme kanseri” için risk oluşturur. Artmış sitokin salınımı diğer kanser gelişiminde rol oynayabilir. Artmış yağ dokusunun patojenik faktörleri bir arada olduğunda, beklenen yaşam süresi kısalır. Tip 2 Diyabet, her iki cinsten ve tüm etnik gruplarda obeziteye paralellik göstermektedir. Tip 2 Diyabet riski obezitenin derecesi ve süresi ile yakından ilişkilidir.²⁰

Obezitenin sağlığa biyolojik etkileri yukarıda bahsedilen hastalıklarla sınırlı kalmaz. Bu patofizyolojik temel; koroner kalp hastalığı, kalp yetersizliği ve atriyal fibrilasyon, inme, demans, gastrointestinal ve hepatobiliyer hastalıklar, eklem hastalıkları, solunum sistemi hastalıkları, kanser, polikistik over sendromu (PKOS), böbrek hastalıkları, genitoüriner hastalıklara neden olur.

Koroner kalp hastalığı (KKH); KKH riskindeki artışın yaklaşık olarak yarısı obezitenin kan basıncı ve lipidler üzerine olan olumsuz etkilerinden kaynaklandığı söylenebilir. NHS’de BKİ<21 kg/m² olanlara göre düzeltilmiş KKH riski BKİ 21-22,9 kg/m² olanlarda 1.2 kat, 23-24.9 kg/m² olanlarda 1.5 kat, 25-28,9 kg/m² olanlarda 2,1 kat, 29 kg/m² ve üzerinde olanlarda 3,6 kat artmıştır. INTERHEART çalışmasında ilk myokard infarktüsü (MI) geçirme riskinin %20’si obeziteye bağlanabilir.²⁰

Kalp yetersizliği ve atriyal fibrilasyon; BKİ 30 kg/m² veya üzerinde olan kişilerde non-obezlere göre kalp yetersizliği 2 kat, atriyal fibrilasyon riski ise 1,5 kat yüksek bulunmuştur. Kilo fazlalığı, subklinik sağ ventrikül disfonksiyonu ile de ilişkili olup bu ilişkisinin OSAS, Tip 2 Diyabet ve HT’ den bağımsız olduğu belirlenmiştir.

İnme; BKİ'nin 27 kg/m^2 ya da üzerinde olması, 18 yaşından sonra kilo almış olmanın iskemik inme riskinde artışa neden olduğu gösterilmiştir. Obezite ayrıca derin ven trombozu ve pulmoner emboli riskinde de artışa neden olur. Obezitede demans görülme sıklığı da artmıştır.

Gastrointestinal ve hepatobiliyer hastalıklar; kilo alımıyla orantılı olarak kolelitiazis riski artmaya başlar. Obezite aynı zamanda nonalkolik yağlı karaciğer hastalığına da yol açar. Ayrıca obezitede gastroözefajiyal reflü hastalığı, eroziv özefajit, özofagus adenokarsinomu ve mide kanseri riskleri de artmıştır.

Eklem hastalıkları; obezlerde bireylerde osteoartrit sıklığındaki artış mevcuttur. Aynı zamanda gut artritinin de sıklığında artış gözlenmiştir.²⁰

Solunum sistemi hastalıkları; obezitede obezite hipoventilasyon sendromu ve OSAS gibi ciddi solunum bozuklukları görülebilir. Solunum fonksiyonlarında ayrıca rezidü akciğer hacminde artış, akciğer kompliyansında azalma, ventilasyon perfüzyon anomalileri gibi değişiklikler olabilir.

Kanser; obezitede bazı kanser tiplerinin sıklığı artar. BKİ' de 5 kg/m^2 artış erkeklerde özofagus, tiroid, kolon ve renal kanserlerinin görülme riskini sırasıyla 1,52, 1,33, 1,24 ve 1,24 kat arttırır. Kadınlarda ise endometriyum, safra kesesi, özofagus ve renal kanserleri görülme sıklığı obez bireylerde sırasıyla 1,59, 1,59, 1,51 ve 1,34 kat artar. BKİ, Asya-Pasifik popülasyonlarında ayrıca meme kanseriyle de ilişkilidir.

Polikistik over sendromu (PKOS); obezlerde visseral obeziteyle ilişkili olarak testosteron üretimi artmıştır. Bu nedenle hirsutizm ve adet düzensizlikleri görülebilir. PKOS, kadınlarda hirsutizmin en sık nedeni olup, obez kadınlarda daha sık görülür.

Böbrek hastalığı; obezite kronik böbrek hastalığı için bağımsız risk faktörüdür. Böbrek taşı riskini arttırır. Kadınlarda fazla kilo ve obezite üriner inkontinans için risk faktörleridir.

Genitoüriner hastalıklar; fazla kilolu ve obez kadınlarda seksüel uyarılma ve orgazm problemleri daha sıktır. Erkeklerde ise obezite erektil disfonksiyon için bağımsız risk faktörüdür.

2.2.2. Obezitenin Psikolojik Etkileri

Dünya Ruh Sağlığı Federasyonu, obezitenin, psikolojik sorunlara neden olduğunu öne sürmüştür. Obezite; depresyon, yeme bozuklukları, bozulmuş beden algısı ve düşük benlik saygısını da içeren psikolojik bozuklukları tetikleyebilir. Obezite ve depresyon gibi ruhsal bozukluklar arasındaki bağlantıyı anlamak, önemli bir halk sağlığı sorunudur. Bu durumların her ikisinin de hastalık yükü olarak dünya genelindeki sağlık sistemleri üzerindeki etkisi büyüktür. Tedavi edilmemiş depresyon, obezitenin nedeni ve etkisi olabilir.

Yapılan çalışmalar obezite ile depresyon arasında karşılıklı ilişki olduğunu göstermiştir. Depresyon ve obezite arasındaki boylamsal, çift yönlü ilişki klinik pratikte önemli bir husustur. Kilo alma depresyon sonucunda olabilir, bakım sağlayıcılar depresyonlu hastaların ağırlıklarını izlemelidir. Benzer şekilde fazla kilolu ya da obez hastaların da duygu durumu izlenmelidir. Bu farkındalık, risk altındaki kişiler için erken teşhis ve önlem alınması ve her iki hastalığın eş zamanlı tedavi edilmesini sağlar. Sonuçta her iki durumun da yükünün azaltılması sağlanır.⁴³

2.2.3. Obezitenin Sosyal Etkileri

Obezite, toplumsal, psikolojik ve ekonomik yönü ile toplumun her kesimini ilgilendirir. Obez bireyler için stadyumlarda, arabalarda, sinemalarda, spor sahalarında, tiyatro gibi yerlerde oturak mekanları değiştirilmek zorunda kalmıştır. Dolayısıyla obezite hekimlerle birlikte mühendisleri, mimarları ve tasarımcıları da ilgilendirmektedir.

Düşük sosyoekonomik sınıflarda ve bazı etnik gruplarda obezite sıklığı daha yüksektir. Fakir ülkelerde obezite, zenginlik ve başarının bir sembolü olarak değerlendirilir. Obez bireylere karşı küçük görme, önyargı ve saygısızlık son derece yaygındır. Sobal ve Stunkard bu durumu “*sosyal olarak kabul gören önyargı*” olarak tanımlamışlardır. Sağlık personelinin bile obezlerin tembel, aptal ve değersiz olduğunu düşündüğü görülmüştür. Önyargı ve ayırım daha çocuklukta başlar. Stafferi 6 yaşındaki bir çocuğun, aşırı kilolu başka bir çocuğun görünüşünün “tembel, kirli, aptal, çirkin” olduğunu düşündüğünü saptamıştır. Obez bireyler toplumsal alanlarda “etkilenirler”. Ayrımcılık onların özsaygılarının azalmasına, depresyona açık duruma gelmelerine yol açar. Benlik saygısının azalması, obez bireylerin disforik ve depresif olmalarına sebep

olur. Obez bireyler çalışma hayatında da ayrımcılıkla karşı karşıya kalırlar. İşverenlerin %16'sı obez kadınlara iş vermemekte, %44'ü de ancak özel şartlarda bu tür bireyleri çalıştırmayı kabul etmektedir. Güvenlik güçleri, itfaiye birimleri ve havayolları obez bireyleri işe almamaktadır veya işten çıkarmaktadır. Rand ve McGregor (1990) obez bireylerin önemli ölçüde önyargı ve ayırım ile karşılaştıklarını tespit etmişlerdir. Elli yedi obez bireye operasyon ve sonrası (14 ay sonra) envanter uygulanmıştır. Obez bireyler operasyon öncesi kendilerine ayrımcılık yapıldığını ve önyargılı davranıldığını belirtmişlerdir. Operasyondan sonra böyle bir yakınma dile getirmemişlerdir.⁴⁴

Obezite damgasının (stigma) sonucu özellikle önyargı ve açık ayrımcılıktır.⁵ Devlin ve arkadaşları (2007), obeziteyi “tanısı en kolay, tedavisi en zor durum” olarak tanımlamışlardır. Obezitenin, diğer bazı damgalanmış hastalıklardan farkı obez bir kişinin bu durumu gizlemesinin mümkün olmayışındır. Lewis ve arkadaşları bu durumu “şişman vücudun fiziksel görünürlüğü” olarak açıklamışlardır. Zayıflama endüstrisi, moda endüstrisi, medya, sağlık profesyonelleri ve diğerlerinin arasındaki etkileşimin, obezitedeki damgalamayı güçlendirdiğine ve yoğunlaştırdıklarına dikkat çekmişlerdir. Onlar obez bireylerin deneyimlemiş olabilecekleri üç farklı damga tanımlamışlardır: *doğrudan damga*, kamu sataşmalarına alenen maruz kalmak gibi, *çevresel damga*, otobüs ya da uçak koltuklarını sığamayacakları şekilde tasarlanmış olması gibi, *dolaylı damga*, süpermarket arabalarının diğer alışveriş yapanlar tarafından incelenmesi gibi.

Wadden ve Didie'nin 2003 yılında yaptığı çalışmayı 2012 yılında Volger ve arkadaşları tekrar etmiş ve şu sonuca ulaşmışlardır; obez bireyler, kendilerinin obeziteyi tanımlamak için kullanılan terimler konusunda çok hassaslardır. Örneğin, tercih edilmeyen kelimeler arasında; “şişmanlık”, “fazla yağ”, “obezite” ve “büyük beden” yer almaktadır. Bununla beraber, “kilo”, “ağırlık”, “sağlıksız kilo”, “kilo problemi” ve “sağlıksız BKİ” daha kabul edilebilir bulunmuştur. Hatta, obez hastaya bakım veren klinisyenin kendi kilosu bile etkilidir. Bleich ve arkadaşlarının 2012 yılında yaptıkları 500 birinci basamak hekimini içeren kesitsel çalışmada; normal kilodaki hekimlerin, obezite sorunuyla daha fazla yüzleşme eğiliminde oldukları ve bu sorunla ilgilenirken, diyetle ilgili tartışma ve egzersiz danışmanlığı da dahil, obez hekimlere göre daha rahat hissettikleri bulunmuştur. Bu araştırmacılar, hekimlerin, hastalarının kilolarının kendi kilolarından fazla olduğunu algıladıkları zaman obeziteyle ilgili konuşma başlatma olasılıklarının daha fazla olduğunu da bulmuşlardır.^{45,49.}

2.2.4. Obezitenin Varoluşsal Etkileri

Varoluşsal fenomenoloji, her bir bireyin kendine özgü ve tek olduğunu destekler. Bu görüş hekimlere, hastaların iyileşmelerinde özerkliklerine saygı duyarak destekleyici yaklaşım kurabilmeleri için “iyileştirici ilişki” kurmalarında rehberlik eder. Varoluşsal sorunları anlayan “iyileştirici” bir ilişki de bu kaygılar her bir bireyin gelişimini ve özünü anlamanın önemli parçalarıdır.

Varoluşsal alan; özgürlüğü (dış yapının yokluğu), ölüme ilişkin endişeleri (varoluşsal silinmeyi), varoluşsal yalıtımı (ben ve diğerleri arasındaki kapanması olanaksız boşluğu) ve anlamı (bir anlamı olmama olasılığı olan evrende anlam arayan yaratıkların ikilemi) içerir.⁵⁰ Varoluşçu felsefeye göre insan; 1) ben merkezlidir, 2) kendi gerçek varlığını doğrulamak ve korumak için çabalar, 3) başkalarına ulaşma hem seçimi, hem de gereksinimi vardır, 4) öz farkındalık kapasitesi vardır, 5) kendisine ait bir dünyası olduğunu ve bunun tehdit altında olduğunu anlama kapasitesine sahiptir, 6) bilinç için özgürlük temelinde bir ontolojik dayanağı vardır.⁵¹

Holizme göre bütün, kendini oluşturan parçaların toplamından daha büyük bir şeydir. Holistik bir yaklaşımdan bakıldığında, hiçbir şey kasıtlı olarak görmezlikten gelinmez. Dış dünyada gerçekleşen olaylar hakkında yapılan gözlemler, bireyin öznel iç dünyasındaki gözlemlerle paralellik taşır. Dolayısıyla holistik gözlem sadece “bakmak” değildir; düşünerek ve derinlikli bakmaktır.

2.3.Obezitenin Tedavisi

Obezite tedavisine başlamadan önce hastaların obezite açısından sistematik bir biçimde değerlendirilmesi gerekmektedir. ABD’de Koruyucu Hizmetler Çalışma Grubu (United States Preventive Services Task Force), klinisyenlerin tüm yetişkin hastaları obezite açısından değerlendirmelerini ve gerekli kilo kaybını sağlamak için girişimlerde bulunmalarını önermektedir.⁵² Bu öneriler NHLBI (National Heart, Lung and Blood Institute) ve benzer başka kılavuzlarda da yer almıştır. Obezitenin değerlendirilmesinde beş temel basamak tanımlanmıştır. Bunlar:

- 1) Obeziteye odaklanmış anamnez
- 2) Obezitenin tipini ve derecesini belirlemek için fizik muayene

- 3) Komorbid durumların araştırılması
- 4) Formda olma seviyesi
- 5) Hastanın yaşam tarzı değişikliklerine uyumu için hazır olma durumudur.

Hastanın obezite öyküsündeki bilgiler başlıca şu soruları yanıtlamalıdır:

- 1) Hastanın obezitesinde hangi faktörler etkili olmaktadır?
- 2) Hastanın obezitedeki risk seviyesi nedir?
- 3) Obezitenin hastanın sağlık durumuna etkisi nedir?
- 4) Hastanın, obezite tedavisinde hedefleri ve beklentileri nelerdir?
- 5) Hastanın obezite tedavisi için motivasyon durumu nedir?
- 6) Hastanın obezite ile mücadelede özellikle hangi konuda yardıma ihtiyacı vardır?⁵³

Obezite büyük ölçüde sedanter yaşam ve sağlıksız beslenme alışkanlıklarından kaynaklandığı için öyküde öncelikle hastanın beslenmesi ve fiziksel aktivitesi sorgulanmalıdır. Hastanın obezite durumuna eşlik eden başka hastalıklar olup olmadığı, özellikle PCOS (polikistik over sendromu), hipotiroidi, Cushing sendromu ve hipotalamik hastalıklar belirlenmelidir. Bazı hastalıkların tedavisinde kullanılan ilaçların obeziteye neden olmasından dolayı hastanın ilaç kullanım sorgulanması önemlidir. Kortikosteroidler, anti-depresanlar, anti-psikotikler, anksiyolitikler, antiepileptikler, insülin ve insülin sekretagogları gibi bir çok ilaç kilo artışıyla ilişkilidir. Bu ilaçları kullanan hastaların kilo vermek amacıyla girişimde bulunmalarında sakınca yoktur. Bununla beraber eğer mümkünse tedavi konusunda değişikliğe gidilmesi hastanın kilo verme konusundaki başarı şansını arttıracaktır ^{LANGE}.

Bir hastanın kilosunun değerlendirilmesinde, günümüz koşullarında, üç ölçümün yapılması önemlidir. BKİ, bel çevresi ve obezite ile ilişkili hastalıklar ve koşullar açısından risk faktörlerinin belirlenmesi gerekmektedir (**Tablo-1**)⁵⁴.

Tablo 1. Obezitede risk değerlendirilmesi⁵⁴

	Normal / Kilolu	I. Derece Obezite	II. Derece Obezite	III. Derece Obezite
Bel Çevresi < 102 cm (erkek) Bel Çevresi < 88.9 cm (kadın)	Düşük risk	Orta risk	Orta risk	Yüksek risk
Bel Çevresi 102 cm (erkek) Bel Çevresi 88 cm (kadın)	Orta risk		Yüksek risk	
Osteoartrit, safra taşları, stres inkontinans ve menstrüel düzensizlikler gibi komorbiditelerin eşlik ettiği durumlar		Yüksek risk		
Koroner arter hastalığı ,diğer aterosklerotik hastalıklar, tip 2 diabetes mellitus ve uyku apne sendromu gibi komorbiditelerin eşlik ettiği durumlar	Yüksek risk			

Komorbid durumların araştırılmasında semptomların varlığı, risk faktörleri göz önünde bulundurulmalıdır. Tüm hastaların açlık lipid paneli (HDL, LDL, total kolesterol ve trigliserid seviyesi), kan basıncı ve kan glukozu ölçümü olmalıdır. Bireysel değişiklikler olmakla beraber, organa özgü komorbid durumların sayısı ve ağırlığı genellikle obezite seviyesi arttıkça artmaktadır.⁵³ Obezite ilişkili organ sistem sorunları (**Tablo-2**)’ de verilmiştir.

Tablo 2. Obezite ilişkili organ sistem sorunları⁵³

Kardiyovasküler Hipertansiyon Konjestif Kalp Yetmezliği Kor Pulmonale Varikoz Venler Pulmoner Emboli Koroner Arter Hastalığı Endokrin Metabolik Sendrom Tip 2 Diyabet Dislipidemi Polikistik Over Sendromu Kas-İskelet Sistemi Hiperürisemi ve Gut İmmobilite Osteoartrit (Diz ve Kalça) Bel Ağrısı Karpal Tünel Sendromu Psikolojik Depresyon ve kendisine saygısını yitirme Vücut algısı bozulması Sosyal damgalanma Deri Hastalıkları Striae Distensae Bacakların Staz Pigmentasyonu Lenfödem Selülit İntertrigo, Karbonkül Akantozis Nigrikans Acrochordon (Skin Tags) Hidradenitis Suppurativa	Respiratuar Dispne Obstrüktif Uyku Apnesi Hipoventilasyon Sendromu Astım Gastrointestinal Gastroözefagial Reflü Hastalığı Non-Alkolik Yağlı Karaciğer Kolelithiasis Herniler Kolon Kanseri Genito-Üriner Üriner Sistem İnkontinansı Obezite ilişkili Glomerülopati Hipogonadizm (erkek) Meme ve Uterus Kanseri Gebelik Komplikasyonları Nörolojik İnme İdiyopatik İntrakranial Hipertansiyon Merajia Parestika Demans
--	--

Fiziksel formda olmanın (zindelik), BKİ ve vücut kompozisyonundan bağımsız olarak, tüm nedenlere bağlı ölümlerde önemli bir öngörücü olduğu, prospektif çalışmalar ve maksimal treadmill egzersiz testi ile belirlenmiştir. Bu bilgiler obez hastanın değerlendirilmesinde, egzersiz öyküsünün önemini göstermektedir. Aynı zamanda egzersiz reçetelenmesinin etkili bir tedavi yaklaşımı olduğu da vurgulanmaktadır.

Obezitenin değerlendirilmesinde son basamak, hastanın yaşam tarzı değişikliklerine uyumu için hazır olma durumunun değerlendirilmesidir. Hasta obezite tedavisi için hazır değilse yaşam tarzı değişikliğini başlatma çabası genellikle başarısızlıkla sonuçlanır. Hasta yaşam tarzı değişikliği için hazır olup olmadığı konusunda değerlendirilirken; motivasyon ve desteği, psikolojik durumu, hedeflere ve beklentilere uyumu, zaman ayırabilmesi, konsantre olabilmesi ve yaşamındaki stres faktörleri sorgulanmalıdır. Hastanın hazır olup olmadığının değerlendirilmesinde faydalı bir yöntem; hastanın ilgisini ve değişme isteğini sayısal bir ölçekle belirlemektir. Bu yöntemi kullanırken, hastaya ilgi ve güvenini değerlendiren ve sonuçta 0-10 arasında puan almasını sağlayan sorular yöneltilir. Örneğin; bu zamanda kilo vermek, çok önemsiz (veya güvensiz) 0 puan iken; çok önemli veya güvenli yanıtı 10 puan olarak değerlendirilir. Bu egzersiz değişime hazır olmaya yardım eder ve hastayla hekim arasında daha ileri bir diyalog için zemin hazırlar.⁵³

2.3.1. Obezitenin Farmakolojik Tedavisi

Türkiye Endokrin ve Metabolizma Derneği'nin 2015 yılında yayınladığı Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzuna göre; kilo kaybı sağlamanın ve kaybedilen kiloyu korumanın zorluğu, hem hekimlerin hem de hastaların farmakolojik terapiye büyük ilgi duymasına yol açmıştır. İdeal bir obezite ilacı; dozla ilişkili kilo kaybı sağlamalı, uzun süreli kullanımında güvenilir olmalı, ulaşılan hedef kilonun devamlılığını sağlamalı, tolerans geliştirmemeli ve kötü kullanım ya da bağımlılık yapmamalıdır. Ne yazık ki günümüzde bu özelliklerin tümünü birden karşılayan herhangi bir ilaç bulunmamaktadır. Genetik alt yapısı tamamen ortadan kaldırılamamakla birlikte, son yıllarda obezite, tedavi edilebilir, kronik bir hastalık olarak kabul görmeye başlamıştır. Kısa süreli ilaç tedavisinden ziyade, sağlıklı yaşam tarzı değişikliği yapılması ve bunun yaşam boyu sürdürülmesi gerekeceği hastaya söylenmelidir.²⁰ Obezitede, NHLBI' ye göre farmakolojik tedavi endikasyonları;

- 1) BKİ'nin 30 kg/m² veya üzerinde olması,
- 2) Bel çevresinin kadınlarda 88 cm veya üzerinde, erkeklerde 102 cm veya üzerinde olması,

- 3) VKİ'nin 27 kg/m² veya üzerinde olması ve beraberinde hiperkolesterolemi, diyabet veya hipertansiyon gibi obezite ile ilişkili hastalıklar açısından ek risk faktörlerinin olmasıdır.⁵⁵

Obezite ilaçları kilo kaybı programlarında asla birincil olmayıp hemen her zaman tamamlayıcıdır. Hiçbir koşul altında tek başına tedavi aracı olarak kullanılmamalıdır çünkü gücü ve etkinliği oldukça düşüktür. Bu anlamda obezite, metabolik kontrolü sağlamak için kronik ilaç tedavisinin kabul edilen tedavi modalitesi olduğu ve tam bir şifanın beklenmediği diyabet ve hipertansiyona benzetilmektedir.²⁰

Obezite tedavisinde kullanılan ilaçlar:

1) Yağ Emilimini Azaltan İlaçlar

- ✓ Orlistat

2) Sempatomimetik İlaçlar

- ✓ Fentermin
- ✓ Dietilpropion
- ✓ Benzfetamin
- ✓ Fendimetrazin

3) Antidepresanlar

- ✓ Bupropiyon

4) Antiepileptikler

- ✓ Topiramat
- ✓ Zonisamid

5) Antidiyabetikler

- ✓ Metformin
- ✓ Pramlintid
- ✓ Eksenatid
- ✓ Liraglutid

6) Kombinasyon Tedavileri

- ✓ Fentermin-Topiramat
- ✓ Bupropion-Naltrekson

7) Selektif Serotonin Reseptör Agonistleri

- ✓ Lorcaserin

8) Bitkisel Preparatlar ve Diyet Destek Ürünleri

Obezite tedavisindeki deneysel aşamadaki moleküller ise; ghrelin, leptin, peptid YY, oksintomodulin, atomoksetin, melanokortin 4 reseptör agonistleri, nöropeptid Y, melanin konsantr edici hormon, silyer nörotrofik faktördür.⁵⁶

Obezite tedavi yöntemleri arasında bazı kaynaklarda akupunktur/akupressur ve hipnozun da adı geçmektedir. Akupunktur/akupressur girişimlerin etkinliği çok tartışmalı sonuçlar vermiştir. Büyük ölçekli çalışmalarda vücut ağırlığına uzun dönemde kalıcı etkileri gösterilememiştir. Yapılan bir dizi meta-analiz hipnoz sonuçlarının da tartışmalı olduğunu göstermiştir.²⁰

2.3.2. Obezitenin Cerrahi Tedavisi

Obezitede cerrahi tedavi, diğer adıyla bariyatrik cerrahi son yıllarda daha fazla tercih edilmeye başlanmıştır. Bariyatrik cerrahinin endikasyonları:

- 1) BKİ'nin 40 kg/m² ya da üzerinde olması,
- 2) BKİ>30 kg/m² ve obezite ile ilişkili komorbiditelerin (Tip 2 Diyabet, OSAS, ciddi HT vb.) tıbbi tedavi ve yaşam biçimi değişiklikleri ile kontrol edilememesi,
- 3) Cerrahi dışı yöntemlerin daha önce uygulamış olması fakat başarısız olunmasıdır. Bariyatrik cerrahinin kontrendikasyonları:
 - 1) Tedavi edilmeyen majör depresyon ve psikoz
 - 2) İlaç ve alkol bağımlılığı
 - 3) Tıkınırcasına yeme hastalığı
 - 4) İleri kalp hastalığı
 - 5) Ciddi koagülopati
 - 6) Postoperatif dönemde önerilenleri yapabilecek düzeyde psişik ve mental yeterliliğin olmamasıdır.²⁰

Bariyatrik cerrahinin kilo kaybı yaratıcı etkisi, gıda alınımını kısıtlama ya da gıdaların emilimini kısıtlama şeklindedir. Bariyatrik cerrahi yöntemleri üçe ayrılır; restriktif cerrahi girişimler, malabsorbsiyona yönelik cerrahi girişimler ve restriktif ve malabsorbtif kombine etkili girişimler.⁵³

Gıda alımını kısıtlama (restriktif) cerrahisinde; midenin besin depolama kapasitesi, rezeksiyon, midenin üst kısmı daraltılarak veya bypassla azaltılmaktadır. Böylece operasyon geçiren bireyler daha az besin tüketirler. Vertikal band gastroplastisi (VBG) ve laparoskopik ayarlanabilir gastrik band (LAGB) restriktif ameliyat yöntemlerindendir. İnce barsağın absorpsiyon fonksiyonunda değişiklik olmamaktadır. Sleeve gastrektomi (tüp mide) de restriktif cerrahi yöntemlerinden biridir. Midenin büyük kurvaturunun geniş bir bölümü çıkarılıp tüp şekline getirildiği parsiyel gastrektomidir.²⁰

Malabsorbsiyona yönelik cerrahide; mide poşunun büyüklüğünde bir azaltma olmamaktadır. Midenin bir bölümünü ince bağırsağa by-pass eden ve çeşitli miktarlarda kalori malabsorbsiyonuna sebep olan gastrik by-pass işlemlerini içermektedir.⁵⁴ Jejunoileal by-pass (JIB) ve duodenal switch (DS) bu tip operasyonlara örnektir. En popüler işlem, küçük bir mide poşunu midjejunuma anastomoz eden, duodenum ve jejunum by-pass edilmiş kısımların tamamını veya bir kısmını kör uçlu poş olarak bırakan Roux-en Y by-pass'ıdır. Kalorik malabsorbsiyonu arttırıp, önemli besinlerin absorpsiyonunu korumaya yönelik, by-pass yapılan kısımlar arasında anatomik düzenlemeyi sağlayan bir çok yeni teknik geliştirilmiştir.⁵⁴

Restriktif ve Malabsorptif kombine etkili işlemler; Roux-en-Y gastrik bypass (RYGB), biliopankreatik diversiyon (BPD) ve biliopankreatik diversiyon/duodenal switch (BPD/DS) bu tip ameliyatlardır.²⁰

Bariyatrik cerrahiler genellikle total vücut kilosunda ortalama %30-35 kayıp sağlar. Obezite cerrahisinde, restriktif işlemlere göre kombine restriktif-malabsorptif işlemlerden sonra temel kilo kaybı daha fazla olmaktadır. Obezite ilişkili morbid durumlarda; diyabet, hipertansiyon, obstrüktif uyku apnesi, dislipidemi, nonalkolik yağlı karaciğer hastalığı gibi bariyatrik cerrahinin yararlı etkisi gösterilmiştir.⁵³

2014 yılında yapılan bir Cochrane sistematik derlemesine göre; cerrahi müdahaleler, cerrahi olmayanlarla kıyaslandığında kilo kaybı ve komorbid durumlar açısından daha fazla düzelme sağlamaktadır. RYGB ve Sleeve gastrektomi sonuçları benzerdir ve bu işlemlerin her ikisinin de sonuçları ayarlanabilir mide bandı ameliyatından daha iyidir. BKİ'leri çok yüksek olan bireyler için, biliopankreatik diversiyon ile duodenal switch ameliyatı sonuçları, RYGB'den daha fazla kilo kaybı sağlamıştır. Duodenojejunal bypass, sleeve gastrektomi ve laparoskopik RYGB, benzer

sonuçlara sahiptirler. Üç yıllık takiplerde, izole Sleeve gastrektominin, ayarlanabilir gastrik band ameliyatlarına göre daha iyi kilo kaybı sağladığı gözlenmiştir. Kilo ile ilgili sonuçlar laparoskopik gastrik bindirme ve laparoskopik Sleeve gastrektomi girişimlerinde benzerdir. Tüm çalışmalarda yan etki ve tekrar ameliyat edilme oranları yetersiz bildirilmektedir. Çalışmaların çoğu opre edilen hastaları sadece 1 ya da 2 yıl takip etmektedir. Bu durumdan dolayı bariyatrik cerrahinin uzun dönem etkileri belirsizliğini korumaktadır.⁵⁷

Bariyatrik operasyonlarda risk ve olası komplikasyonlar nedeniyle uygun hasta ve teknik seçimi çok önemlidir. Hasta opere olma kararı almadan önce komplikasyonlar konusunda yeterince bilgilendirilmelidir.²⁰ Bariyatrik cerrahide mortalite %1'in altındadır. Fakat bu oran, komorbid durumlar, hastanın yaşı, cerrahi ekibin deneyimi gibi konulara bağlı olarak artabilir. En sık görülen cerrahi komplikasyonları stomal stenoz veya marjinal ülserlerdir. Yemek sonrası gelişen uzamış bulantı ve kusmalar veya gıdalarla normal diyetle geçişte başarısızlıkla ortaya çıkar. Restriktif malabsorptif işlemler vitamin B12, folat, demir, kalsiyum ve vitamin D gibi mikrobesein eksikliklerinin riskini artırır. Restriktif malabsorptif cerrahi uygulanan hastalarda ömür boyu bu mikrobeseinlerin desteklenmesi gerekir.⁵³

Genel olarak klinisyenler, sıklıkla kilo kaybının pozitif etkileri üzerinde durmaktadır oysa obezite hastalarının aynı zamanda kilo kaybının tıbbi riskleri açısından da bilgilendirilmeleri gerekmektedir. Özellikle hızlı kilo kaybı çeşitli tıbbi komplikasyonlarla ilişkili bulunmuştur. Bu komplikasyonlar; biliyer komplikasyonlar, ketoz, diyet eksiklikleri, kozmetik konular ve psikiyatrik değişiklikler olarak sıralanabilir. Biliyer komplikasyonlar; hızlı kilo kaybı, kolesistitin ve safra taşlarının artmış prevalansı ile ilişkilidir. Ketoz; yetersiz karbonhidrat alımına bağlı olarak kandaki keton cisimciklerinin fazla miktarda üretilmesine bağlı olarak gelişmektedir. Kısıtlı kalori alımı esansiyel yağ asitlerinin, minerallerin, vitaminlerin ve proteinlerin alımında yetersizliğe yol açabilir. Uzun dönemde bu durum vitamin eksikliklerine, protein kalori malnütrisyonuna veya osteoporoza neden olabilir. Ayrıca kilo kaybı çok hızlı bir şekilde gerçekleştiğinde stria formasyonuna neden olabilir. Vücut yapısındaki değişimler hastanın ailesi, arkadaşları ve iş arkadaşlarıyla olan etkileşimini de etkiler. Bu tarz değişimler her zaman olumlu değildir ve bazı duygusal bozukluklara neden olabilir.⁵⁴ Obezitenin çok etmenli nedenler barındıran ve bireyi bir bütün olarak

derinden etkileyebilen kronik bir hastalık olduğu için cerrahi girişim geçirenlere bütüncül bir sağlık hizmeti, kapsamlı ve sürekli bir biçimde sunulması sağlanmalıdır.

2.3.3. Obezitede Non-Farmakolojik Tedavi

Obez hastalar genellikle mümkün olan en kısa zamanda ve kolay bir şekilde kilolarından kurtulmayı hedeflerler. Ancak beklentilerinin gerçekleşmemesi üzerine, tedaviyi bırakıp verilen kiloları tekrar alma eğilimindedirler. Kilo veren kişilerin ancak %5'i ulaştıkları kiloyu koruyabilmekte, büyük bir çoğunluğu ise tekrar kilo almaktadır.²⁰ Bu nedenle obezite tedavisine başlamadan önce hastalarla beraber, kilo kaybı konusunda gerçekçi hedefler belirlenmelidir. Bu hedeflere ulaşmak için küçük adımlar atılmalıdır. Davranış değişikliği için kontrat yapılması ve ödüllendirme başarılı bir stratejidir.⁶ Obezitenin non-farmakolojik tedavisinde amaç; bireyin yeterli, dengeli beslenme ve egzersiz konusunda bilgisini arttırmak ve bu bilgiler doğrultusunda sağlıklı yaşam tarzı için davranış değişiklikleri meydana getirmektir.

2.3.3.1. Obezitede Tıbbi Beslenme Tedavisi

Obezitede tıbbi beslenme tedavisinde, tedaviye başlanırken ilk basamak bireyin beslenmesiyle ilgili mevcut durumu tespit etmektir. Bu durum çerçevesinde bireyle hekim arasında ortak bir bilinç geliştirilmeye çalışılmalıdır. Sağlıklı beslenme için çeşitlilik ve ılımlılık değerli kurallardır. Beslenme programı kişiye özel olmalıdır. Obez bireyin yediklerini kaydetmesi (beslenme günlüğü) yeni beslenme önerilerine uyumunu ve kontrolü sağlar.⁶ Besinlerle ilgili yapılacak herhangi bir değişiklikte bireyin biyopsikososyal, varoluşsal ve kültürel özellikleri göz önünde bulundurulmalıdır. Obezitede tıbbi beslenme tedavisinin amacı:

- 1) Bireyin yaşına, cinsiyetine, fiziksel aktivite durumuna, yaşam şekline ve fizyolojik durumuna uygun besin ögesi gereksinimlerini yeterli ve dengeli bir şekilde sağlamak,
- 2) Yanlış beslenme alışkanlıkları yerine doğru ve kalıcı beslenme alışkanlıkları kazandırmak,
- 3) Vücut ağırlığını hedeflenen düzeye indirmek, bu düzey kişinin olması gereken ideal ağırlığı veya ideal ağırlığın üzerinde bir ağırlık olabilir.

- 4) Vücut ağırlığı hedeflenen düzeye geldiğinde tekrar kilo almayı engellemek ve sürekli istenen düzeyde tutmaktır.²⁰

Obezite tedavisinde vücut ağırlığının 6 aylık dönemde %10 azalması, obezitenin yol açtığı sağlık sorunlarının önlenmesinde önemli yarar sağlamaktadır.⁶ Sağlıklı kilo kaybı için tıbbi beslenme tedavisinde temel nokta, alınan kaloringin azaltılmasıdır. NHLBI kılavuzuna göre; hastanın mevcut beslenmesine göre 500-1000 kcal'lık bir kısıtlamayla tedaviye başlanmalıdır. Bu kısıtlamayla haftalık yaklaşık 1-2 kg kayıp hedeflenmektedir.⁵⁵ Kalori açığı, hastanın tükettiği kalorisini yüksek besinlere alternatifler, daha düşük kalorili besinlerle yer değiştirmelerle sağlanır. Örnek olarak; daha küçük porsiyonlar seçmek, daha fazla kepekli buğday ve tahıl ürünlerini tüketmek, daha fazla meyve ve sebze yemek, daha ince et dilimleri ve yağsız günlük süt ürünleri seçmek, katı yağ ve sıvı yağların katkılarını azaltmak, kızarmış yiyecekleri tercih etmemek, kalorili içeceklerin yerine su içmek olabilir. Diyet danışmanlığının hasta merkezli kalması ve amaçların gerçekçi, ulaşılabilir ve pratik olması gerekmektedir.⁵³ Bireyin bazal metabolizmasının altında enerji verilmemelidir. Alınan enerjinin azlığı oranında bazal metabolizma hızı azalır. Tıbbi beslenme tedavisiyle kilo kaybı sağlarken mümkün olduğunca yüksek enerji (en az bazal metabolizma hızı düzeyinde) içeren beslenme programları ile bireyler uzun sürede zayıflatılmalıdır. Günlük olarak belirlenen enerjinin %12-15'i proteinlerden, %25-30'u yağlardan, %55-60'ı karbonhidratlardan sağlanmalıdır. Toplam proteinin %30-40 kadarı B12 vitamini gereksinmesini karşılamak için hayvansal kaynaklardan karşılanmalıdır. Günlük enerjinin %25-30 kadarının yağlardan sağlanması ve bu miktarın korunması; bireyde tokluk hissinin sağlanması, lezzet alma, zayıflama için önerilen beslenme programını kabullenme ve uzun süre uygulayabilme açısından önemlidir. Ayrıca yağda eriyen vitaminlerin (A, D, E ve K vitaminleri) vücutta kullanımı açısından diyetin yağ içeriği çok azaltılmamalı, enerjinin yağdan gelen oranı %20'nin altına düşmemelidir.²⁰

Amerikalılar İçin Tarımsal Beslenme Bölümü Kılavuzu (2005 U.S. Department of Agriculture Dietary Guidelines for Americans) kilolu ve obez hastalara sağlıklı beslenme önerileri için 2005 yılında düzenlenmiştir. Burada yer alan öneriler başlıca; sebze, meyve, fiberli besinler ve taneli tahıllardan zengin bir beslenmenin sağlanması, haftada 2 kez omega 3 yağ asitlerinden zengin balık yenmesi, günde 3 bardak süt

tüketilmesi (yağsız ve düşük yağ oranlı günlük ürünler), tuzun günde 2300 mg'ın altına düşürülmesi, kolesterolün 300 mg/gün ya da daha altında bir değerle sınırlanması, total yağ alımının günlük kalorisinin % 20-35'i arasında tutulması ve satüre yağ miktarının günlük kalorisinin % 10'nun altına çekilmesidir.⁵⁸

Şeker gibi basit karbonhidratların tüketimi azaltılmalıdır. Kuru baklagiller, tam tahıl ürünleri, bulgur gibi kompleks karbonhidrat içeren besinlerin tüketimi arttırılmalıdır. Karbonhidratlar özellikle de posa içeriği yüksek olan oligosakkarid ve polisakkaridler tokluk hissi oluşturarak enerji alımını kontrol eder ve obezite gelişme riskini azaltabilirler. Bazı içecekler, hamur işi ve tatlıların içerisinde yer alan fruktozun artan obezite insidansı ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. Fruktoz vücutta metabolize olurken glukozdan farklı bir yol izlemektedir. İnsülin düzeyini arttırmaz, leptin düzeyini düşürür ve ghrelin salınımını baskılamaz. Leptin genel olarak açlık durumunda azalırken, besin alımıyla artmakta ve iştahı azaltmaktadır. Ghrelinin ise açlıkta arttığı ve iştahı arttırdığı bilinmektedir. Glukoz veya diğer karbonhidratları (fruktoz hariç) içeren bir öğün tüketildikten sonra ghrelin seviyesindeki artış baskılanmakta ve öğün tüketimi sonunda düşmektedir. Leptin, ghrelin ve insülinin besin alımının düzenlenmesinde anahtar rol üstlenmesi nedeniyle, glukozun tersine işleyen bu mekanizma, fruktozun obezite ile ilişkisinde öncü rol üstlendiğini gündeme getirmiştir.²⁰ Posa'nın (lif), kilo alımını önlediği görüşü yaygındır. Posa çiğneme süresinin uzun olması nedeniyle yemek yeme süresini uzatır. Hacmine karşılık düşük enerji içermesi nedeniyle enerji alımını azaltır. Mide boşalma hızını yavaşlatarak tokluk hissini sağlar. Safra asidi ve yağ asidi emilimini azaltması, barsak hareketlerini ve dışkı hacmini arttırarak konstipasyonu önlemesi ve insülin düzeyini fazla yükseltmemesi gibi birçok nedenle beslenme programının uygulanmasında önemli bir ögedir. Kılavuzlar, 50 yaşın üzerindeki kişiler için günlük, erkeklerde 38 gr, kadınlarda 25 gr posa alınmasını önermektedir. Elli yaşın altındaki kişiler için ise günlük, erkeklerde 30 gr, kadınlarda 21 gram posa alımını önermektedir.⁵³

Obezitede tıbbi beslenme tedavisi başlanacağına, hastaları glisemik index konusunda da bilgilendirmek gerekir. Elli gram karbonhidrat içeren referans besine (glukoz ya da beyaz ekmek) kıyasla seçilen besinin 50 gram karbonhidrat içeren miktarının kan şekeri yükseltme oranı "glisemik indeks" olarak tanımlanır. Glisemik indeksi 55'in altında olan besinler düşük, 56-69 arasında olan besinler orta, 70'in

üzerinde olan besinler yüksek glisemik indekse sahip besinlerdir. Glisemik indeksi 55'in altında olan besinlere örnek olarak; çavdar ekmeği gibi tam tahıl ekmekleri, kuru baklagiller, sebzeler, süt, yoğurt, elma, armut, şeftali gösterilebilir. Orta glisemik indekse sahip besinlere örnek olarak; muz, kiraz, dondurma ve spagetti sayılabilir. Yüksek glisemik indekse sahip besinlere ise beyaz ekmek, patates, pirinç örnek gösterilebilir. Bir besinin veya öğünün düşük glisemik indeksli olması o besinin veya öğünün istenildiği miktarda bolca yenilebilir olması anlamına gelmez.

Tıbbi beslenme tedavisi sırasında bireyler sıvı tüketiminin arttırılması ile ilgili de bilgilendirilmelidirler. Sıvılar yemek öncesi ve sonrası alındığında mide dolgunluğunu arttırmaktadırlar. Tüketilen sıvının 1-1.5 litresi (8-10 bardak kadar) sudan karşılanmalıdır. Metabolik artıkların atılmasındaki görevleri nedeniyle günde 2-3 litre kadar sıvı tüketilmesi önerilmektedir. Alkol önerilmemektedir ama alınıyorsa kalori değerinin hesaplanıp günlük enerji ihtiyacından çıkarılması gerekir. Sıvı tüketimi amacıyla yüksek kalorili, şeker ilave edilmiş, katkı maddeli, gazlı içeceklerden kaçınılmalıdır.

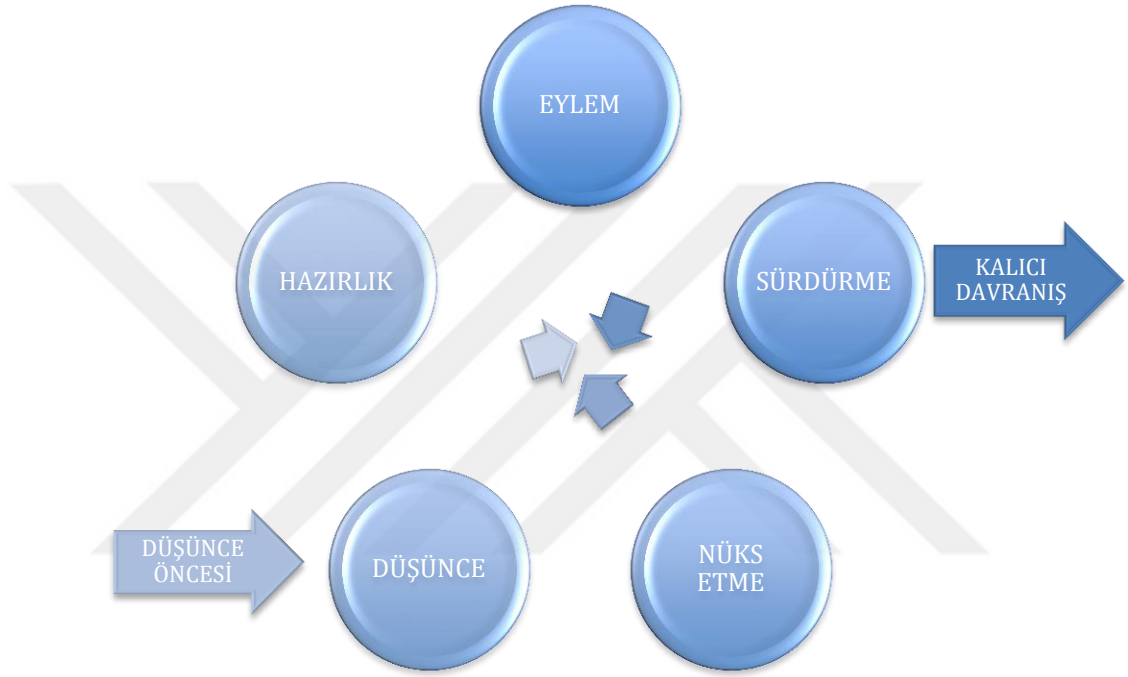
Obez bireyler için düzenlenen tıbbi beslenme tedavisinde öğün düzeni de önemlidir. Öğünler arasındaki sürenin 3-4 saat olması idealdir. Sık aralıklarla beslenme, gereğinden fazla yemeyi önler, acıkmayı geciktirir ve bir sonraki öğünde besin alımını azaltır.²⁰

2.3.3.2. Obezite İçin Davranışçı Terapi

Ferster ve Stuart, 1960'lı yıllarda yaptıkları çalışmalarında; obezitenin, uygunsuz yeme ve yaşam tarzından ortaya çıktığını ve bunun davranış değişikliği ile düzeltilebileceği fikrini ortaya atmışlardır. Davranış değişikliği oluşturulmasında davranış terapisi, bilişsel terapi ve motivasyonel görüşme teknikleri kullanılabilir. Bilişsel ve davranışçı terapinin daha çok bu konuda eğitim almış, tecrübeli kimseler (bu konuda profesyonelleşmiş bir hekim, psikiyatrist, psikolog ya da hemşire) tarafından yapılması uygundur. Motivasyonel görüşme ise birinci basamakta daha rahat uygulanabilir niteliktedir.⁵⁹

Davranış değişikliği çalışmalarında transteorik model sıkça baş vurulan bir yöntemdir. Bu modelde bireylerin davranış değişikliğini uygulama durumlarında farklı aşamalarda olabilecekleri ifade edilmiştir. Değişimin aşamaları modelinde davranıştaki

değişiklikler; niyet öncesi, niyet, hazırlık, eylem, sürdürme ve nüks etme şeklinde tanımlanmıştır. Aşağıdaki şekil, Prochaska ve DiClemente tarafından geliştirilen “Değişimin Aşamaları Modeli”nin özeti niteliğindedir (**Şekil-3**). Obezitenin non-farmakolojik tedavisinde, davranış değişikliği için çalışmaya başlayacak olan obez bireyin, davranış değişikliğinin hangi aşamasında olduğunu tespiti açısından faydalıdır.



Şekil 3. Prochaska ve DiClementin “Değişimin Aşamaları Modeli”.

Albert Bandura, davranış değişikliğinin; kişinin istenen davranışı sürdürme becerisi konusunda kendisine güveninin düzeyi ve bu değişimle ortaya çıkacak sonuçlarla ilgili beklentilerinin bir fonksiyonu olduğunu öne sürmüştür.⁶⁰ Davranış değişikliği tedavisinde hekim, hastayı değerlendirmesi sırasında yargısız, destekleyici ve duyarlı olmalıdır. Ayrıca USPTF tarafından, birinci basamakta kronik hastalıklarda bakımın iyileştirilmesi için geliştirilen kronik hastalık bakım modeli 5A hastanın değerlendirilmesinde kolaylık sağlayabilir.⁵² Bu kısma ad, 5Ö olarak - Öğren, Öner, Ölç, Önderlik et, Organize et- Türkçeye çevrilebilir (**Tablo-3**).

Tablo 3. Obezite tedavi, yönetiminde danışmanlık ve odak görüşmelerde 5Ö basamakları.⁵²

5Ö	
Öğren	Kilo hakkında konuşmaya hazır olup olmadığını, bilgi düzeyini, inanç ve davranışlarını ve kilo öyküsünü öğrenmek
Öner	Açık, güçlü, bireysel bir şekilde sağlıklı bir kiloya sahip olmanın önemi hakkında bilgi vermek ve yardım önerisinde bulunmak
Ölç	Hastanın kilo kontrolü için motivasyonunu ve kendine güvenini ölçmek
Önderlik Et	Kilo verme için stratejiler sağlama yolunda önderlik etmek
Organize Et	Birey ve hekim için izlem araçları oluşturmak, randevu vermek, gerektiğinde uygun kaynakların kullanımını organize etmek

Davranış tedavisi, obezite tedavisinde uygulanan bir aşama tedavisi olmayıp obezite yönetiminin her aşamasında yer alması gereken bir yaklaşımdır. Obezitede davranışçı yaklaşımlar iki varsayıma dayanmaktadır. Birincisi, yeme ve egzersiz davranışları vücut ağırlığıyla ilişkilidir. İkincisi; davranışların öncüllerinin değiştirilerek, yerine yeni davranışlar koyup davranış değişikliğine gidilebileceğidir.⁶¹ Tüm bu bilgiler doğrultusunda, davranış değişikliği tedavisi, uygulanan bireye ve uygulayan terapistle göre değişmekle birlikte genellikle şu aşamaları içerir:

- 1) Kendi kendini gözlemlenme (öz-takip)
- 2) Hedef belirleme
- 3) Uyaran kontrolü
- 4) Alternatif davranış geliştirme
- 5) Pro-aktif problem çözme
- 6) Kognitif yapılanma ve sosyal destek.⁶²

Öz-takip; tedavinin temelidir ve kontrol edilecek davranışların tanımlanması temeline dayanır. Bu şekilde bireyin obeziteye neden olan davranışları konusunda farkındalık oluşur. Tedaviye başlarken birey, obeziteye neden olan, hangi davranışını değiştirmekle başlayacağına kendisi karar vermelidir ve küçük adımlarla ilerlenmelidir.⁶³

Davranışsal etkenler değerlendirilirken, hastanın tipik bir beslenme gününü anlatması istenebilir. Bu şekilde ana öğünler, ara öğünler, hangi tür besinlerin daha fazla ya da az tüketildiği belirlenebilir. Hastadan beslenme günlüğü tutması istenebilir. Bu bilgiler saptanırken obez bireylerin tükettikleri gıdayı daha az ya da daha fazla söyleme eğiliminde oldukları göz önünde bulundurulmalıdır. Neler yenildiğinin yanı sıra nasıl yenildiğinin de obeziteyle ilişkili olduğu bilinmektedir. Evde alış veriş kimin yaptığı, yemekleri kimin hazırladığı, saat kaçta yemek yendiği, yemek yeme ortamının nasıl olduğu gibi bilgilerin saptanması, yemek yeme bağlamının saptanması konusunda faydalı olabilir. Kişinin günlük aktivite düzeyinin de tedaviye başlamadan önce belirlenmesi gerekir. Her gün yaklaşık ne kadar yürüdüğü, merdiven çıktığının yanı sıra ne kadar masa başında oturduğu ve televizyon izleme süresi gibi sedanter durumlar da sorgulanmalıdır.

Ayrıca bireyin uyku durumu, kaç saat uyuduğu, kaliteli uyku uyuyup uyumadığı ve alışkanlıkları özellikle öğrenilmelidir. Hastanın beden imgesi ve kendi görünüşüne ilişkin neler hissettiği de irdelenmelidir.

Hedef belirleme; hastalar, obeziteyle ilgili davranış değişikliği yapmak için plan yapabilme konusunda eğitilirler. Haftada 1000 adım arttırmak gibi ölçülebilir, gerçekçi, orta derecede zor hedefler belirlerler.⁶²

Uyaran kontrolü; aşırı yemek yemeye neden olabilecek herhangi bir uyaran açlık için yanlış bir sinyal oluşturabilmektedir. Kişi, uyaranların yoğunluğuna ve çeşitliliğine yanıt olarak yemekte çünkü besinler güzel tadı ve yatıştırıcı etkileriyle bireyleri bir bakıma ödüllendirmektedir. Temel yaklaşım, sorun olan yeme davranışına yol açan olaylar zincirini tanımlama ve zincirin erken aşamalarında müdahale için stratejiler geliştirmeyi içerir.

Alternatif davranış geliştirmede; kendisinin yapmaktan hoşlanacağı aktiviteleri, özellikle ara öğünlerde ve diğer atıştırma isteğinin olduğu dönemlerde yapar. Bu

şekilde hem yeme kontrolünün daha rahat sürdürülmesi, hem de yemek yemeyle ilgili düşüncelerin uzaklaştırılması kolaylaştırılır.⁶³

Proaktif problem çözme; hastalar, yeme davranışlarını etkileyebilecek ya da tetikleyebilecek işlevsiz davranışları belirlemek ve problem çözme becerilerini uygulamak konusunda cesaretlendirilirler.⁶²

Kognitif yapılanma ve sosyal destek; obez bireylerin kendileri ve kendi bedenleri hakkında olumsuz inançlarının değiştirilmesi ve sosyal açıdan desteklenmesini içerir. Bu olumsuz inançlar zayıflamak için önceki veya şu andaki gösterdikleri çabalara da yönelik olabilir. Kognitif yapılanma, bireylere kendi davranışları ve oluşturduğu koşullar konusunda olumlu düşünmeye olanak tanımak ve motivasyonu sürdürmek için uygun tutumların gelişmesini sağlar.⁶⁴ Birçok obez birey için aile üyelerinin desteğini arttırmak ve yine aile üyelerinden gelen bilinçli veya bilinç dışı olumsuz etkileri azaltmak zayıflama tedavisi programının başarısında önemli bir faktördür. Eş veya arkadaşların aktif desteğinin sağlanması kesinlikle olumlu etki göstermektedir. Eşli terapi uygulanan davranış değişikliği tedavi programlarında ağırlık kayıpları kontrol gruplarına göre 3 kat fazla ve kaybedilen ağırlığı koruma süresi ise 6 ay daha uzun bulunmuştur. Ancak programa dahil olan eşlerin bunu gerçekten isteyerek yapmaları ve tedavi programına sürekli katılmaları halinde gerçek anlamda katkı sağlanabilir, aksi halde bu birliktelik yarardan çok zarar getirebilir.⁶³ Rosenthal ve ark., davranış değişikliği tedavisine katılan bireyleri eşleriyle beraber katılan, eşleriyle beraber katılmayan ve kısmen eşleriyle katılanlar olmak üzere 3 gruba ayırmışlardır. Çalışmaya kısmen ve tamamen eşleriyle birlikte katılan kadınlarda ağırlık kaybı, eşiyile katılmayan gruba göre daha yüksek bulunmuştur.⁶⁵ Davranış değişikliği ilk başlarda 45-60 dakikalık ve haftada bir kez 3-6 aylık periyotta, sonrasında ayda iki kez olmak üzere belirlenmiş kilo verme programı sonuna kadar uygulanabilir.

Motivasyonel görüşme, danışan odaklı, ambivalansı araştırıp, çözümleyerek içsel motivasyonu değişim yönünde arttıran yönlendirici bir yöntem olarak tanımlanmaktadır.⁶⁶ Motivasyonel görüşme danışan-odaklı ya da kişi-odaklıdır. Motivasyonel görüşme yeni başa çıkma yöntemleri öğretme, bilişimi yeniden şekillendirme ya da geçmişi eşelemek üzerine yoğunlaşmaz. Kişinin şu anki ilgilendikleri ve endişeleri üzerine yoğunlaşır. Bu biçimdeki görüşmede danışılan, ikincil olarak, değişim konuşmasını ortaya çıkarır ve seçici olarak pekiştirir ve sonra

direnci azaltmaya yönelik bir şekilde karşılık verir. Motivasyonel görüşme ambivalansı çözen ve kişinin değişime doğru hareket etmesini sağlayan konuşmaya seçici cevabı içermektedir. Motivasyonel görüşmenin, bir grup teknikten çok bir iletişim yöntemi olduğunu vurgulanmalıdır. Bu birinin insanlara yaptığı bir şeyden çok, özünde insanlar ile ve insanlar için olma durumudur. Doğal değişimi harekete geçiren iletişimi kolaylaştırıcı bir yaklaşımdır. Motivasyonel görüşmenin odağı değişim için kişinin içsel motivasyonunu ortaya çıkarmaktır. Davranışsal yaklaşımlar genellikle kişinin sosyal çevresini yeniden düzenlemeye yöneliktirler. Böylelikle bir davranış şekli desteklenirken, diğerinden vazgeçilir. Asıl olan değişimi ortaya çıkarmada anahtar olarak ambivalansı inceleme ve çözme üzerine odaklanmaktadır. Bireydeki değişimi kolaylaştıran motivasyonel süreçleri merkeze almaktadır. Daha önce de vurgulandığı gibi motivasyonel görüşme, bu özellikleri ile birinci basamakta obezite tedavisi ve yönetiminde rahat uygulanabilir niteliktedir.⁶⁶

2.3.3.3. Grup Görüşmeleri

İlk kez Dr. Ivan Rushakoff'un, kendisini bekleyen hastalara yetişememesi üzerine "*Neden onları hep birlikte görmüyorum?*" kurgusal keşfi ile kronik bakım grup görüşmeleri doğar. Colorado Wheat Ridge Kaiser Permanente'de birinci basamak hekimi olan Dr. John Scott, birebir görüşmenin hükümdarlığından bıkip 1991 yılında grup görüşmesi fikrini düşünüp hayata geçirir. John Scott'ın buluşundan bu yana, grup görüşmesi kavramı üç farklı yola ayrılmıştır: Yardımlaşmalı (kooperatif) Sağlık Hizmeti Kliniği (Dr. Scott'ın modeli), Uzmanlık Grubu Görüşmesi, Randevusuz Gelenlerle Tıbbi Görüşme. Her üçü de Kaiser Permanente' ye bağlı merkezlerde uygulanmıştır.⁶⁷

Grup görüşmesi terimi, bireysel hasta-hizmet sunucu randevularından ziyade hasta grupları için tasarlanmış vizitleri anlatır. Bu başlangıç kiti, Kaiser Colorado çalışanları tarafından geliştirilen İşbirliğine Dayalı Sağlık Hizmeti Kliniği (IDSHK) modelini tanımlar. Bu modelde, sağlık hizmeti ekibi, sağlık hizmetini, periyodik grup görüşmesi programı ile interaktif bir süreçte kolaylaştırır. Ekip, bilgi ile desteklenen ve sağlıkla ilgili bilgilendirilmiş kararlar vermeye teşvik edilen hastayı güçlendirir. Grup görüşmeleri, uzamış hekim ofis ziyareti gibi düşünülebilir. Bu ziyarette sadece fiziksel ve tıbbi ihtiyaçların giderilmesi değil eğitim, sosyal ve psikolojik konular da etkili bir

şekilde ele alınır. Davetler, sağlık ekibi tarafından, kronik hastalık öyküsüne ve hizmet kullanım modellerine dayanarak genişletilir. Hastalar grup görüşmelerinde tipik olarak aynı grupta kalırlar. Gruptaki kişi sayısı azalırsa yeni üyeler eklenebilir.

John Scott'ın modeline dayanan grup görüşmeleri, farklı tanıları olan hastaları bir araya getirir. Bir başka grup görüşmesi tipinde, katılımcılar aynı kronik hastalık tanısına sahiptirler. Bazı hastalığa spesifik gruplar, hasta eğitimi ve davranış değişikliği danışmanlığı ile sınırlıdır. Bunlar bireysel klinisyen-hasta görüşmesine ek olarak yapılır. Daha yenilikçi gruplar, reçete yazmayı da kapsayan hastalığın tüm yönetiminin yapıldığı geleneksel görüşmenin yerini alanlardır.

Grup görüşmeleri, bireysel tıbbi görüşmeyi tamamlayıcı olarak disiplinler arası bakımda yenilikler doğurmuş ve gittikçe popüler hale gelmiştir. Grup görüşmeleri benzer tıbbi gereksinimleri ve koşulları olan hastaları bir araya getirir. Zamanla, grupların eğitim, danışmanlık, grup tartışması gibi konularda, hastaların tıbbi durumlarının yönetimi çevresinde geliştikleri gözlenmiştir. Bir grup görüşmesinde hastalar, hastalıklarıyla ilgili, birbirlerinden öğrendikleri yararlı bilgileri öz yönetim becerilerini geliştirmek için kullanabilirler. Sağlıkta bakım, daha entegre modellere ilerledikçe, grup görüşmeleri uygulamalarında erişim, verimliliği geliştirme, hasta ve sağlık sunucusu memnuniyeti açısından validasyon sağlanabilir.⁶⁸

2.4. Araştırma Yöntemleri

Sosyal bilimlerde kullanılan çok sayıda veri toplama yöntemi sağıktaki alan araştırmalarında da uygulanmaktadır. Araştırılan konu, araştırmanın amacı, eldeki kaynaklar ve yaklaşım doğrultusunda araştırmanın hangi teknikle uygulanacağına karar verilmelidir.⁶⁹ Araştırma yöntemleri nicel ve nitel araştırmalar olmak üzere iki gruba ayrılmaktadır. Nitel araştırmalarda veri olarak sözcükler, nicel araştırmalarda ise sayılar kullanılmaktadır. Nicel araştırmalarda bir araştırma problemi, nitel araştırmalarda ise bir araştırma sorusu vardır. **Tablo 4**'de nicel nitel araştırma farkları açıklanmıştır.

Tablo 4. Niteliksel ve niceliksel araştırmaların farkları ⁶⁹

NİTELİKSEL	NİCELİKSEL
Derinlemesine anlama sağlar	Oluş düzeyini ölçer
“Neden?” sorusunu sorar	“Kaç tane?”, “Ne sıklıkta?” sorularını sorar
Motivasyonları inceler	Eylemleri inceler
Subjektiftir	Objektiftir
Keşfe, gelişime olanak sağlar	Kanıt sağlar
Açıklayıcıdır	Kesindir
Davranışların, eğilimlerin, vb. asıl nedenini ortaya çıkarır	Eylemlerin, eğilimlerin düzeyini ölçer
Yorumlar	Tanımlar

Nitel araştırma düzenekleri genellikle soyut kaynaklıdır. Nitel araştırma yöntemleri kişinin söylediklerini, gözlenen davranışlarını ve yazdıklarını temel veri kaynağı olarak kullanırlar.

2.4.1. Nicel Araştırmalar

Sayısal araştırma düzenekleri rakam kökenlidir ve istatistik analizlerle değerlendirilir. Sayısal araştırmalar belirli bir örneklem içindeki grupların benzerliklerini, oranlarını veya farklılıklarını belirlemeyi sağlar. Olgu ve olayları nesnelleştirerek gözlemlenebilir, sayısal olarak ifade edilebilir ve ölçülebilir bir şekilde ortaya koyan bir araştırma türüdür. Gözlem ve ölçmelerin tekrarlanabildiğı ve objektif yapıldığı bir araştırma türüdür. Nicel araştırmalarda sayısal ifadeler söz konusu olduğı için araştırma evrenini temsil edecek örneklemin hatasız tespit edilmesi ve bu örnekleme doğıru soruların sorulması önemlidir. Nicel araştırmada amaç, olayları deney, gözlem ve test yoluyla nesnel bir şekilde ölçmek ve sayısal verilerle açıklamaktır.

2.4.2. Nitel Araştırmalar

Nitel araştırma, görüşme, gözlem ve doküman analizi gibi nitel veri toplama yöntemlerinin kullanıldığı bir araştırma türüdür. Nitel araştırma yöntemleri kişinin söylediklerini, gözlenen davranışlarını ve yazdıklarını temel veri kaynağı olarak

kullanılır. Genellemenin öncelikli amaç olmadığı nitel ölçme yöntemlerinin (gözlem, görüşme) kullanıldığı kavram ve kuram oluşturmaya yönelik modellerdir. Davranışları sayılarla açıklamak zordur. Ölçümler bize kaç kişinin ne şekilde davrandığını gösterir ama “niçin?” sorusuna cevap vermez. İnsan ve insan grupları davranışlarının nedenini anlamaya yönelik araştırmalara niteliksel araştırma denir.

İnsan gibi sosyal bir varlığın mekana, zamana ve kişiden kişiye değişen duygu ve düşüncelerini daha derin ve ayrıntılı incelemek için farklı nitelikte bir araştırma tekniğine ihtiyaç vardır. Kişinin davranışlarının nedenleri ve herhangi bir konudaki duyguları ya da görüşleri öğrenilmek isteniyorsa en uygun yöntem yine kişiye gidilerek ondan bilgi almaktır. Kişinin açık uçlu sorulara vereceği özgür yanıtlar doğrultusunda onun duygularını, düşüncelerini inanç, algı ya da görüşlerini daha ayrıntılı bir biçimde öğrenmek olanaklıdır. Bu çerçevede, diğer yöntemlere göre farklı derinlikte ve nitelikte veri sağlayacak bir araştırma tekniği olarak “görüşme” önerilebilir.⁷⁰

Bir araştırma tekniği olarak görüşme, araştırmacı ile araştırmanın öznesi konumunda bulunan kişi arasında geçen kontrollü ve amaçlı sözel iletişim biçimidir.⁷¹ Araştırmacı, araştırmakta olduğu konuyla ilgili önceden hazırlamış olduğu soruların kılavuzluğunda ya da o anda amaçlı sorular yönelterek kişinin öznel düşünce ve duygularını sistematik olarak ortaya çıkarmayı amaçlamaktadır.⁷⁰ Kvale, bu süreci madenci metaforu ile açıklamaya çalışmıştır. Görüşme süreci, bir madencinin maden aramak için derinlemesine yaptığı kazıya benzetilebilir. Nasıl ki bir madenci, değerli bir madene ulaşabilmek için kazı yapıyorsa, araştırmacı da ortaya çıkarmak istediği gerçekler çerçevesinde sistematik sorularla kişilerin algılarını, duygularını ve düşüncelerini gün ışığına çıkarmaya ve öğrenmeye çalışır.⁷²

Görüşme tekniği kullanmanın asıl amacı genellikle bir hipotezi test etmek değildir. Araştırılan konuyla ilgili bireylerin deneyimlerini ve bu deneyimlerini nasıl anlamlandırdıklarını anlamaya çalışmaktır. Bu nedenle odaklanılması gereken nokta, diğer insanların betimlemeleri, düşünceleri ve öyküleridir.⁷³ Mason’a göre de; eğer insanların sosyal gerçekliğe ilişkin etkileşimleri, görüşleri, deneyimleri, anlamlandırmaları, kavramları ve duygularıyla ilgileniliyorsa, tek yol, belki de en iyi yol görüşme tekniğiyle onlara ulaşmaktır.⁷⁴

Derinlemesine görüşme açık uçlu, keşif odaklı bir metottur. Görüşmenin amacı, görüşmecinin bakış açısını, duygularını, perspektifini derinlemesine keşfetmektir.

Bunun için özellikle kişisel görüşlerin önem kazandığı konularda ve bireyin topluluk içinde rahatlıkla ifade edemeyeceği konuların gündeme gelebileceği konularda derinlemesine görüşme tekniği tercih edilir.⁷⁵

Bireylerin obezite deneyimleri de her bir birey için farklılık gösterir. Bu deneyimler, hastalığın oluşmasında ve tedavisinde katkıda bulunabildikleri için derinlemesine görüşme, obezitenin nedenlerinin tespiti ve tedavide izlenecek yolun belirlenmesinde faydalı bir veri toplama yöntemi olarak kabul edilmektedir. Obezite etyolojisinde cinsiyet, beslenme alışkanlıkları, genetik özellikler, çevresel, perinatal, nörolojik, psikososyal, kültürel, varoluşsal nedenler üzerinde durulmaktadır.⁵ Etiyolojide sayılan bu çok sayıda etmenlerden hangilerinin, kim için ve hangi dönemlerde etkili olduğu ise çözülmesi gereken karmaşık bir sorun yumağını hekimlerin önüne serer. Aile hekimleri, disiplinin ilkeleri gereği bireyleri bütüncül çerçevede değerlendirmelidir.⁷⁶ Bu nedenlerle obezite biyolojik boyutunun yanı sıra sosyal, psikolojik, kültürel ve varoluşsal boyutlarıyla değerlendirilmesi gereken bir hastalıktır. Obezite gibi kompleks durumların araştırılmasında, nicel araştırmalarla birlikte nitel araştırmalara da ağırlık verilmesi konunun daha iyi anlaşılmasına olanak sağlayabilir.

3. YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma kendi kendine kontrollü deneysel bir nicel (kantitatif) çalışma sonrasında yapılmış, nitel (kalitatif) bir çalışmadır.

3.2. Gerekçe

Sağlıkla ilgili soruların cevaplamasında nitel araştırma yöntemlerinin kullanılmasına yönelik gereksinim, sağlığı etkileyen faktörlerin karmaşıklığı nedeniyle giderek artırmaktadır. İlk kez 1959 yılında, Campbell ve Fiske nitel bir çalışmada, bilgi toplamak için triangulasyonu kullanmışlardır.⁷⁷ İstatiksel analizlerin kendine özgü kısıtlılıkları vardır. Nitel araştırma yöntemleri, istatistiksel verilerin ve formüllerin yorumlanmasında kullanışlı olabilmektedir.⁷⁸

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi (ÇÜTF), Aile Hekimliği AD'de, 2014 yılında, *“Kilolu ve Obez Kadınlarda Grup Görüşmelerinin Vücut Ağırlığına, İyilik Haline ve Sağlık Denetim Odağına Etkisi”* başlıklı bir tez yürütülmüştür (Proje No: TF2013LTP32). Çalışmaya dahil edilme kriterlerine uyan 60 gönüllüyle başlanmıştır. GG'nin başında her bir katılımcının gereksinimlerine uygun sağlıklı beslenme ve egzersiz planları tanımlanmıştır. GG ile katılımcılara; gıdaların bileşenleri, porsiyon büyüklükleri, pişirme teknikleri, gıda alış veriş sırasında dikkat edilmesi gerekenler, gıda etiketlerini okuma, katkı maddeleri, yüksek kalorili içecekler, glisemik indeks, öğünler, dengeli-düzenli-yeterli beslenme, sosyal sorun çözme becerisi eğitimi, duygudüşünce-davranış ilişkisi (bilişsel çalışmalar), farkında olarak yeme ve doğru egzersiz hakkında bilgi ve beceri kazanmaları hedeflenmiştir. Katılımcıların ya da hekimin gereksinim duyması halinde bireysel görüşmeler yapılmıştır. Altı ay boyunca yapılan GG'lerin tümüne katılarak çalışmayı tamamlayan 30 katılımcının ağırlıkları ortalama %8,2 azalmıştır. Buna rağmen çalışmayı tamamlayan 30 kadının kilo verme oranları birbirinden farklı olmuş ve iki katılımcı çalışmayı kilo alarak tamamlamıştır. HDL kolesterol değeri anlamlı olarak yükselirken, WBC, TSH, ft4, Hgb, Plt, AST, ALT, sistolik ve diyastolik kan basıncı ve nabızda anlamlı düşüş saptanmıştır. Çalışmayı tamamlayan katılımcıların çalışmanın sonunda SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin, fiziksel

fonksiyon, beden ağrısı, genel sağlık, canlılık, emosyonel rol ve mental sağlık alt ölçeklerinde anlamlı iyileşme gözlenmiştir. Fiziksel ve mental komponent özet ölçeklerinin ikisinde de anlamlı iyileşme bulunmuştur. Katılımcıların Sağlık Denetim Odağı puanlarında anlamlı değişim olmamıştır. Bu çalışmanın ardından üç temel sorun ön plana çıkmıştır:

- 1) Sağlıklı yaşam tarzı değişiklikleri ne kadar kalıcı oldu?
- 2) Görüşmeler sonlandırıldıktan altı ay sonra kilo kaybını koruma durumları nasıl?
- 3) Kilo verme çabasını etkileyen bireysel faktörler neler?

Bu çalışmada; kilo sorunları için GG'ye katılan kilolu ve obez 60 kadının; obezite, SYTD ve kilo verme çabası, GG'nin bu çabaya etkisinin nitel araştırma yöntemleriyle derinlemesine incelenmesi tasarlanmıştır. ÇÜTF Etik Kurulundan 06.03.2015 tarihinde onay alındı.

3.3. Örneklem Seçimi

Fenomenolojik araştırma, koşulları ve problemi tanımlamada, çözümler üretmede bireyi merkeze oturtmakta ve araştırmayı birey ekseninde yürütmektedir. Fenomenolojik araştırmada araştırma sürecinde kimin araştırılacağı belirlenmesi oldukça önemlidir. Fenomenolojide başlangıç noktası kişisel tecrübeler olduğundan bu tecrübeleri yaşamış ya da yaşamakta olan kişiler araştırmanın örneklemi oluşturmaktadır. Örneklem sürecinde araştırmacının unutmaması gereken nokta örneklem hacminin büyük olmasının daha fazla bilgi elde etmeyi sağlamadığıdır. Yani fenomenolojik araştırmada daha fazla bireyle görüşmek olguyla ilgili daha fazla bilgi elde etmek anlamına gelmemektedir. Burada araştırılan olguya ilişkin olarak görüşülecek birey sayısı farklılık göstermekle birlikte birey sayısının fazla olmasına uğraşılmalı aksine bireylerden elde edilen bilgilerin kalitesi üzerine yoğunlaşılmalıdır. Fenomenolojide ilk elden ve sübjektif bir bilgi toplanması amaçlanmaktadır. Dolayısıyla örneklem stratejisi amaçlı örneklemedir ve bu bağlamda tesadüfi olmayan örnekleme yapılmaktadır.⁷⁵

Bu bilgiler ışığında; bir önceki çalışmaya alınan katılımcıların tümü telefon ile aranarak çalışmaya davet edildi. Altı ay süreyle GG'lere katılarak çalışmayı tamamlayan 30 kişiden ikisine GSM numaraları kapanmış olduğu için ulaşılamadı. Ulaşılan 28 kişiden biri gebe olduğu, biri iş yerinden izin alamadığı, bir diğeri de il

dışında olması nedeniyle çalışmaya alınamadı. Grup görüşmelerini tamamlayamayan 30 kadından dokuzuna GSM numaraları kapanmış olduğu için ulaşamadı. Ulaşılabilen 21 kişiden biri il dışında olduğu gerekçesiyle katılmak istemediğini bildirdi, 14'ü çalışmaya katılmayı istediklerini bildirdiler. Randevu vermek üzere ikinci kez aranan 14 kişiden sadece üçü ölçümlere alınabildi.

3.4. Onam Formu, Bilgi Formu ve Anketlerin Doldurulması

Bilgilendirilmiş onam formu (**Ek-1**) alınan katılımcılar, araştırmacının da bulunduğu sakin bir ortamda araştırmacılar tarafından oluşturan Grup Görüşmeleri Değerlendirme Formu (GGDF, **Ek-2**) ve Sosyal Sorun Çözme Envanteri Kısa Form (SSÇE-KF, **Ek-3**) doldurdu. Daha sonra katılımcıların kilo, bel çevresi ve kalça çevresi ölçümleri yapıldı.

3.5. Beden Ölçümlerinin Alınması

Çalışmayı tamamlayan katılımcıların, çalışmanın sona ermesinden altı ay sonraki ölçümleri bir önceki çalışmada kullanılan cihazlar ile Spor Fizyolojisi Bilim Dalında gerçekleştirildi. Bel çevresi ölçümü, birey üzerinde ince ve hafif kıyafetleri ile ayakta, karnı gevşek pozisyonda, kollar yanda sarkıtılmış, bacaklar bitişik durumda, solunum ekspiryumun sonunda iken göbek deliği üzerinden sabit gerilimli destekli bir mezura ile ölçülerek kaydedildi. Kalça çevresi, bel çevresi ölçümü ile aynı pozisyonda, kalçanın en geniş bölgesinden mezura yere paralel olacak şekilde ölçülerek kaydedildi. Katılımcıların beden ağırlığı (kg) ölçümleri 0,01 hata payı olan, kalibrasyonu bilinen sabit ağırlıklarla yapılan elektronik baskül (Kurdaklar) kullanılarak ölçüldü. Bütün ölçümlerde katılımcıların ayaklarının çıplak olmasına, üstlerinde her defasında aynı eşofman ve ince bir tişört bulunmasına dikkat edildi.

3.6. Araştırmacıların Epistemolojik ve Ontolojik Özellikleri

Ontoloji (varlık bilimi) görünen dünyayı, maddeyi olduğu kadar ardındaki gerçekliği, varlığın doğasını inceleyen bir felsefe dalıdır. Epistemoloji ise bilginin doğası, kapsamı ve kaynağı ile ilgilenen bilim dalıdır. Ontolojik ve epistemolojik durumlar nitel araştırmalara rehberlik ederler. Bu rehberlik, nitel araştırmalarda toplanan verilerin analiz edilmesi ve yorumlanması sürecinde etkilidir. Epistemolojik ve

ontolojik durumların çalışmanın başlangıcında açıkça tanımlanması, çalışmada verilerin nasıl toplandığı, yorumlandığının tanımlanmasında gereklidir ve nitel araştırma yöntemlerinin önemli bir parçasıdır.⁷⁹

Araştırmacı ekip dört kişiden oluşmaktadır. Dördü de kadın olan araştırmacıların üçü aile hekimliği, biri biyoistatistik ana bilim dalında çalışmaktadır.

Tez Danışmanı (HK), aile hekimliği anabilim dalında doçent doktor olarak çalışmaktadır. GG'yi de kendisi düzenlemiştir. GG sırasında, gereksinimi olan katılımcılarla bireysel görüşmeler de yaptığı için katılımcıları biyopsikososyal ve varoluşsal açıdan tanımaktadır. Kendi hayatında obeziteyi deneyimlememiştir. SYTD konusunda çalışmaktadır. Kırk saatlik Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) eğitimi almıştır.

Yardımcı araştırmacı (GS), biyoistatistik ana bilim dalında profesör olarak çalışmaktadır, sosyoloji lisans eğitimini tamamlamıştır. GG'ye katılmamıştır ve katılımcıları tanımamaktadır. Kendi hayatında obeziteyi deneyimlemiştir.

Yardımcı araştırmacı (SÖ), aile hekimliği ana bilim dalında doçent doktor olarak çalışmaktadır. GG'ye sadece bir kez sorun çözme becerisi eğitimi vermek için katılmıştır. Katılımcıları tanımamaktadır. Kendi hayatında obeziteyi deneyimlememiştir. SYTD konusunda çalışmaktadır. Kırk saatlik BDT eğitimi almıştır.

Sorumlu araştırmacı (YÖ), aile hekimliği anabilim dalında asistan olarak çalışmaktadır. GG'ye katılmamıştır ve katılımcıları tanımamaktadır. Kendi hayatında obeziteyi deneyimlemiştir. Normal kiloluyken, atandığı bölgenin çalışma koşullarının zorluğu ve sedanter yaşamı dayatan sosyal ve kültürel etkileri nedeniyle kendisinde obezite geliştiğini düşünmektedir. ÇÜTF Aile hekimliği anabilim dalında çalışmaya başladığından beri SYTD ile 28 kilo vermiştir.

3.7. Yöntemin Belirlenmesi

Çalışmanın başlangıcında, GG'den altı ay sonra yapılan kilo ve bel çevresi ölçümlerinde, tıpkı bir önceki çalışmada katılımcıların kilo vermelerinde olduğu gibi koruma durumlarının da farklılık gösterdiği belirlendi. Bunun üzerine bu farklılığın neden kaynaklanabileceği, hangi gereç ve yöntemle tespit edilebileceği konusunda odaklanıldı. Yapılan çalışmalar sonucunda, bu farklılıkların ancak “neden, niçin” sorularına yanıt arayan nitel yöntemler kullanılarak belirlenebileceğine karar verildi.

Nitel araştırma yöntemlerinden fenomenolojinin katılımcıların deneyimlerinin anlaşılmasında etkili olabileceği düşünüldü. Dört araştırmacının da katıldığı toplantı düzenlendi. Bu toplantılar sonrasında fenomenolojik araştırma yönteminin kullanılmasına ve verilerin incelenecek fenomen obezite ve kilo verme çabası gibi hassas bir konu olduğu için odak grup görüşmesi yerine derinlemesine görüşme yapılarak elde edilmesine karar verildi.

Olgu bilim olarak da adlandırılan fenomenoloji olayların varlığını inceleme ve tanımlama yöntemidir. Bir başka deyişle fenomenoloji olayların varlığını “gerçek nedir?” sorusuna cevap arayarak sorgulayan bir yöntemdir. Fenomenolojinin sosyal bilimlerde gelişimi oldukça eski tarihlere kadar uzanmaktadır. Fenomoloji, bilimde azaltma (dedüksiyon) yaklaşımına bir tepki olarak Immanuel Kant tarafından 1764 yılında tanımlanmıştır. Ancak bir bilim dalı olarak filozof Edmund Husserl’in öncülüğünde gelişmiştir. Husserl’e göre; felsefenin görevi, fenomenler (görüngü) dünyasına girmek ve oradan gerçekliği görüp anlamaktır. Gerçeğin “özüne” ulaşabilmek için nesnel ve öznel boyutun “gerçek’ten” soyutlanması gerekmektedir. Husserl bunu “parantez içine almak” veya “öznellik, nesnelliğin parantez içine alınması” olarak ifade etmektedir.⁷⁵ Fenomenolojik bakış açısına göre;

- 1) Tek bir gerçeklik yoktur,
- 2) Gerçeklik kişisel algılamalara dayanır ve zamanla değişebilir,
- 3) Ne bildiğimiz içinde bulunduğumuz durum, çevre ve şartlara göre değişiklik gösterir.⁸⁰

Husserl tarafından belirtildiği gibi fenomenoloji gerçeklerin bilimi değil, öz (esas) varoluşun bilimidir. Bu bakış açısındaki temel nokta aslında tek bir gerçek olmadığına dayanmaktadır.⁷⁵ Fenomenoloji felsefi bir içeriğe sahip kendine özgü özellikleri olan bir araştırma yöntemidir. Fenomenolojik yaklaşımı yönlendiren temel kavramlar literatürde şöyle tanımlanmıştır; fenomen (olgu), gerçeklik, öznellik, gerçek ve deneyim.

Fenomen (olgu); bir dünyanın olduğunu ve bu dünyanın sosyal olduğunu varsayarak beliren olaylar veya nesnelerdir.

Gerçeklik; algısal ve sübjektif bir kavram olarak tanımlanmaktadır çünkü gerçeklik kişiye göre farklılık göstermektedir. Bu bağlamda gerçeklik bir görüntü meselesidir. Gerçekliğin bireyden bağımsız objektif bir olgu olduğunu düşünmek yanlıştır. Gerçekliği oluşturan beş önemli kavram vardır:

- 1) Bilinçlilik: Amaç (kasıt) ve bilinçlilik birbirleriyle eş anlamlı düşünülmelidirler. Birey her zaman amaçlı olarak bir şeylerin bilincindedir. Dolayısıyla bilinçlilik bir yön ya da bir anlama işaret etmektedir. Herhangi bir şeyin gerçekliği, bireyin o şeyin bilincinde olmasıyla yakından ilişkilidir.
 - 2) Davranış: Olgunun anlamı nesnelerde değil davranışlardadır. Burada gerçekten doğrudan amaçlı olan davranışlarla amaçsız olan davranışlar arasında farklılaşmak önemlidir.
 - 3) Algı: Algılama, kişinin anlamlı bir dünya görüntüsü yaratmak için bilgi girdilerini seçme, organize etme ve yorumlama süreci olarak tanımlanabilir.⁸¹
 - 4) Amaçlı (kasıtlı) deneyim: Amaçlı deneyimler bilinçli davranışlardır.
 - 5) Bireyler arası gerçeklik: Dünya, kişilerin topluluklar halinde yaşadığı ve birbirlerini deneyimledikleri, birbirleriyle etkileşimde bulundukları bir yerdir.⁸²
- Gerçekliğe ilişkin bu beş kavram Moustakas tarafından üç ana kavrama

indirgenmiştir. Bunlar;

- 1) Amaçlılık (Kasıt): Anlamlandırma, algılama, hatırlama, hissetme ve yargılamanın merkezidir. Amaçlılık, gerçek ya da hayali ya da var olmayan bir şeye karşı bilinçliliği yönlendiren bir kavramdır.
- 2) Noema: Noema deneyimlenen şeyin kendisidir.
- 3) Noesis: Noesis deneyim edilen şeyin algılanma biçimi olarak tanımlanmaktadır.

Noema “neyin” deneyimlendiğidir. Noesis ise “nasıl” deneyimlendiğidir.⁸³ **Öznellik;** dünyada olmak, dünya ile bağlantılı olmak olarak tanımlanmaktadır. **Gerçek;** gerçekliklerin bir bileşkesidir. Gerçek, gerçekliklere ulaşmamızı sağlamaktadır. **Deneyim;** fenomenolojide temeli oluşturan kavramlardan biridir çünkü hiçbir olgu deneyimden soyutlanarak düşünülemez. Farklı bir şekilde söylenecek olursa, bir olgu kişisel deneyimlerle oluşmakta ve şekillenmektedir. Olgunun tanımlanmasında kişilerin kendi sözcükleri ve cümleleri dolayısıyla da “yaşanmış deneyimleri” önemlidir. Yaşamdaki deneyimler bireylerin algılamalarından etkilenmekte ve kişinin öz benliğinin oluşmasında önemli rol oynamaktadır. Bilinçlilik deneyime anlam katmaktadır. Bir deneyimin nasıl kavramsallaştırıldığı bireyin ona yüklediği anlamla ilişkilidir.⁷⁵

Fenomenolojik araştırma insan olgusu üzerine odaklanmış, tümevarımsal (endüktif) tanımlayıcı bir araştırma yöntemidir. Araştırmacı fenomenolojik araştırmada

yaşanmış deneyimlerin ifade edilişinin veya dışa vuruluşunun anlamlarını tanımlamaktadır. Fenomenolojik araştırma sürecinde bireylerden elde edilen veriler araştırma raporunda bireylerin vizyonundan sunulmalıdır.⁷⁵

Fenomenolojik araştırma; problemi tanımlamada, koşulları anlamada ve çözümler üretmede bireyi merkeze oturtmakta ve araştırmayı birey ekseninde yürütmektedir.⁸⁴ Fenomenolojik araştırmada araştırma sürecinde kimin araştırılacağına belirlenmesi çok önemlidir. Çünkü başlangıç noktası kişisel deneyimler olan fenomenolojide bu deneyimleri yaşamış ya da yaşamakta olan kişiler araştırmanın örneklemini oluşturmaktadır. Örneklem oluşturma sürecinde araştırmacının unutmaması gereken nokta, örneklem hacminin büyük olmasının daha fazla bilgi elde etmeyi sağlamadığıdır.⁸⁵

Fenomenolojik araştırmada veri toplama süreci üç aşamadan oluşmaktadır. Bunlar:

- 1) Bireylerle derinlemesine, yarı-yapılandırılmış, sözlü görüşmeler yapılmalı ve bunlar kaydedilip çözümlenmelidir. Fenomenolojik araştırmalarda görüşmelerin kaydedilmesi önemlidir. Araştırmacı not tuttuğu görüşmelerde dikkatini görüşmeye veremeyebilir. Ayrıca not tutarken araştırmacı kendi kelimelerini kullanmaktadır. Fenomenolojik araştırmada olguyu, deneyimi bireyin bakış açısından tanımlamak çalışmanın kalitesini arttırmada kilit rol üstlenmektedir.
- 2) Olguya ilişkin anlamlandırmalar yapabilmek için bireylerden deneyimlerini detaylı bir şekilde yazmaları istenmeli yani yazılı doküman toplanmalıdır.
- 3) Katılımcı gözlemci teknikleri kullanılarak bireyin araştırılan olguya ilişkin davranışları gözlemlenmelidir. Fenomenolojik araştırmada veri toplarken empati ve vücut dili de önemlidir. Araştırmacı bireyleri değerlendirirken bu noktaları da göz önünde bulundurmalıdır.⁸⁶

3.8. Derinlemesine Görüşme İçin Hazırlık Aşaması ve Pilot Görüşme

Çalışmanın nitel verilerinin derinlemesine görüşme yapılarak toplanması kararından sonra görüşmenin yapılacağı ortamın belirlenmesi konusunda çalışılmaya başlandı. Mekan seçimi için alternatifler değerlendirildi. GG'yi yapan araştırmacının ofisi, aile hekimliği seminer salonu ve ÇÜTF Balcalı Hastanesi Çocuk ve Kadın Koruma Acil Polikliniğindeki aynalı oda seçenekler arasındaydı. Aynalı odanın

düşünülmesinin sebebi, katılımcıların derinlemesine görüşme sırasındaki hareketlerini ve yüz ifadelerini de değerlendirebilmektir. Aynalı odada, dört araştırmacının katıldığı bir pilot görüşme kaydedildi. Tez danışmanı ve sorumlu araştırmacı taslak görüşme sorularıyla derinlemesine görüşme gerçekleştirdi. Diğer iki araştırmacı aynalı odanın diğer bölümünde yer alarak görüşmeyi izledi. Aynalı odanın diğer bölümünde yer alan iki araştırmacı ile tez danışmanı arasında kulaklık aracılığıyla iletişim kuruldu ve öneriler anında iletildi. Aynalı oda daha çok adli vakalarda kullanıldığı ve katılımcılara yabancı bir oda olduğu için katılımcıların sorulara rahat cevap veremeyecekleri düşünülerek derinlemesine görüşmelerin katılımcıların tanıdıkları ve daha konforlu bir ortam olması nedeniyle tez danışmanının ofisinde yapılmasına karar verildi.

3.8.1. Derinlemesine Görüşmenin Sorularının Belirlenmesi

Derinlemesine görüşmede kullanılacak yarı yapılandırılmış sorular pilot görüşme sonrası yapılan düzenlemelerle son biçimini aldı. Toplam on iki açık uçlu soru elde edildi. Derinlemesine görüşme soruları **Tablo 5**'de yer almaktadır.

Tablo 5. Derinlemesine görüşme soruları

1)	Fazla kilolular hakkında ne DÜŞÜNÜYORSUNUZ? Onlarla ilgili DUYGULARINIZ neler?
2)	Normal kilolular hakkında ne DÜŞÜNÜYORSUNUZ? Onlarla ilgili DUYGULARINIZ neler?
3)	ÇEVRENİZİN kilonuzla ve kilo verme çabalarınızla ilgili yorumları sizi nasıl etkiler?
4)	Kilonuzla ilgili bu güne kadar sizi en kötü etkileyen hitap neydi? Kim tarafından söylenmişti? Biraz anlatabilir misiniz? Bu hitapları kullananlar içinde sağlık personeli var mı?
5)	Kilonuzu tanımlamak için şu LİSTEDEKİ hitaplardan hangilerinin kullanılmasını tercih edersiniz?
6)	GG sizi nasıl etkiledi? Kısaca bahsedebilir misiniz?
7)	Sizce GG'yle hayatınızda neler değişti? Sizin için en önemlisi nedir? (CİNSELLİK bahsedilmezse en sonunda sorulacak)
8)	Sizce GG'nin OLUMSUZ yanları nelerdi?
9)	GG'lerden edindiğiniz alışkanlıkları sürdürebiliyor musunuz? Neleri? (Devam ettiremedim derse NEDEN böyle olduğunu düşünüyorsunuz?)
10)	Devamı sağlayan EN BÜYÜK ETKEN neydi?
11)	Tüm hayatınızda sizi olumlu ya da olumsuz etkileyen önemli olaylardan bir kaçını söyleyebilir misiniz?
12)	Eklemek istediğiniz herhangi bir şey var mı? TEŞEKKÜRLER

Bu soruların ilk beş tanesi obezite ve kilolu olma deneyimleri ile ilgili idi. İlk iki soru, özellikle kilolu olma ve normal kilolu olma durumlarını indirekt olarak soracak şekilde tasarlandı. Burada amaç katılımcıların bu konudaki duygularını, düşüncelerini, bu duygu ve düşüncelerin davranışlarını nasıl şekillendirdiğini belirleyebilmektir. Ayrıca soruların indirekt biçimde tasarlanması katılımcıların duygu ve düşüncülerini daha rahat ifade etmelerini sağlayacaktı. DG'nin ilk iki sorusu için katılımcılara duygu listesi gösterildi. Duygu listesi **Tablo 6**'de verilmiştir.

OLUMLU ANLAYIŞLI AŞIK AFFEDİCİ ARZULU CANLI CESARETLİ CÖMERT DEĞERLİ DESTEKLEYİCİ DOSTÇA EĞLENDİRİCİ EMİN FERAHLATICI GÜVENLİ GEVŞEMİŞ GURURLU GÜVENİLİR GÜÇLÜ HAYRAN HEVESLİ HEYECANLI HOŞNUT HUZURLU KABULLENİCİ KENDİNE GÜVENEN MEMNUN MERAKLI MİNNETTAR MUTLU NEŞELİ RAHAT SAKİN SAYGI DEĞER SEKSİ SEMPATİK SEVGİ DOLU SEVGİYE LAYIK SEVİNÇLİ SICAK KANLI ŞEFKATLİ TATMİN KAR TUTKULU UMUTLU YUMUŞAK	OLUMSUZ AKLI KARIŞIK APTAL BAĞLI BASTIRILMIŞ BECERİKSİZ BERBAT BIKKINLIK ÇEKİCİ OLMAYAN ÇEKİNGEN KIZGIN DALGIN DEHŞETE DÜŞMÜŞ GÜVENSİZ ENDİŞELİ FAYDASIZ GERİ ÇEVİRİLMİŞ GÜVENİLMEZ HARAP OLMUŞ HASSAS HIRSLI HUZURSUZ İHTİRASLI İZOLE KARARSIZ KAYGILI KUŞKU KORKMUŞ KORUNMASIZ KÖTÜMSER KURBAN EDİLMİŞ KÜÇÜK DÜŞÜRÜLMÜŞ MUHTAÇ NEFRET DOLU ÖFKELİ ÖN YARGILI PANİĞE KAPILMIŞ PIŞMAN SABIRSIZ SAHTE SİKILGAN SİKINTILI SİNİRLİ SUÇLU ŞÜPHELİ TAHRİK EDİLMİŞ TEHDİT EDİLEN TİKSİNDİRİCİ UMUTSUZ UTANMIŞ ÜZGÜN YALNIZ YARDIMA MUHTAÇ YAVAN YENİLMİŞ YETERSİZ YIPRANMIŞ YORGUN
---	--

Tablo 6. Duygu Listesi

Üçüncü, dördüncü ve beşinci soru, katılımcıların obezite nedeniyle herhangi bir ayrımcılığa maruz kalıp kalmadıklarını belirleyebilmek için tasarlandı. Bu soruların oluşturulmasındaki hareket noktası, katılımcıların GG sırasında tez danışmanına GG'ye katıldıklarını çevrelerindeki insanların bilmelerini istemediklerini ifade etmiş olmalarıydı. Bu sorularla özellikle, katılımcıların damga (stigma), bir başkası tarafından

damgalanma (eksternal stigmatizasyon) ve kendi kendini damgalama (internal stigmatizasyon) durumları araştırılmak istendi. Ayrıca katılımcıların deneyimlerinden, sağlık çalışanlarının, “obezite ve damga, damgalanma, damgalama” durumuyla ilgili etkileri de belirlenmek istendi. Beşinci soru için, ÇÜTF aile hekimliği anabilim dalı akademisyenlerinin, asistanların ve intörnlerin de katıldığı, eğitim toplantılarının birisinde görüş alındı. Akademisyenlerin, asistanların ve intörnlerin klinik uygulamalar sırasında sağlık çalışanları tarafından kullanıldığını ifade ettikleri hitaplarla “sözel etiketler” listesi oluşturuldu. Sözel etiketler listesi **Tablo-7’** da verilmiştir.

Tablo 7. Sözel Etiketler Listesi

OBEZİTE İÇİN “SÖZEL ETİKETLER” LİSTESİ
AŞIRI KİLOLU
BALIKETLİ
BİRAZ TOPLU
ETİNE DOLGUN
HER TARAFIN YAĞ BAĞLAMIS
KİLO FAZLALIĞI
KİLO SANA YAKIŞIYOR
MAŞALLAHIN VAR
OBEZİTE
SAĞLIKSIZ KİLO
ŞİŞMAN
TOMBİK
TOMBUL
BEDEN KÜTLE İNDEKSİ YÜKSEKLİĞİ
YAĞ BİRİKİMİ
YAĞLANMA
YARIM DÜNYA OLMUŞSUN

Son beş soru GG deneyimleri ve katılımcıların GG’den nasıl etkilendikleri ile ilgili hazırlandı. Bu sorularla; katılımcıların GG’den nasıl etkilendikleri, GG’nin olumlu ya da olumsuz yönleri, GG’yle ilgili nelerin geliştirilmesi gerektiği, katılımcıların

hayatında GG'den sonra nelerin değiştiği, GG'den sonra sürdürebildikleri davranış değişiklikleri ve motivasyonları araştırılmak istendi.

On birinci soru, katılımcıların hayatlarının dönüm noktası ve bunu kilolu ya da obez olma durumlarıyla ilişkilendirip ilişkilendirmedikleri ile ilgiliydi. Bu soru, aile hekimliği disiplininin ilkeleri temel alınarak tasarlandı. Katılımcıya hastalığı ile ilgili bütüncül yaklaşabilmek ve hastanın güçlendirilmesine katkı sağlayabilmek amaçlandı. Ayrıca bu soruyla katılımcının biyopsikososyal, varoluşsal ve kültürel durumu da değerlendirilmiş olacaktı. Son soruda ise katılımcıların, konuyla ilgili eklemek istedikleri görüşleri olup olmadığı soruldu.

Tüm bu sorular yansız olarak soruldu ve ardından gerekli yerlerde sokratik araştırıcı sorularla desteklendi. Elde edilecek cevaplarla; obezite de dahil kronik hastalıkların tedavisi, takibi, hasta eğitimi, hastanın güçlendirilmesi sırasında GG'den nasıl faydalanılabileceğini tespit etmek amaçlandı. GG'yi daha etkili hale getirmek, iyileştirmek için neler yapılmalıydı? Hangi katılımcılar GG'ye uygundu? Hangi benzer özelliklere sahip katılımcıları aynı grupta konumlandırmak gerekiyordu? Grubun sosyokltler ve demografik açıdan homojen olması grup dinamiklerini nasıl etkileyecekti? GG'ye katılacak olanların birbirine yakın BKİ'de olmaları katılımcıları olumlu mu yoksa olumsuz mu etkilemekteydi? GG'ye başlamadan önce katılımcılara uygulanması gereken standart lekler (Prime MD, Rosenberg, SSE-KF, Bağımlılık leği vb. gibi) tanımlanmalı mıydı? GG'nin uygulandığı mekan nasıl seilmeliydi? GG hizmetini veren sağlık çalışanlarının ne tür özelliklere sahip olması gerekmektedir? GG hizmetini veren ekibin ne tür bir eğitim almış olması gerekmektedir? Hangi katılımcılarla GG' den çok bireysel görüşme yapılmalıydı? Derinlemesine görüşme tekniği hangi katılımcılarda gerekliydi? Katılımcılar obeziteyle mücadeleleri sırasında ne tür güçlüklerle karşılaşıyorlardı ve aile hekimleri ne tür yöntemlerle bu güçlükleri aşmalarını kolaylaştırabilirdi?

3.8.2. Katılımcıların Derinlemesine Görüşme İçin Davet Edilmesi

Sorularla ilgili hazırlıklar tamamlandıktan sonra katılımcılar telefonla aranarak derinlemesine görüşme yapılmak üzere davet edildi. Çalışmanın başında, çalışmayı kabul edip ölçümleri yapılan katılımcıdan biri sağlık sorunu, biri iş yerinden izin

alamama, ikisi şehir değişikliği, bir diğeri çocuklarının sınavı nedeniyle derinlemesine görüşmeye katılamayacağını bildirdi.

3.8.3. Derinlemesine Görüşme ve Kayıt

Tez danışmanı derinlemesine görüşmeye başlamadan önce, yardımcı araştırmacı tarafından katılımcılara kısaca, derinlemesine görüşme, çalışmanın amacı, tahmini süresi konusunda bilgi verildi ve derinlemesine görüşme için onam formu alındı. Katılımcıların ve ailelerinin obezite öyküleri alındı. Obeziteyle ilgili daha önce girişimleri olup olmadığı, olduysa kaç kez olduğu, etkili olup olmadığı, ne tür girişimler olduğu soruldu. Derinlemesine görüşmeler ÇÜTF Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda, sessiz ve sakin bir ortamda tez danışmanının çalışma ofisinde gerçekleştirildi. Derinlemesine görüşmelere tez danışmanı ile birlikte, hastanın onamı alınarak transkriptleri yazacak olan sorumlu araştırmacı da katıldı ve görsel ipuçlarını not aldı. Toplam yirmi derinlemesine görüşme kaydedildi. Derinlemesine görüşmeler bir ay içinde kaydedildi. Derinlemesine görüşmelerde, bir görüşme hariç, ses kayıtları baştan sona kadar sürdürüldü. Bahsi geçen bir tek görüşmede, katılımcının isteği üzerine, görüşmenin bazı bölümlerinde ses cihazı kapatıldı. Tüm kayıtların toplam süresi 573 dakika, 48 saniye olmak üzere. görüşmelerin en uzun 53 dakika 53 saniye, en kısası 26 dakika 10 saniye sürdü.

3.8.4. Transkriptlerin Yazılması

Transkriptlerin yazılması sorumlu araştırmacı tarafından gerçekleştirildi. Derinlemesine görüşmedeki tüm konuşmalar kelimesi kelimesine yazıldı. Transkriptler, katılımcıların ve araştırmacıların isimlerinin baş harfleri kodlanarak, soru ve cevapların sırasına uygun olarak ve 12 puntoyla yazıldı. Görüşme sırasında ses kaydında bulunan gülme, ağlama ya da katılımcının konuşma temposunun düşmesi, aksanlı konuşması gibi durumlar transkriptlerde parantez içinde belirtildi. Görüşmenin ses kayıtlarının bazı yerlerinde, tez danışmanı ve katılımcının aynı anda konuşmaları mevcuttu. Böyle durumlarda konuşmanın bu bölümleri tekrar tekrar dinlenerek tam çözümleme yapıldıktan sonra transkripte aktarıldı. Toplam 361 sayfaya ulaşan transkriptlerin yazılması 76 gün sürdü.

3.8.5. Verilerin Analizi

Analiz toplanan verileri bilgiye dönüştürme sürecidir. Bu aşamada en az söylenenler kadar bunların altında yatan anlamlar da ortaya konmaya çalışılır. Bu çerçevede derinlemesine görüşme verilerinin analizinde izlenebilecek temel basamaklar üç başlıkta incelenebilir:

- 1) Görüşmelerden elde edilen verilerin genel konu başlıklarına veya alt konu başlıklarına bölünmesi
- 2) Konuların özelliklerine göre etiketlenmesi
- 3) Önemli bulguların tanımlaması ve yorumlaması

3.8.5.1. Görüşmelerden Elde Edilen Verilerin Genel Konu Başlıklarına veya Alt Konu Başlıklarına Bölünmesi

Alınan notların, verilerin analizi sırasında veya araştırma öncesinde belirlenen genel konu başlıklarına ve alt konu başlıklarına göre ayrılıp sınıflandırılmasıdır. Dağınık bilgi parçaları ortak başlıklar altında toplanır.⁷⁵

Üç yüz altmış bir sayfadan oluşan transkriptler, sorumlu araştırmacı tarafından okunarak her bir soru için verilen cevaplar kendi içinde aynı başlıklar altında toplandı. Diğer üç araştırmacı tarafından da okunan transkriptler daha sonra dört araştırmacının katıldığı toplantılarda, sorulara verilen cevapların listelenmiş haliyle yeniden okunup genel konu başlıkları ve alt konu başlıkları konusunda ortak karara varıncaya kadar tartışıldı.

3.8.5.2. Konuların Özelliklerine Göre Etiketlenmesi

Derinlemesine görüşmelerin veri analizi yapılırken, araştırmacının konuları özelliklerine göre etiketlenmesi sistematik bir kolaylık sağlamaktadır.⁷⁵ Çalışmamızda da dört araştırmacının bir araya gelerek çalıştığı toplantılarda konular özelliklerine göre etiketlenmiştir.

3.8.5.3. Önemli Bulguları Tanımlama ve Yorumlama

Analiz, her konu hakkında verilen cevapları göz önünde bulundurarak, ortak tutum, düşünce veya fikirlere dayalı sonuçlar çıkarmaktır. Bundan önceki aşamalarda yapmış olunan sınıflandırma ve etiketleme bu adımda yardımcı olmaktadır. Verileri

belli özelliklerine göre sınıflandırdıktan sonra yapılan yorumlar konunun farklı yönleriyle incelenmesine ve olaylara farklı değişkenlerin etkilerinin belirlenmesine yardımcı olmaktadır.⁷⁵

Bu çalışmada, transkriptler araştırmacılar tarafından okunup genel başlıklar ve alt başlıklar belirlenip etiketleme işi tamamlanmıştır. Etiketleme aşamasından sonra bir kez daha transkriptler okunarak önemli bulgular değerlendirilmiş ve yorumlanmıştır. Çalışmanın tüm bu aşamalarında araştırmacılar, bireysel çalışmalarını (transkriptlerin ve çalışmayla ilgili makalelerin, kitapların okunması) dışında toplam on dokuz kez toplandılar. Bu toplantıların en kısa süreli olanı 1 saat, en uzun süreli olanı ise 3 saat 45 dakika idi. Toplantıların toplam süresi 41 saat, 9 dakika idi.

3.8.6. Çalışmanın Geçerlik ve Güvenirliği

Bilimsel araştırmalardaki en önemli ölçütlerden biri araştırmanın geçerlik ve güvenilirliğidir. Nitel araştırmalara en sık yönetilen eleştirilerden birisi, özellikle güvenilirlik konusunda nicel araştırmalarda olduğu gibi yaygın olarak kullanılan yöntemlerin, testlerin ve tanımların olmayışdır. Oysa ki, nitel araştırmalarda da geçerlik ve güvenilirlik kavramları için bir takım önlemler bulunmaktadır fakat bunlar nicel araştırmalardan farklı olarak yapılmaktadır. İki paradigma arasındaki bu kavramlara farklı bakış açılarının nedeni; nitel araştırmada araştırılan olgu veya olay ön plana çıkarken, nicel araştırmalarda bu olgu ya da olayın sayısal özelliklerinin ön plana çıkmasıdır.^{86,87} Guba ve Lincoln, “trustworthiness” kavramının, nitel araştırmalarda geçerlik ve güvenilirlik kavramını daha net bir şekilde ifade edeceğini belirtmişlerdir.⁸⁸ Bu anlayışa göre “trustworthiness” çalışmanın her aşamasında en önemli görevi görür. Nitel bir araştırmada güvenilirlik oluşturulması şu maddeleri kapsar:

- 1) **Güvenilir olma**; bulguların doğruluğunun güvenilir olması
- 2) **Aktarılabilirlik**; bulguların diğer bağlamlarda da uygulanabilirliğini gösterebilmek
- 3) **Güvenilebilirlik**; bulguların tutarlı ve tekrarlanabilir olması
- 4) **Uygunluk**; çalışmanın bulgularında yansız olunması. Çalışmanın bulgularının; araştırmacının önyargılarına, motivasyonuna ya da ilgi alanına göre değil katılımcılarla paylaşarak ölçülmesi.⁸⁸

Guba ve Lincoln, nitel araştırmalarda yukarda belirtilen kriterlerin elde edilebilmesi için kullanılacak tekniklerin ana hatlarını tanımlamışlardır.

Güvenilir olmayı tespit için kullanılan teknikler:

- 1) Uzun süreli görüşme
- 2) Devam eden gözlem
- 3) Triangölasyon
- 4) Akran (uzman) görüşü alma
- 5) Negatif veya normalden farklı bulunan vakaların analizi
- 6) Yararlanılan kaynakların yeterliliğı
- 7) Katılımcı kontrolü

Aktarılabilirliğı tespit için kullanılan teknikler:

- ✓ Ayrıntılı tanımlama

Güvenilebilirliğın tespiti için kullanılan teknikler:

- ✓ Kontrol, denetim

Uygunluğun tespiti için kullanılan teknikler:

- 1) Uygunluğun denetlenmesi
- 2) Araştırmanın izlerinin (aşamalarının) denetlenmesi
- 3) Triangölasyon
- 4) Refleksivite⁸⁸

Geçerlik ve güvenilirlik tespiti için geliştirilmiş olan bu teknikler bizim çalışmamızda da kullanılmıştır. Güvenilir olmayı sağlamak için kullanılan “uzun süreli görüşme” tekniğı bu çalışmada da uygulanmıştır. Tez danışmanı, katılımcıları 2014 yılında gerçekleştirilen GG sırasında gözlemlemiştir. Yine GG sürecinde katılımcılarla bireysel görüşmeler yapmıştır. Halen katılımcıların ihtiyaç duymaları halinde bireysel görüşmelere devam etmektedir. Çalışmamızın başlangıcında, derinlemesine görüşmeyi kimin gerçekleştireceğıne karar verilmesi aşamasında tez danışmanının katılımcıları uzun süredir takip ediyor olması göz önünde bulundurulmuştur. Bu durum aynı zamanda “devam eden gözlem” tekniğini de uygulamayı sağlamaktadır.

Triangölasyon; apraz-kontrol (cross-checking), farklı kaynaklar, farklı metotlar, farklı zamanlarda ya da verilerin farklı araştırmacılar tarafından değıerlendirilmesidir. Roberts ve Priest, triangölasyonun, çalışmanın daha geniş kapsamlı olmasını

sağladığını, tutarlılığını ve sağlamlığını arttırdığını belirtmişlerdir.⁸⁹ Bizim çalışmamızda verilerin farklı araştırmacılar tarafından değerlendirilmesi tekniği kullanılmıştır. Derinlemesine görüşme ses kayıtları transkript haline getirildikten sonra, tez danışmanı ve sorumlu araştırmacının yanı sıra diğer iki araştırmacı da transkriptleri okuyup analiz etmişlerdir. Dört araştırmacının da katıldığı toplantılarda, her bir araştırmacı tarafından yapılan transkript analizleri tekrar tartışılıp bulgular ortak kararlarla elde edilmiştir.

Akran (uzman) görüşü alma tekniği açısından bizim çalışmamızda; araştırmanın başlangıcından itibaren tez danışmanı ve sorumlu araştırmacı, araştırmanın tasarlanması aşamasından itibaren her aşamada diğer iki araştırmacıdan akran görüşü almışlardır.

Negatif veya normalden farklı bulunan vakalar bu çalışmada da tespit edilip, araştırmacılar tarafından analiz edilmiştir. Bizim çalışmamızın başlangıç noktası olan iki vaka (GG'yi kilo vererek bitirenler) ile, derinlemesine görüşme dışında da bireysel görüşmeler yapılarak tekrar değerlendirilmiştir. Bu katılımcılardan elde edilen bulgular, araştırmacılar tarafından titizlikle değerlendirilmiştir.

Yararlanılan kaynakların yeterliliği açısından; araştırmacılar tarafından konuyla ilgili literatür taraması yapılmıştır. Her bir araştırmacı ilk önce bireysel okumalarını yapmıştır. Daha sonra araştırmacılar, bir araya geldikleri toplantılarda, elde edilen farklı bilgileri paylaşıp tartışmışlardır.

Aktarılabilirlik için “ayrıntılı tanımlama” ve güvenilebilirlik için “kontrol-denetim” teknikleri bizim çalışmamızda da kullanılmıştır. Uygunluğun tespiti için kullanılan “uygunluğun denetlenmesi”, “araştırmanın aşamalarının denetlenmesi”, “triangülasyon” ve “refleksivite” teknikleri de araştırmanın her aşamasında göz önünde bulundurulmuştur.

Refleksivite yani düşünömsellik, bireysel olandaki toplumsalı, mahremin altında gizlenen gayri şahsiyi, özelin en derinine gömölmüş evrenseli keşfettirerek bizi böylesi yanılsamalardan kurtaran şeydir. Bu anlamda, önemli olduğu halde düşünömselliğin kullanılmamasının temel sebebi toplumsaldır, yani entellektöelin kendisini sorgulamaktan kaçınmasından kaynaklanır.⁹⁰ Nitel araştırmalarda araştırmanın gerçek materyali, araştırmacının kendisidir. Araştırmacının, araştırma sırasında deneyimlediği duygularını, davranışlarını ve çatışmalarını araştırmanın sonuçlarını paylaşırken tarafsızca yansıtmaları gerekir. Nitel araştırmacı çalışmasındaki katılımcılarla olan

iletişimini, önyargılarını, varsayımlarını ve araştırmanın içindeki kendi rolünü eleştirel bir şekilde tanımlarsa araştırmanın niteliği artar. Bu çalışmada, DG'lerle verilerin toplanması sırasında, her bir görüşmeden sonra, tez danışmanı ve sorumlu araştırmacı görüşme sırasındaki izlenimlerini tartışıp notlar almışlardır. Katılımcıyla ilgili ne düşündüklerini, ne hissettiklerini, katılımcının ne demek istediğini, katılımcının deneyimlerinin araştırmacılar üzerindeki refleksivitesini tartışmışlardır.

Nitel çalışmaların açık ve kapsamlı raporlanması için bir kontrol listesi geliştirilmiştir. COREQ (Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research) odak grup ve görüşmeler için 32 maddeden oluşan bir kontrol listesidir. Kontrol listesinde yer alan tüm öğeler üç alanda gruplandırılmıştır;

- 1) Araştırma ekibi ve refleksivite
- 2) Çalışmanın tasarımı
- 3) Verilerin analizi ve raporlama.⁹¹

Çalışmamız bu 32 maddelik kontrol listesindeki maddeleri karşılayacak biçimde raporlanmıştır. Morse'a göre ise; nitel araştırmalarda geçerlik ve güvenilirlikle amaçlanan çalışmayı titiz (rigor) hale getirmektir. Nitel çalışmalarda titizlik (rigor) kavramı, "trustworthiness" kavramının yerine kullanılmaktadır. Geçerlilik, araştırmalarda tekrarlanabilirliği ifade etmektedir ve nitel araştırmalarda bu mümkün değildir. Tüm bilgilerden sonra belki de akılda tutulması gereken en önemli nokta "nitel araştırmalarda, bir projenin tekrarlanabilir olmasının gereksiz ve istenmeyen" bir özellik olmasıdır.⁹²

4. BULGULAR

Nitel araştırmalar, birebir notlar veya kaydedilen görüşmelerin transkriptlere dökülmesi, gözlemsel araştırma esnasında düşülmüş detaylı saha-notları, günlük, kronolojik açıklamalar ve araştırmacının araştırdıklarının kendi üzerinde aksettirdiklerini not etmesi şeklinde oldukça büyük miktarda veri üretirler. Transkriptler ve notlar araştırmanın işlenmemiş verileridir ve tanımlayıcı kayıt yapmayı sağlayabilirler ama yorumlamayı sağlayamazlar. Bu yüzden araştırmacı verileri kendisi elden geçirmek ve yorumlamak zorundadır.⁹³ Aşağıda bu çalışmanın derinlemesine görüşme kayıtlarıyla elde edilen bulguları sunulmaktadır.

4.1. Katılımcıların  zellikleri

Katılımcıların  zellikleri, katılımcıların derinlemesine görüşme sırasında kendileriyle ilgili kullandıkları ifadeler ve araştırmacıların (A1 ve A2) gözlemleri göz önünde bulundurularak tanımlanmıştır **(Tablo-8)**. Katılımcılar için K# kısaltması kullanılmıştır (K1: 1 numaralı katılımcı). Derinlemesine görüşmenin transkript şekline getirilmesi ve verilerin analiziyle bu tanımlamaların dışında daha farklı ve derin bulgulara da ulaşılmış ve ortaya çıkan tema ve alt temalar çerçevesinde sunulmuştur.

Kod	Yaş	Meslek	Medeni Durum	Çocuk Sayısı	GG'yle Kilo Verme Durumu	6 ay Sonraki Kilo Koruma Durumu	Araştırmacı Gözlemi / DG Sorularına Verilen Cevaplardan Notlar
K1	36	Öğretmen	Evli	Yok	Vermiş	Koruyamamış	Neşeli, konuşkan, çok bakımlı. Kilolu olma durumunu kültüre bağlıyor
K2	48	Ev Kadını	Evli	2	Vermiş	Koruyamamış	Sakin, tedirgin, bakımlı. Kilosunu koruyamamasını çocuklarının sınavına bağlıyor.
K3	40	Ev Kadını	Evli	2	Almış	GG'den sonra tekrar kilo almış	Durgun, çok bakımlı. Eşi tarafından aldatılma öyküsü var, kilo verirse eşini ödüllendirmiş gibi hissedeceğini söylüyor.
K4	21	Öğrenci	Bekar	Yok	Almış	GG'den sonra tekrar kilo almış	Utangaç, kırılgan, bakımlı. Kilosuyla ilgili olumsuz bir söylem olduğunda tıknırcasına yeme atakları olduğunu anlatıyor.
K5	42	Memur	Evli	2	Vermiş	Korumuş	Sakin, nezaketli, bakımlı. Çocuklara yemek yapmasının ve onların öğünlerinden artanları tüketmesinin kilo almasına yol açtığını fark etmiş.
K6	36	Hemşire	Birlikte yaşıyor	Yok	Vermiş	Koruyamamış	Sakin, sessiz, az bakımlı. GG'den kilo kontrolüyle ilgili edindiği bilgileri koruduğunu ama GG bitince uygulama konusunda motivasyonunun düştüğünü anlatıyor.
K7	49	Emekli	Evli	2	Vermiş	Koruyamamış	Sakin, dikkatli, az bakımlı. Kızının işi nedeniyle şehir değişikliği yapmış. Yürümeye uygun ortam olmadığı için kilosunu koruyamadığını söylüyor.

Tablo 8. Katılımcıların özellikleri

Kod	Yaş	Meslek	Medeni Durum	Çocuk Sayısı	GG'yle Kilo Verme Durumu	6 ay Sonraki Kilo Koruma Durumu	Araştırmacı Gözlemi / DG Sorularına Verilen Cevaplardan Notlar
K8	40	Öğretmen	Evli	2	Vermiş	Korumuş	Neşeli, konuşkan, rahat, bakımlı. GG'yle beslenme alışkanlıklarının değiştiğini, çikolata bağımlılığının ortadan kalktığını anlatıyor.
K9	50	Memur	Evli	2	Vermiş	Korumuş	İletişim güçlüğü olabiliyor, durgun, az bakımlı. Kilo almayı iklim koşulları (sıcak) nedeniyle egzersizini azaltmış olmasına ve Ramazan ayına bağlıyor.
K10	35	Memur	Evli	1	Vermiş	Korumuş	Eleştirel, çok bakımlı. Kendisi ve ailesi için dış görünüşün çok önemli olduğunu söylüyor.
K11	41	Hemşire	Evli	2	Vermiş	Koruyamamış	Hüzünlü, az bakımlı. Emosyonel yeme tanımlıyor. Olumsuz duygular ya da deneyimlerin yemek tüketimini arttırdığını söylüyor.
K12	22	Öğrenci	Bekar	Yok	Vermiş	Koruyamamış	Çökkün, konuşma temposu düşük, az bakımlı. Kilo almasının PCOS ve daha önce kullandığı demir preparatlarıyla ilgili olduğunu düşünüyor.
K13	41	Öğretmen	Evli	1	Vermiş	Korumuş	Sakin, sessiz, bakımlı. Dönem dönem değersizlik hissinin yoğunlaştığını, bu dönemlerde yeme miktarının arttığını anlatıyor.
K14	42	Ev Kadını	Evli	4	Vermiş	Korumuş	Neşeli, konuşkan, bakımlı. GG'den sonra bütün hayatının değiştiğini, sakın huzurlu biri olduğunu anlatıyor.

Tablo 8. Katılımcıların özellikleri (Devamı)

Kod	Yaş	Meslek	Medeni Durum	Çocuk Sayısı	GG'yle Kilo Verme Durumu	6 ay Sonraki Kilo Koruma Durumu	Araştırmacı Gözlemi / DG Sorularına Verilen Cevaplardan Notlar
K15	54	Ev Kadını	Dul (Eşi vefat etmiş)	2	Vermiş	Korumuş	Sakin, sessiz, az bakımlı. GG'yle tüm hayatının değiştiğini, çok sakın bir insan olduğunu, kullandığı ansiyolitik, anti-hipertansif ve lipid düzenleyici ilaçları bıraktığını, daha önce katılmadığı sosyal faaliyetlere katılmaya başladığını anlatıyor.
K16	46	Memur	Evli	2	Vermiş	Korumuş	Çok neşeli, çok konuşkan, çok bakımlı. GG'de yeterince egzersiz yapılamadığını anlatıyor.
K17	43	Polis	Evli	2	Vermiş	Koruyamamış	Sakin, yüksek sesle konuşuyor, az bakımlı. Kilo korumada birinci luğun kendine ait olduğunu söylüyor.
K18	40	Sağlık Teknisyeni	Evli	2	Vermiş	Korumuş	Sakin, temkinli, bakımlı. GG'den olumlu etkilendiğinden bahsediyor.
K19	23	Öğrenci	Bekar	Yok	Vermiş	Koruyamamış	Utangaç, çok bakımlı. GG'yle kendini sorumlu hissettiği için kilo verdiğini anlatıyor.
K20	21	Öğrenci	Bekar	Yok	Vermiş	Korumuş	Sakin, az bakımlı. GG sırasında yurttan kaldığı için gıda temininde zorlandığını anlatıyor.

4.2. Analiz ve Bulgular

Çalışmanın bulguları, derinlemesine görüşme transkriptlerinin triangulasyon yöntemiyle analizi sonrasında ulaşılan kod ve kategorilerden yine aynı yöntemle ortaya çıkan, temalar ve alt temalar başlıklarıyla sunulacaktır. Bu süreçte izlenen yol **Tablo 9**'da özetlenmiştir.



DERİNLEMESİNE GÖRÜŞME SORULARI	KODLAMA - TRIANGULASYON	KATEGORİZASYON - TRIANGULASYON	TEMALAR	ALT TEMALAR
- Fazla kilolular hakkında ne DÜŞÜNÜYORSUNUZ? Onlarla ilgili DUYGULARINIZ neler? - Normal kilolular hakkında ne DÜŞÜNÜYORSUNUZ? Onlarla ilgili DUYGULARINIZ neler?			DUYGU, DÜŞÜNCE DAVRANIŞ DÖNGÜSÜNÜN OBEZİTE ve KİLO VERME ÇABASINA ETKİSİ	- Obezite Konusudaki Duygu ve Düşünceler - Obezite Konusundaki İnanışların Davranışlara Etkisi
- ÇEVRENİZİN kilonuzla ve kilo verme çabalarınızla ilgili yorumları sizi nasıl etkiler? - Kilonuzla ilgili bu güne kadar sizi en kötü etkileyen hitap neydi? Kim tarafından söylenmişti? Biraz anlatabilir misiniz? Bu hitapları kullananlar içinde sağlık personeli var mı? - Kilonuzu tanımlamak için şu LİSTEDEKİ hitaplardan hangilerinin kullanılmasını tercih edersiniz?			ÇEVRENİN OBEZİTE VE KİLO VERME ÇABASINA ETKİSİ	- Stigma (eksternal) - Kilo Sorununa Yönelik Hitap Tercihleri - Sağlık Çalışanlarının Kilo Sorununa Yönelik Hitapları - Toplumsal Cinsiyet Ayrımcılığı - Çevrenin Kilo Verme Çabasına Etkisi
- GG sizi nasıl etkiledi? Kısaca bahsedebilir misiniz? - Sizce GG'yle hayatınızda neler değişti? Sizin için en önemlisi nedir? (CİNSELLİK bahsedilmezse en sonunda sorulacak) - Sizce GG'nin OLUMSUZ yanları nelerdi? - GG'lerden edindiğiniz alışkanlıkları sürdürebiliyor musunuz? Neleri? (Devam ettiremedim derse NEDEN böyle olduğunu düşünüyorsunuz?) - Devamı sağlayan EN BÜYÜK ETKEN neydi?			GG İLE İLGİLİ DENEYİMLERİ	GG'nin Biyopsikososyal-varoluşsal Etkileri - Olumlu Etkiler - Olumsuz Etkiler - Sürdürülebilir SYTD - Motivasyonları - GG ile İlgili Önerileri
Tüm hayatınızda sizi olumlu ya da olumsuz etkileyen önemli olaylardan bir kaçını söyleyebilir misiniz?			YAŞAM DÖNÜM NOKTALARI	Travmatik Yaşam Olaylarının Obezite ve Kilo Verme Çabasına Etkileri

Tablo 9. Transkript yazım aşaması sonrası izlenen yol ve ulaşılan tema-alt temalar

4.3. Temalar ve Alt Temalar

Çalışmamızın bulgularında 4 ana tema bulunmaktadır.

4.3.1. Duygu, Düşünce, Davranış Döngüsünün, Obezite ve Kilo Verme Çabasına Etkisi

Bu temanın 2 alt teması bulunmaktadır.

4.3.1.1. Obezite Konusundaki Duygu ve Düşünceler

Katılımcılara, derinlemesine görüşmede normal kilolu, kilolu ya da obezlerle ilgili düşünce ve duyguları sorulduğunda, obezitenin nedenleri konusundaki inanışları ön plana çıktı. Katılımcıların kilolu ya da obez olma durumlarıyla ilgili; “genetik yatkınlık, sağlık, şans, psikolojik problemler, eğitim, bilinç, irade, biyolojik ve toplumsal cinsiyet, cezalandırılma, adaletsizlik” kodları belirlendi.

Katılımcılardan beşi obezitenin “genetik yatkınlık” nedeniyle olabileceğini söylediler. Hipertansiyon hastalığı olan bir katılımcı ise obeziteyi “hastalıkla” eşleştirdi.

“İlk önce (aklımdan) sağlık geçiyor tabii. Yani her hangi bir durumda uı çok düşündürüyor beni. Yani kalbi düşündürüyor o an çünkü ben tansiyonla problem yaşadığım için kilolu insanı gördüğüm anda hep tansiyon geliyor aklıma nedense” (K2)

Katılımcıların kilolu ya da obez olma durumunu “şans ve şanssızlık” faktörüyle ilişkilendirdikleri gözlenmiştir.

“(Normal kiloluların) İlk önce çok şanslı olduğunu (kahkaha atarak) Çok şanslı ne kadar güzel. Belki de çok yiyor yiyor kilo almıyor diye düşünürüm ama sonra da hani spor yapıyordur belki hani. Ay ne güzel bakıyor... Bakıyordur kendine diye düşünüyorum ya da sınırlarını biliyordur diye düşünüyorum yani evet hoşuma gidiyor.” (K2)

Katılımcıların dokuzu “duygu durumlarının veya psikolojik problemlerinin” kilolu ya da obez olma sebepleri olduğunu düşünüyorlardı.

“Ama benim ki sinirsel. Biliyorum yani çünkü moralim düzeldiği anda benim bütün her şey düzeliyor” (K3)

“...İuu, yani ben biraz psikolojik bişey olduğunu düşünüyorum yemek yemenin... Hani insanların genelde mutsuz olduklarında daha çok yediklerini düşünüyorum.

Mutlu olmak için... Evet yani ben mutsuz olduğumda uı gerçi bazı insanların iştahı kesiliyor hiç bir şey yemiyor ama bende ters tepiyor yemek istiyorum hem de abur cubur... Sanki böyle kendime zarar vermek istermiş gibi... Öyle bir yönüm var...” (K13)

“Strese her halde bağlıyorum... Çünkü çok sıkıntı yaşadık... O on yıl içerisinde aldığım kilolar bence bir yüzde ellisi stresten...” (K14)

Derinlemesine görüşmeler sırasında, katılımcılardan beşinin hayatlarının stresli dönemlerinde genellikle kilo sorunlarının ortaya çıktığı ve bu dönemlerde psikoterapi aldıkları bulgusuna ulaşıldı. Kilolu ya da obez olmalarını psikolojik problemlere bağlayan katılımcılardan ikisi bu nedenle hiç psikoterapi veya farmakoterapi almamışlardı. Katılımcıların ikisi depresyon için, biri anksiyete bozukluğu nedeniyle farmakoterapi almışlardı. Anksiyolitik kullanan ve GG’de kilosunun % 12,6’sını veren katılımcının GG sırasında oluşan iyilik hali nedeniyle hekim önerisiyle anksiyolitik tedavisi azaltılarak sonlandırılmıştı. Katılımcılardan birine DG sırasında depresif bozukluk tanısı konuldu ve ertesi gün memleketine döneceği için bulunduğu yerdeki bir psikiyatri uzmanına yönlendirildi. Daha sonra telefonla aranan hastadan, başvurduğu psikiyatri uzmanının kendisine depresif bozukluk tanısıyla Trazadon HCl ve Fluoksetin tedavisi başladığı öğrenildi. Bu katılımcı düzenli olmayan aralıklarla telefonla aranılarak, tedavisi ve kontrolleri hakkında bilgi alındı.

Sekiz katılımcının kilolu ve obez olma durumlarını “eğitim, bilinç, irade” yokluğuna bağladıkları gözlenmiştir.

“Şimdi biraz bilinçli olunca insan, boyunuzu biliyorsunuz, kilonuzu biliyorsunuz, normalin ne olması gerektiğini biliyorsunuz” (K7)

“...Hani şey gibi bununla baş etmek sigara bırakmakla baş etmek gibi olduğunu düşünüyorum ve irade gerektiğini, varlık kararlılık gerektiğini düşünüyorum...” (K13)

Bir katılımcının, indirekt sorularda başkalarının kilolu olma ve obezite durumunu, cehaletle ilişkilendirirken ifadelerindeki abartı dikkat çekici bulunmuştur. Bu katılımcı obez bireylerden bahsederken öfkesini kontrol etmekte güçlük çekiyor izlenimi bırakmıştır. Tez danışmanı ile DG sırasındaki diyalogları aşağıda sunulmuştur:

(K18) : *“Nasıl diyelim?... Evet bu konuda çok cahil olduklarını düşünüyorum... Ya da çok iradesiz olduklarını düşünüyorum...” “Nasıl desem hayatı boş vermiş*

sadece kendi için yaşayan insanlar... Eeee ya da sadece nasıl deyim yemek yiyerek sadece haz, mutluluk peşinde o tür insanlar bana acayip nasıl desem hayvan gibi, ya biraz şey çok kaba oluyor...”

(A1) : “İlkel?”

(K18) : “İlkel, daha güzel tarif ettiniz... Mesela onlar nasıl hayatlarını devam ettirmek için sadece yerler, işte ürerler o kadar... İnsanlar da sadece yemek için yaşıyor gibi geliyor...” “....En başta gördüğüm zaman acıyorum...” “...Sonra bazen tiksiniyorum...” “....Bazı insanlar da şey oluyorlar nasıl desem, burda bir karşılığı var mı acaba? Nasıl derler?”

(A1) : “Ne oluyorlar mesela?”

(K18) : “Hani argo olacak ama... ezik!...”

Obezite ve kilolu olma durumunu biyolojik cinsiyet ve toplumsal cinsiyet nedeniyle oluştuğu şeklinde algılayan katılımcı sayısı yediydi. Biyolojik cinsiyete bağlayanlardan yapılan alıntılar:

“Gidiyorduk, geziyorduk... Yani keçi gibi tırmanıyorduk... Ama ben ne zaman onu kestim, evlendim o zaman başladı her şey... Şimdi doğum kontrol hapi kullanıyorsunuz, hormon hapi kullanıyorsunuz... Hiç düşünmüyorsunuz o zaman... Ondan sonra bir sürü bir sürü şeyler yaşayınca çocuklar nedeniyle, hamileliklerde...” (K5)

“Ya oğlum dedim evet dedim kiloluyum dedim daha önceden kilolu değildim senden önce falan. “Ben mi sebep oldum?” dedi... Yanlış konuştum orda aslında... Yok dedim anneciğim dedim hamilelikten sonra çok yemek yediğim için kilo aldım” (K5)

“Çok fazla kötü olmadı çünkü hep doğum sonrası olduğu için benim...” (K8)

“Yani bir orda almıştım zaten üç çocuğumla doğumlarda almıştım...” (K14)

“Maksimumda doğum sonrası yetmiş altıyı görmüştüm...” (K18)

Toplumsal cinsiyete bağlayan katılımcılar, Türk kültüründe yemek yapmanın kadının görevi olarak görülmesine ve annenin çocuklarının yemeğinden arta kalanları bitirmesine vurgu yaptılar. Obezite ve kilolu olma durumunu toplumsal cinsiyete bağlayan katılımcı sayısı altıydı. Biyolojik cinsiyete bağlayan katılımcılarla toplumsal cinsiyete bağlayan katılımcılar aynı kişilerdi. Sadece bir katılımcı obezite ve kilolu

olma durumunu biyolojik cinsiyete bağlamadığı halde toplumsal cinsiyete bağladı. Alıntılar aşağıda sunulmuştur:

“Çocuklar olunca daha zor oluyor. Çünkü çocuklar, bahane değil belki bunlar ama, çocuklar şey yapıyor sizi... Yemek yemiyor tabağında bir yemek kalıyor ben yiyorum. Yemek istemiyorum ama yiyorum.” (K5)

“...İşte artık oluyor (tabakta) atmak istemiyorum, dökmek istemiyorum, israf etmek istemiyorum az koyuyorum. İstesin benden, bunları artık öğrendim...” (K5 GG sonrasındaki değişimi anlatıyor)

“İuu biz kadınlar çok, yemeyi, yemek yapmayı ve yemeyi sevdiğimiz için... Kiloyla sorun yaşıyoruz... Tabii mutfakla iç içe olduğumuz için daha çok... Hani erkek bunu çok hani, çok özellikle düşünse boğazına hani daha sık geçiyor ama...” (K16)

“Ve şeye de bağlıyor olabilirim çünkü evde yemekten sonra sofrada muhakkak çocukların (yemeklerinin) bir kısmı artıyordu... Eskiden onları hep ben yiyordum...” (K18)

“Diyelim bir yemek yendi, tencerede iki üç kaşık kaldı... Onu kaldırayım mı dolaba... Hayır... Niye? O yenmez... Ama yazık çok da güzel olmuş... Hemen yiyordum yani... Onu çok yapardım ama buna o dönemde (GG döneminde) eşime yedirmiş olabilirim veya o da olabilir...” (Gülerek) (K18)

Derinlemesine görüşme sırasında, katılımcılardan birinin, kilolu ve obez olma durumunun eşini cezalandırma isteğine bağlı olduğunun fark edilmesi dikkat çekiciydi. Katılımcı GG’yi kilo alarak tamamlamıştı. Katılımcının GG döneminde yapılmış olan bireysel görüşmesinde bir kaç yıl önce eşiyle başka bir kadın nedeniyle boşanma noktasına kadar geldikleri ve çocukların iyiliği için bir arada kalmaya karar verdikleri öğrenilmişti. Katılımcı o görüşmede GG’ye katılanlardan farklı olarak neden kilo veremediğini incelerken konu bu noktaya geldiğinde aslında kilo verdiğinde eşini daha cazip bir kadın olarak ödüllendirdiğini düşündüğünü ve bunun onu mutsuz ettiğini ifade etmişti. Katılımcı kilo vermeyerek eşini cezalandırıyordu. Katılımcı ile tez danışmanı arasındaki DG’de geçen diyaloglar aktarılmıştır:

(K3) : *“Sanki hani ona (eşine) ödül verecekmişim gibi yani. Hem ben aldatılıyorum suçlu ben kendimmışim gibi hani tekrar işte kiloma dikkat edeyim,*

zayıflayım, daha hoş olup da kendimi ona tekrar beğendirmek ya da sunmak gibi bir şey...

(A1) : *Ödül?*

(K3) : *Bu fikir beni ödül vermiş gibi hissediyordum... asla şey (kilo vermeye çalışmıyordum) yapmıyordum yani”*

Katılımcılardan ikisi “adaletsizlik, haksızlık” olduğunu düşünüyorlardı.

Katılımcılarla tez danışmanı arasında geçen diyalog aşağıda aktarılmıştır:

(A1) : *“Ne düşünürdünüz? (Normal kilolular hakkında ne düşündüklerini soruyor)*

(K14) : *Yani ne düşünürdüm? Haksızlık...*

(A1) : *Haksızlık?*

(K14) : *Haksızlık evet... Kendim için çok büyük haksızlık... Ve ben mesela tamam yiyordum ama... Iıı.... Biz o çiftlikte yaşarken sa... Öğleden sonraları çay yapılırdı. Eltim gider ekmek ıslatırdı, işte zeytiniymiş peyniriymiş... Bu ekstradan... O dayanamazdı açlığa... O yerken ben de yiyorum, o kilo almıyor ben alıyorum...”* (Katılımcının aksanı nedeniyle transkript yazımında zorluk yaşandı)

4.3.1.2. Obezite Konusundaki İnanışların Davranışlara Etkisi

Obeziteye yönelik duygu ve düşüncelerin davranışlara nasıl yansıdığı incelendiğinde; kısıtlanma ve internal stigmatizasyon; kabul görme çabası; ve kısırdöngüye girme kategorilerine ulaşılmıştır.

4.3.1.2.1. İnternal Stigmatizasyon ve Kısıtlanma

Katılımcılardan biri bedenini kalabalık ortamlarda sergileyecek her türlü etkinlikten kaçındığını ve obezite nedeniyle davranışlarında meydana gelen kısıtlanmaların örneklerini arttırabileceğini ifade etti. Alıntı aşağıda aktarılmıştır:

“Bir ortama gireceğiniz zaman hani düğüne gideceksiniz hani en basitinden giydiğiniz abiye kıyafetin üstünüze yakışmıycağını siz de görüyorsunuz. Dans etmek bile istemiyorsunuz o ortamda o bir utanç duygusu bence gibi. Yani bunları arttırabiliriz” (K1)

Aynı katılımcının normal kilodaki bir bireyin davranışlarıyla kilolu ya da obez birinin davranışları arasındaki farkı ifade ediş biçimi aşağıda sunulmuştur. Diyalogdan

da anlaşılacağı gibi obez bireylerin, obezite nedeniyle konuşmalarında, esprilerinde ve kendilerini ifade ediş biçimlerinde bile kısıtlandıkları anlaşılmaktadır. Alıntı:

(K1) : *“Bu şey bile olabiliyor hani mesela bir şey söylerken bile acaba kilolu insanda bu şekilde benim söylediğim şey döner dolaşır bana gelir beni bulur mu korkusu var ama zayıf insanlarda bu yok bence. Çünkü zaten fit görüntüde hani söylediği birisine herhangi bir sadece kilo konusunda değil yani sizinle bir bir konuda, birisiyle şaka yaptınız konu sizin bedeninize dönemez çünkü yok. Bedende bir anormallik yok hani. Sizin yaptığınız karşı tarafa şaka*

(A1) : *Örnek verebilir misiniz? daha kolay anlayım...*

(K1) : *İııh mesela ya nasıl örnek vereyim? İıı diyelim ki yemekteyiz hani öyle örnek verelim. Yemekteyiz siz zayıfsınız ben kilosuz yüksek bir insanım. Diyorum ki işte yaa diyorum ki şunu yerken Hatice Hanım diyorum bunu yerken hani şöyle lezzetli böyle lezzetli harika kendimden geçtim yaa dediğimde*

(A1) : *Çok beğendiğinizi ifade etmek bile...*

(K1) : *...Her şey yani her şey konu illa ki bedene ve senin kilona dönebilir. O yüzden bizler konuşmalarımızı bu anlamda esprilerimizi dahi seçerek yaparız ama sizler...”*

Katılımcılardan beşi kilolu olma ya da obezite nedeniyle kıyafet seçiminde ve hareketlerinde kısıtlanma olduğunu ifade ettiler. Alıntılar:

“Çünkü kilo gerçekten sorun yani... Hareketleriniz kısıtlanıyor, zevkleriniz kısıtlanıyor, istediğinizi giyemiyorsunuz, istediğinizi yiyemiyorsunuz” (K3)

“...Evet, ama şey oluyor... Hepsine gölge düşüyor... Mesela arkadaşlarımla eğlenicem baloya gittim, mutlu olucam... Ama ben hayalimdeki kıyafeti giyemedim... Çünkü kilom var ondan, mutlu olamadım... İşte ilk yani şey lisede beden eğitiminde bişey yapıcaz... Ben bu kilodan dolayı yapamıyorum... Yüzde yüz bir mutluluk olmuyor... Yüzde elli oluyor...” (K12)

On birinci katılımcı ve tez danışmanı arasında geçen diyalog aktarılmıştır:

A1) : *“Nasıl zor oluyor yaşamları? (Obez bireyleri kastederek)*

(K11) : *Sağlık açısından çünkü ben de kiloyu aldıktan sonra dizimde problem yaşamaya başladım. O insanların sosyal aktiviteleri bir ölçüde kısıtlanmış olabiliyor. Daha rahat yaşayamıyorlar, giyim tarzları bazen onlar için sıkıntı olabiliyor bana göre”*

On altıncı katılımcı ile tez danışmanı arasında geçen diyalog aktarılmıştır:

(K16) : “Kısıtlandıklarını düşünüyorum...Görüntü için ayrı bir yanı tabii ki...

(A1) : Ne tür bir kısıtlılık? Fiziki mi sadece?

(K16) : Tabii ki fiziki olarak ilk başta akla o geliyor... Çünkü ben kilolu olduğum dönemlerde... Sürekli oturmak istiyordum. Ayakta kalamıyordum çünkü bileklerimize fazla yük geliyor... Öyle düşünüyorsunuz ama sonrasındaki tabii ki başka şeyleri de var bunun...

(A1) : Başka kısıtlılıklar?...

(K16) : Neler olabilir? (Kahkaha atarak)... Yani... Kıyafet alırken aynen kıyafet alırken... Böyle çok gençsiniz ama anne kıyafetleri giymek durumunda kaldım ben gebelik sonrasında... Öyle yani bir on yıl öncesinde şimdiki gibi şey yoktu böyle large bedenler çok fazla yoktu ya da şu an bile çok genç çalışılmıyor... Iıu ben bu pantolonumu mesela aldığım yerde en büyük bedeni bu... Yani buna girdim girdim... Bir, üç beş kilom daha olsa alamıycam. Yani beğendiğin bir kıyafeti alamıyorsun... Kısıtlanıyorsun yani... Ve genç firmalar bile çalışmıyor... Hani çok şey firmalar bile çalışmıyor... Bir M...’daydı sanırım baktığım pantolonun içine girememiştim... Çok üzüldüm... Dediler biz large çalışmıyoruz dediler...”

Katılımcılardan biri obez bireylerin dışarıda yemek yerken insanların davranışlarından dolayı kısıtlandığını ifade etmiştir. Tez danışmanı ile aralarında geçen diyalog aşağıda aktarılmıştır:

(K3) : “Bir yere gittiğinizde hani mesela çok açsınız belki... İnsanların şey bakışları var yani... Ben kendim için çok bir şey yaşamadım ama böyle bakıyorum mesela çok hamburger, patates yiyen aşırı kilolu biri varsa o mekandaki herkes öyle bakıyor yani ne kadar yiyor falan diye... Üzücü...

(A1) : Normal miktarda yese bile onun yedikleri göze batıyor...

(K3) : Normal evet, normal miktarda da yese insanların ona bakış açısı farklı yani...”

Bir katılımcının obez bireylerin toplu taşıma araçlarını kullanırken rahatsız olabildiklerini ve bu nedenle davranışlarının kısıtlandığını ifade etmesi dikkat çekici bulunmuştur. Bu konuyla ilgili alıntı aşağıda sunulmuştur:

“Her hangi bir yere gittiğinde bir toplulukta kendini kötü hissedebilir diğer insanların yanında veya her hangi bir ulaşım veya taşıma aracına bindiğinde orda rahat oturamayabilir. Bu gibi sıkıntılar yaşayabilir” (K11)

Katılımcılardan birinin obezite nedeniyle görünmez olmayı istemesi ve bunu davranışlarına ne şekilde yansıttığı diyalog aşağıda sunulmuştur:

(A1) : *Ne yaşıyor olabilirler?*

(K4) : *Ya hocam içine kapanıktır muhtemelen diye düşünüyorum yani. Hani o kalabalıkta kaybolma mevzusundadır diye düşünüyorum.*

(A1) : *Nasıl kalabalıkta kaybolma mevzusu?*

(K4) : *Ya Hocam mesela ben öyle hissediyordum ilk zamanlarda. Hani herkesten, kaybolayım, kimse beni görmesin.*

(A1) : *Görmesin?...*

(K4) : *Kesinlikle, kimse bana dikkat etmesin. Hatta giy... Böyle şey yapmazdım saçımı falan bile yapmadan, kimse dikkat etmesin bana şeyindeyim. Onun da öyle olduğunun bişeyler yapıyor mu acaba?*

(A1) : *Dikkat etse ne olur peki?*

(K4) : *Ya bilmiyorum hocam kendimi kötü hissediyorum hani sanki “ha bak kilolu” şeyine giriyordum yani. Daha çok da bu tam kötü olduğu dönem yani...”*

Aynı katılımcının, obeziteyle ilgili inanışlarının davranışlarını nasıl etkilediğini incelerken kendisini nasıl izole ettiğini anlatması dikkat çekici bulunmuştur. Aynı şekilde bu davranışın başlangıcında, katılımcının obezite nedeniyle kendi kendini damgalaması (internal stigmatizasyon) izolasyonu başlatıyor gibi görünmektedir. Transkriptlerin analizi sırasında stigma ve stigmanın katılımcıların davranışlarına etkisinin iç içe geçtiği gözlenmiştir. Aşağıda tez danışmanı ve katılımcı arasında geçen diyalog aktarılmıştır:

(A1) : *“ O, evet, afişten (GG çalışmasının) bahsederken benim dikkatimi çeken bir şey var. Ben diyorsun kendi başıma hiç bir şeyi başlatmam, sence neden böyle ?*

(K4) : *İşte şey kiloluyum diye ben hiç bir şeyi kendimde hak görmezdim. Tek başıma bir şey yapmazdım.*

(A1) : *Yani kilolu olan biri tek başına karar veremez mi?*

(K4) : *Veremez yani bende öyleydi...*

(A1) : *Biraz bahseder misin başka neleri etkiliyor?*

(K4) : *Ya ben hiç, hiç bir şeyi tek başıma... Yani mesela... Bir yere gideceğiz ya da bir şeyi tek başıma yapmam gerek ya da birine bir şey söylemem gerek... Mesela H..... Hoca'ya bir şey söylüycem ya sen de benimle gelir misin, sen de dursan yanımda ya da sen söylesen... bir özgüven eksikliğinden kaynaklı bir şey... Ya yok ben yapamam, ben söylemeyim... Hocalarım falan konuşamazdım.*

(A1) : *Yani ne olacağını düşünüyorsun orda tek başına sen gitsen...*

(K4) : *Ben hep insanlar bana hakaret edecek diye ben hiç kimseyle konuşmak istemem.*

(A1) : *Hiç öyle bir şey yaşadın mı?*

(K4) : *Yani zaten sürekli...*

(A1) : *Daha öncesinde...*

(K4) : *...Hani biriyle konuştuğum için... Hakaret değil de şu şekilde sürekli hep söyleniyor yani... Sürekli bir kiloyla ilgili muhabbet olduğu için yani... Ben insanlarla muhabbet etmek istemiyorum..."*

Diyalogdan da anlaşıldığı gibi hasta obezite algısıyla kendi kendini “obez bireyler kendi kendine karar veremez” şeklinde damgalıyor (internal stigmatizasyon) ve bu şekilde davranıyor. İnsanlarla ilişkilerinde de bu algı nedeniyle kısıtlama davranışında “sosyal izolasyon” bulunuyor.

4.3.1.2.2. Kabul Görme Çabası

Transkriptlerin kodlanması ve analizi sırasında dikkati çeken bulgulardan biri de katılımcıların obezite nedeniyle diğer insanlar tarafından kabul görebilmek için çaba sarf ediyor olmalarıydı. Tez danışmanı ile katılımcı arasında geçen, obez bireylerin kabul görmek için daha anlayışlı olmak zorunda oldukları ile ilgili diyalog aşağıda aktarılmıştır:

(K4) : *“Yok... Huzursuz... Anlayışlı sanki hani daha anlayışlı olmak zorundaymışça hissediyor olabilir.*

(A1) : *Neden daha anlayışlı olmak zorunda?*

(K4) : *Hani insanların kabul edebildikleri şey ya, görüşleri. Ben o şekilde düşünüyorum Hocam yani mesela.*

(A1) : *Biraz daha açıklar mısın? Anlayalım...*

(K4) : *Yani mesela direkt bunlar kilolu işte, hani dalga geçiyor şeyinde yaa... Daha bir içine kapanık anlayışlı olmak zorunda sanki arkadaş ortamında kabul edilebilmek için daha anlayışlı olması gerekiyor...*

(A1) : *Normalde tolere edemeyeceği şeyleri, tolere etmeli ki kabul görsün...*

(K4) : *Evet, o şekilde düşünüyorum.*

On ikinci katılımcının katıldığı yaz kampında yorulduğunu belli etmemek için (kabul görmek için) sarf ettiği çaba aşağıdaki diyalogda aktarılmıştır:

(K12) : *“...O zaman tabii şey de oldu yani... Sekiz kilometre yürüyorum, herkese göre kilodan dolayı biraz daha fazla yoruluyorum...”*

(A1) : *...Yoruluyorsun....*

(K12) : *... Ama çaktırmamaya çalışıyorum...*

(A1) : *... O nasıl hissettiriyor seni?*

(K12) : *... Nefes nefese kalıyorsun ama (Gülümseyerek)*

(A1) : *...Çaktırmama çabası ne hissettiriyor sana?*

(K12) : *...Daha çok yoruyor, daha çok yoruyor... Beynen yoruluyorsun...*

(A1) : *...Beynen yoruluyorsun?...*

(K12) : *...Çünkü onlar bilmiyorlar sen her şeyi beyninde düşünüyorsun, sürekli düşünüyorsun... Dinlenmiyorsun, o yüzden...”*

Bir diğer katılımcı duygu listesi gösterildiğinde, obez bireylerin kabul görebilmek için daha anlayışlı olmaları gerektiğini ifade etmiştir. Alıntı:

“Hani kilolu olduklarından dolayı mesela anlayışlı olmalılar...” (K6)

Bir katılımcı tanıdığı tüm obez bireylerin, kilolarını kapatmak için mutlu göründüklerini ifade etmiştir. Tez danışmanı ile katılımcı arasında geçen diyalog aşağıda aktarılmıştır:

(K19) : *“Ne kadar kilolu tanıyorsam belki benim çevremde denk geldi bilemiyorum... Hep mutlular ya da dışarıya karşı öyle mi gösteriyorlar kendilerini bilmiyorum...”*

(A1) : *Neden olabileceğini düşündün mü hiç? Niye acaba öyleler?*

(K19) : *...Yani...*

- (A1) : Şöyle söyledin... İu acaba öyle görünüyorlar... Öyle değiller de...
- (K19) : Yani kendilerini o şekilde mi yansıtmak istiyorlar... Kilolarını kapatmak için mi acaba?
- (A1) : Hımm, böyle olabileceğini düşünüyorsun...
- (K19) : Olabilir...

4.3.1.2.3. Kısır Döngüye Girme

Katılımcıların obeziteyle baş etmeye çalışırken; diyet yapmaya karar vermek, yememeye çalışmak ve yemek yeme davranışını kontrol etmeye çalıştıkça daha fazla yeme biçiminde kısır döngüye girdikleri gözlenmiştir. Alıntılar:

“Çöküşşş... Dip noktası... Amaaan ne yapsam olmuyor psikolojisi bir. İki yaa kaç günlük ömrüm kaldı bilmiyorum yani mesela hep Tolga geliyor aklıma, kuzenimi kaybedişim... Yani gencecik yaşta hani kuzenim öldü benim ömrümün ne kadar olduğunu bilmiyorum yiyerek öleyim hani psikolojisi... Ne yapsa **battı balık yan gider** psikolojisi... Yani aman zaten kocam beni böyle de seviyor çocuk da doğurmayıveriyim canım ne olacak hani her insanın çocuğu mu var diyerek... Yani böyle bir her şeye isyan ediş ve mutluluğu yemekte buluş psikolojisi” (K1)

“Ertesi gün tamam yarın diyetle başlıyorum, doğru beslenecem artık diyodum ama yarın bir ortama giriyordum ve o verdiğim sözü kendime verdiğim sözü unutuyordum” (K1)

Üçüncü katılımcı ile tez danışmanı arasında geçen diyalog aşağıda aktarılmıştır:

(K3) : “Mesela diyetle başlayacağım dönem mesela işte doktora gittim dedim ya size biraz önce, o zaman... İşte diyetle başlamadan önce şunu da yiyim, bunu da yiyim... O ben de oldu. Bunu hep kilolular söyler ya diyetle başlamadan önce şunları da yiyim de işte diyet yapıcım nasılsa...

(A1) : Yasaklanma duygusu mu bu?

(K3) : Bir baktım bir iki gün aşırı...

(A1) : Aşırı?

(K3) : ...Aşırı mesela tatlıyı çok sevmem, yaş pasta falan yedim...

(A1) : Diyet yapma düşüncesi bile sizi daha fazla yedirdi öyle mi?...

(K3) : *Aynen öyle... Bir baktım çocuklara şey yapıyorum işte... Ya hadi gelin ben de alayım, bana da abur cubur bişeyler işte... Çikolata falan hayatta yemem canım çikolata yemek istedi... Dedim ki bu fikri kafamdan çıkarmalıyım yani... O dönemlerde daha çok yiyorum hani birinin bana...*

(A1) : *Stresle mi?*

(K3) : *Yani diyeteye başlamadan önce diyet yapma şeyi o da nasıl bir psikoloji bilmiyorum da... Yasaklanıyor yaa..."*

On dördüncü katılımcı ve tez danışmanı arasında geçen diyalog aşağıda sunulmuştur:

(A1) : *"Biraz anlatır mısınız nasıl oluyor bu?"*

(K14) : *Engellemeye çalıştıkça mesela ben... "Pazartesi" şeyleri... belki duymuşsunuzdur... Biliyorsunuz zaten... Pazartesi ben diyeteye başlıycam... Yaa ben Pazartesi en çok yiyorum...*

(A1) : *evet klasik (gülerek)...*

(K14) : *...Neden bilmiyorum... Salı oluyor... E ben bugün diyeteye başlıycaktım... Salı daha fazla yiyorsun... Yani ben onun... önüne geçemiyorum..."*

4.3.2. Çevrenin Obezite ve Kilo Verme Çabasına Etkisi

Çevrenin obezite ve kilo verme çabasına etkisi analiz edilirken; eksternal stigma, hastaların kiloyla ilgili hitap tercihleri, sağlık çalışanlarının hitapları, toplumsal cinsiyet rolleri ve çevrenin kilo verme çabalarına etkisi başlıkları öne çıkmıştır.

4.3.2.1. Eksternal Stigma

Katılımcılardan sekizinin aşağıda alıntılanan konuşmalarından obez veya kilolu olma durumlarıyla ilgili eksternal stigmatizasyona maruz kaldıklarını izlenimi edinilmiştir.

"Geçen gün bir alışveriş yapıyordum bir çocuk mağazasında hediye alıyordum kasiyer bayan yanında kahve yapmış içiyor ben de elbise giymiştim. "Şimdi sizin canınız çekmiştir" dedi. Ben de hani kahve kokusu olarak anladım... "can çeker böyle dönemlerde" diyince beni hamile zannettiğini o an anladım. Ben hamile değilim evet o "hamile zannedilmek" o duyguyu yaşamıştım" (K1)

Dördüncü katılımcıyla tez danışmanı arasındaki eksternal stigma ile ilgili diyalog aşağıda sunulmuştur:

(K4) : ...Mesela... İşte... “Sen oturma kalk, biraz kalk kilo verirsin” ki benim Hocam dahil bana şey dedi... “Git aşağıya in gel de bir yüz gram verirsin belki” şeklinde...

(A1) : ...Yani bir şey yapılması gerekiyor seni seçiyor bunun için... Sen git

(K4) : ...Yüz gram verirsin diye toplumda böyle... O kadar insanın içinde rencide edici şeyler yaşadım ama artık şimdi onlara da gülüyorum yani pek umursamıyorum...”

Bu katılımcının derinlemesine görüşme sırasında bir çok kez “duygusal kırılmalık’tan” bahsetmesi ve görüşme sırasında bu duygunun ilk kez on bir yaşında annesinin kendisini diyetisyene götürmesiyle başladığını fark etmesi dikkat çekici bulunmuştur. Tez danışmanı ile katılımcı arasında geçen diyalog aşağıda sunulmuştur:

(A1) : “Yani o bahsettiğiniz duygusal kırılmalık, kırılabilirlik daha doğrusu, öyle mi söylemeliyiz, yani kilo artışıyla birlikte mi başladı?”

(K4) : Evet, kilo artışıyla birlikte başladı.... Direkt aslında, daha doğrusu kilo aldığımı fark edince... Annem beni diyetisyene götürdüğünde ben küçüktüm ve kilo aldığının farkında değildim aslında.

(A1) : Kaç yaşındaydınız diyetisyene gittiğinizde?

(K4) : On bir yaşında falandım işte... Ya Hocam, diyetisyene gidip iki katı kilo aldım. Sonra ben hala ne olduğunun farkında değildim...” Zaten Hocam yeterince zor ama şey gibi... “Ya ağzını tutarsan verirsin yani... Bunun başka çözümü yok”casına sert laf edenler...

(A1) : ...Laflar dolanıyor ortada...

(K4) : Evet, kesinlikle... Zaten dalga konusu arkadaş ayrı bir mevzu...”

Altıncı katılımcı ile tez danışmanı arasında geçen diyalog aşağıda aktarılmıştır:

(K6) : İlk erkek arkadaşım. O zaman yine zayıftım eee hep şey derdi işte...

(Sesi titremeye başladı)... Kilolusun falan derdi... Giydiğin hiç bir şey yakışmıyor... Beni mesela o psikolojik açıdan mahvetti...

(A1) : Zayıf olduğunuz halde...

(K6) : Evet ben elli sekiz altmış kiloydum... Kot pantolon asla giyemezdim yakışmadığını düşünürdüm. Kumaş pantolon hep böyle klasik şeyler giyerdim...”

Sekizinci katılımcının kilolu bir arkadaşını (external stigmatizasyon) ve kendini (internal stigmatizasyon) bir animasyon filmindeki yeşil dev karakterin eşine benzetmesi ile ilgili alıntı aşağıda sunulmuştur:

“Kilolu bir arkadaşım daha var, şeyde, bölümde... O bekar daha... Hem baseni hem şeyi obez denir mi bilmiyorum ama vücudu da şekilsiz falan. O’nun ablası böyle iç çamaşırı gecelik falan satan bir yer açmıştı... Ben de... kiloluydu o doğum sonrasında dalga geçiyorduk. Böyle tüllü gecelik vardı böyle seksi, onu giyermişiz Fiona (Animasyon karakteri , yeşil dev Shrek’in, sevgilisi prenses) olurmuşuz falan şu şeydeki var ya” (K8)

Dokuzuncu ve on birinci ve on ikinci katılımcıların transkriplerinden external stigmatizasyonla ilgili yapılan alıntılar aşağıda sunulmuştur:

“Hatta Hocamızın biri dedi ki gözünü toprak doyursun dedi ne zaman görsem dedi ağzın hiç boş durmuyor dedi... Yani sürekli söyler...” (K9)

“...çoğu insan “hamile misin?” “çok kilo aldın, biraz daha dikkat et, moralini bozmak istemiyorum ama...” (K11)

“Sülalem, mesela ben gittiğimde, herkes hoşgeldinden önce aa yine kilo mu aldın? O beni bayağı üzümüştür” (K12)

On üçüncü katılımcı ile tez danışmanı arasında geçen diyalog aşağıda sunulmuştur:

(K13) : *“Babamın bir akrabası yani incitmedi de kötü bir hitaptı... Ama incitmedi... İncinmiyorum da işin kötüsü yaa kilolarımla ilgili böyle olumsuz tepki aldığımda ya şey demişti... İşte biz Niğde’liyiz... İç Anadolu... Orda işte damlar kışın kar kaplıyor... O... Onu mu ya da toprağını mı eski evlerde yapıştırmak için dam yuvarlağı diye bir taş varmış şöyle yuvarlak...”*

(A1) : *...Ben biliyorum... Hı biliyorum...*

(K13) : *Bana dam yuvarlağı gibi olmuşsun demişti... (Gülerek)*

On dördüncü katılımcı ile tez danışmanı arasında external stigmatizasyon ile ilgili geçen diyalog aşağıda sunulmuştur:

(K14) : *“Yıllarca kilolu kaldım... Her şekilde biraz arkamdan konuşulandan çok rahatsız oldum aslında... ama...”*

(A1) : *Nasıl konuşuluyordu arkanızdan?*

(K14) : *Yani biraz açık olacak ama, mesela ben çok basenliydim... Yaa bardağı koysak (kalçasında) durur... Ennn çok yani... Iıı giydiğin yakışmamış... Mesela... Yani bunun gibi işte... Bardak işte... Yine basenle ilgili işte Çarşamba-Perşembe...(kalçası) Oynuyor... Yürürken...*

On altıncı katılımcının transkriptinden external stigma ile ilgili yapılan alıntı aşağıda sunulmuştur:

“Iıı, inciten söz tabii ki duydum, duymaz olur muyum? (Kahkaha atarak)... Şimdi doğum yaptım işe başladım sonrasında dediler doğurmadın mı? Bu ne hal falan...” (K16)

On sekizinci katılımcı ile tez danışmanı arasında geçen external stigma ile ilgili geçen diyalog aşağıda sunulmuştur:

(K18) : *“... Aaa çok güzelsin, çok tatlısın ama humm basenlerin...*

(A1) : *Basenlerin?...*

(K18) : *...Arka... Özellikle ben bölüm değiştirdiğimde bir arkadaş vardı...Eeee*

zaten o, ben diyorum ben onu çok seviyorum çünkü bana çok faydası oldu.

Belki o, o kelimeyi kullanmamış olsaydı ben bu kadar kendime dert etmeyecektim... Aslında dert etmedim ama çok güzel oldu...İşte bir gün beni yanlarına çağırdılar iki arkadaş, sen dediler bu pantolonu neden giydin dedi...

Bunun dokusu mu böyle? Senin basenlerini çok geniş gösteriyor... (Sinirli bir şekilde gülerek)... Ama onu öyle bir alaycı şekilde söylediler ki çok mutluluk duyular... Ve onların yüz ifadesini herkes söyler... Yani daha önce, sadece onlar söylemedi... Kendileri de aslında benden çok daha kilolu insanlar... Iıı onların o mutluluğu benim hiç hoşuma gitmedi... Yani insanlara fırsat verme...

Bilmiyorum... Ben de çok şey... Hiç bir zaman kimseye fırsat vermem yani her konuda... Açık yani... Nasıl deyim... Kimse dört dörtlük değildir ama... Ben hiç sevmiyorum... Yani herkes çok mükemmel değildir ama hani mükemmel olmak için uğraşıyorum diyebilirim... Yani eksik olmaması... Eksik bir şeyim kalmasın diye uğraşan bir insanım... Öyle deyim yani tabii ki herkesin bir eksikliği, hatası olacaktır ama...

(A1) : *Bu öğle tatiline onun için dikkat ediyorsunuz...(Katılımcı özellikle öğle arasında görüşmek istedi. Çalışma arkadaşlarının olumsuz bir şey söylemesini istemediği için) Tamam... Şeyde kalmıştık sizi çağırıp böyle söylediler..."*

4.3.2.2. Kilo Sorununa Yönelik Hitap Tercihleri

Katılımcılara, obezite ya da kilolu olma durumları ifade edilirken hangi hitapları tercih ettiklerini ve hitapların etkilerini sorduğumuzda dokuz katılımcının “obezite” teriminin kullanılmasını istemedikleri öğrenilmiştir. On beşinci katılımcı ile tez danışmanı arasında obezite teriminin kullanılması ile ilgili diyalog aşağıda sunulmuştur:

(A1) : *Kulağa kötü mü geliyor obezite?*

(K15) : *Tabii çok kötü...*

(A1) : *Obez de olsa onlara sağlıksız kilo demek daha mı iyi olur? Yoksa obezse, obezite diyelim mi?*

(K15) : *Obezite denir onlara...*

(A1) : *Rahatsız olurlar mı bu hitaptan?*

(K15) : *Çok rahatsız oluyorlar...*

(A1) : *Onun yerine sağlıksız kilonuzu...*

(K15) : *...Sağlıksız kilo daha iyi çünkü bi tane çocuğumuz var yedi sekiz yaşında... Çok yemek yiyen... Bir toplumda oturuyorduk... Anneannesine dediler bu çocuğu götür obezitesi var diye... Çılgına döndü kadın... Kötü geliyor... Obezite deyince..."*

On altıncı katılımcı ile tez danışmanı arasında obezite teriminin kullanılması ile ilgili diyalog aşağıda sunulmuştur:

(K16) : *Yaniii obezite de şey böyle direkt şey üstünde gösteriyor insanları yani... Sınırın üstüne çıkmışsın, çok tehlikeli bir durumdasın böyle sinyaller yanyor yani o da birazcık ürktürüyor insanı yani...*

(A1) : *Her şey olmuş bitmiş gibi mi?...*

(K16) : *Ha her şey olmuş bitmiş... Sonuç yani çaresi yokmuş gibi anlıyorum bilmiyorum yani öyle değil belki ama onun için... İnsanda öyle bir şey oluşturuyor..."*

On sekizinci katılımcının transkriptinden obezite teriminin kullanılması ile ilgili yapılan alıntı aşağıda sunulmuştur:

“...Obezite olabilir de yani şimdi bir insana direkt sen obezsın demek hiç hoş değil. Ben öyle düşünüyorum çünkü bir arkadaşım var. Obez grubunda. O bu programa gelmek istemiş... Dr. M.... Bey demiş, sen obezite grubuna giriyorsun demiş, kız geldi saatlerce ağladı çünkü onu biliyorum... Eeee hani biz işte belli bir standardımız var sizi alamayız deyince... Obez bilmiyorum biraz şey geliyor insana itici geliyor...”

Katılımcıların arasındaki dört sağlık çalışanından üçü “obezite” teriminin kullanılmasını istemediklerini ifade etmişlerdir. Katılımcıların sekizi “balık etli” deyiminin obez ya da kilolu olma durumunu tanımlamak için kullanılmasını tercih ettiklerini ifade etmişlerdir. Konuyla ilgili alıntılar aşağıda sunulmuştur:

“Şu an ben kendim için mesela balık etli veya biraz toplu dedikleri zaman hoşuma gider ama onun dışındaki söylenenler hoşuma gitmez...” (K6)

“...Balık etli... Biraz daha yani yuvarlak kelimeler... Daha hoş olabilecek... Dişilik sembolü... Balık etli ve biraz etine dolgunlukta, yuvarlak hatlarımızın daha belirginleştiği hani göğsün poponun...” (K10)

“...Balık etli daha yumuşak geliyor kulağa... Yani normalde balık etli denmesi.. Sevimliiii, sevimli geliyor” (K11)

On dördüncü katılımcı ile tez danışmanı arasında geçen “balık etli” deyiminin obezite ya da kilolu olma durumunu tanımlarken kullanılması ile ilgili diyalog aşağıda sunulmuştur:

(K14) : *“Balık etli ifadesi rahatsız edici mi? Balık etlisin... hum*

(A1) : *...Tercih eder misiniz? Balık etlisin ifadesini mi tercih ederdiniz?...*

(K14) : *...Tercih ederdim çünkü balık etlisin demek çok obez değilsin demek...*

(A1) : *Nasıl bir anlam var başka balık etlisin ifadesinin içinde? Ne ifade ediyor? Hoşluk mu var?*

(K14) : *Hoşluk...*

(A1) : *Ne anlamda hoşluk?*

(K14) : *...Demek ki giydiğin yakışmış balık etlisin gibi... Ya da işte daha fazla kilo alma... Yakışmış gibi...”*

Katılımcılardan on biri obezite ya da kilolu olma durumlarını tanımlarken “kilo fazlalığı” teriminin kullanılmasını tercih ettiklerini ifade etmişlerdir. Birinci katılımcı ile tez danışmanı arasında geçen diyalog aşağıda sunulmuştur:

(K1) : “Kilo fazlalığı

(A1) : Tercih ettiğiniz bir ifade mi?

(K1) : Yani tabii, hani gururumu kırmayacak, az önceki başlıkta öyle çok sert bir başlık olmuş (Çalışmanın başlığında geçen obezite kelimesini kastediyor)”

İkinci katılımcı ile tez danışmanı arasında konuyla ilgili geçen diyalog aşağıda sunulmuştur:

(K2) : “Direkt net...

(A1) : Net?...

(K2) : Biraz kilo fazlalığınız var dediğinde bana daha hoş geliyor...

(A1) : Konuşurken de örneğin bu kilo fazlalığınız için yapabileceklerimiz neler falan gibi değil mi?

(K2) : Tabii ki çok daha hoşuma gidiyor yani...”

Yedinci, 12. ve 13. katılımcılarının transkriptlerinden konuyla ilgili yapılan alıntılar aşağıda sunulmuştur:

“Kilo fazlalığı mesela bence uygun olabilir. Aşırı kilolu, balık etli onları uygun görmüyorum da... Yani kilo fazlalığı ama kilo fazlalığı denirse o kişi hem anlayacak hem de kırılmıyacak...” (K7)

“...Kilo fazlalığı diyebilirdi düz hani... Ben zaten biliyorum kilomun fazla olduğunu... Bir yanda hani biraz toplusun bunu vermen gerekir sağlık açısından diyebilirdi.” (Bir sağlık çalışanının hitabından bahsediyor) (K12)

“Yaniii... Kilo fazlalığı olabilir... Kilo fazlalığınız var dediklerinde kendimi kötü hissetmem...İuu (Gülerek)” (K13)

Katılımcılardan sekizi “vücut kitle indeksi” teriminin kullanılmasını tercih ettiklerini ifade etmişlerdir. Alıntılar aşağıda sunulmuştur:

“Eveet... Vücut kitle indeksi yüksekliği o kadar hoş geliyor ki (gülüşmeler)...”

(K2)

“Vücut kitle indeksi yüksekliği tabii bunu her kesim anlamayabilir. Eğitim düzeyi ile ilgili... Tabii, tercih edilebilir...” (K7)

Sekiz katılımcı obezite ve kilolu olma durumlarıyla ilgili “sağlıksız kilo” teriminin kullanılmasını tercih ettiklerini ifade etmişlerdir. Alıntı aşağıda sunulmuştur:

“Mesela şey de olabilir tercih edeceğlerimin içinde “sağlıksız kilo” hani yumuşak tabirler” (K1)

Beş katılımcı “kilo sana yakışıyor” teriminin kullanılmasını tercih ettiklerini ifade etmiştir:

“Kulağa hoş geliyordu Hocam... Kilo sana yakışıyor dediklerinde...” (K9)

Altıncı katılımcı ile tez danışmanı arasında geçen diyalog aşağıda sunulmuştur:

“Kilo sana yakışıyor hoşuma gidiyor... ama gerçek olmadığını biliyorsun (Gülerek)” (K6)

Günlük pratikte çok sık kullanılan “obezite” ve “vücut kitle indeksi yüksekliği” gibi terimlerin obez ya da kilo sorunu olan katılımcılar tarafından çok fazla tercih edilmiyor olması dikkat çekici bulunmuştur.

4.3.2.3. Sağlık Çalışanlarının Kilo Sorununa Yönelik Hitapları

Katılımcılardan beşi sağlık çalışanları tarafından kilolu ve obez olma durumları nedeniyle ayrımcılığa uğradıklarını ifade ettiler. Üçüncü katılımcı ile tez danışmanı arasında geçen diyalog aşağıda sunulmuştur:

(K3) : *Bir doktora gitmiştim vücudumda ağırlar oluyordu. İşte tahlil falan yaptırdım. Doktorun kendini de sevmedim, ismini de hatırlamıyorum şu an... Ya hiç bir doktor gibi değildi zaten... Direkt bana şey dedi... Ben şimdi sana ne söyleyeyim dedi. Ben seni gördüm dedi, şişman bir kadın direkt dedim ki dedi bunun kolesterolü vardır, trigliseriti vardır, işte şu vardır, bu vardır, işte ona göre ilaç yazarım falan filan diye düşündüm dedi. Çok sinirlendim ve bir daha da gitmedim zaten... Ondan sonra çok sinirlendim yani insanın görünüşüne göre mi şey yapıyorsunuz bir o zaman çok sinirlenmişim hani... Gördüm kapıdan sizi çok şişman bir bayan ben direkt bunlar çıkar ama sizin bütün değerleriniz çok normal, her şeyiniz çok normal... Peki siz bu kiloyu nasıl aldınız dedi...*

(A1) : *Siz ne söylediniz?*

(K3) : *Bir dönem sağlık sorunu yaşadığım dönemler oldu... Yanlış ilaçtan olabilir falan dedim. İşte ben size ne yazayım dedi... Ben de iyi günler dedim*

çıkıttım... Yani ilaç yazamıycam, bişey bulamadım... Demek ki doktorluk şeye göre mi?....

(A1) : *Laboratuvar sonuçlarına göre mi?*

(K3) : *Laboratuvar sonucuna göre mi yani? Sonra uzatmadım yani... Teşekkür ederim dedim, iyi günler dedim çıktım...*

GG'yi kilo alarak bitiren K4 ile tez danışmanı arasında geçen diyalog aşağıda sunulmuştur:

(K4) : *...Bir de en çok beni etkileyen düştüğümde acildeki durumdu. Ordaki doktorun bana “ Şişmanları hemşireliğe almasınlar” demesi benim için kopuş noktasıydı...*

(A1) : *Biraz anlatabilir misin nasıl oldu?*

(K4) : *Düştüm, eee acile gittim, acildeki doktor... Ben orda ayağım çok kötü durumda ağlıyorum. Direkt bana karşı...*

(A1) : *Nerden düşmüştün?*

(K4) : *Hocam şey yaa, ayağım kaymıştı. Stajımın ilk günüydü ve üniversitedeyim yani daha ilk günüm. Düştüm, takıldım, bayağı ayağım kötüydü yani. Hemen götürdüler sonra acilde direkt yüzüme karşı, kiloluları hemşireliğe,*

şey, hatta kiloluları bile demedi, direkt “Şişmanları hemşireliğe almasınlar” dedi ve orda benim arkadaşlarım ve hocalarım vardı... Hani hocalarım yok

onun

yüzü yeter falan gibisinden ki ben ordan sonrasını duymadım zaten ki benim GG'de başarısız olmamın nedeni de buydu.

On ikinci katılımcı ile tez danışmanı arasında konuyla ilgili geçen diyalog aşağıda sunulmuştur:

(K12) : *“...Evet Biga’ da bir doktora gitmiştik Çanakkale Biga’da... O (doktor) demişti... Iıu daha hani polikistik overi ben ona söylemeden, muayene sırasında direkt aa çok kilon var bunu vermen lazım vermezsen tabii ki adet olamazsın falan gibi hitap kullanmıştı... Sonra şey yemiyeceksin... Çikolataları yemiyeceksin abur cuburları falan demişti... Sonra ben üzölmüşüm... Nerden biliyorsunuz ki ben abur cubur yemiş değilim...*

(A1) : *...Sonra ne oldu?*

(K12) : ...Üzıldüm çıktım bir şey de diyemedim... Çünkü çok bir şey söylenecek doktor da değildi... Sonra muayene etti... Ordaki hitabı da şeydi... İşte sen bir süre bekleme... Sen adet olamazsın... Senin böyle... Ultrasonda girdikten sonraki tavırları da şeydi... Kötüydü...

(A1) : Sonra ne yaptın ultrasounddan çıkınca?

(K12) : ...Yani üzıldüm çünkü o kadar ağır hani... Ben gerçekten hani... Belki abartıyor olabilirim ama hani... Gerçekten ooo hani çok kilolular kadar aşırı yemek yiyen biri değilim... Yani bunu herkes biliyor... Çevremdekiler de biliyor... Görüyorlar... Zaten her gören biraz fazla kaçırdığımda direkt aaa bak bugün fazla kaçırdın diyebiliyorlar bana... Ama normalde öyle biri değilim ben... Yani çok aşırı sinirliyse o zaman çok yiyorum ben o zaman da bile (yediklerim) çikolata abur cubur olmuyor...”

On dördüncü katılımcı ile tez danışmanı arasında geçen diyalog aşağıda sunulmuştur:

(K14) : Onu evet söylüycem... Ben babam diyaliz hastası demiştim... Burda bir Hoca var... İuu nefrolojide... Daha diyalize girmeden her yirmi günde bir kontrole geliyoruz babamla... Bana ne dedi biliyor musun? Sen böyle devam edersen aynı şekilde böbreğini kaybedeceksin dedi... Mesela o da bir sağlık çalışanı hocanın söylediği... Doğru dedim... Yani işte ayaklarım ağrıdı yıllar önce... Diyor ki kilo vermek lazım... Kilo vermek lazım...

(A1) : Bu söz size incitici mi geliyor “kilo vermek lazım”...

(K14) : Tabii, çünkü veremiyorsun onun için incitici geliyor... Yani ben de böyle vermek isterim... Hiç almak istemem... Şu anda gerçekten şu an yetmiş dokuz konuşulan konuyu değiştirdim ama yetmiş dokuz yaa ben onu seksen gördüğüm zaman biraz kafam bozuluyor...

(A1) : Sağlık personelinin kullanacağı sözler yani bazen “kilo vermek lazım” sözü bile incitici gelebiliyor?

(K14) : İncitici kesinlikle...

(A1) : Anladığım kadarıyla uzun zamandır bunu çabalayıp başaramadıysanız...

(K14) : Kesinlikle...

(A1) : ...Sadece bunun size yeniden bildirilmesi bile incitici gelebilir...

(K14) : *Sıkıcı, incitici, duygularıyla oynanılıyor... Çünkü ben zaten kilo vermek isteyen bir insanım... Bir süre, belirli bir süreden sonra, hani önce barıştım evet... Ama artık herkesin sözünden sonra kilo vermeye çalışıyorum çabalıyorum ama olmuyor ve biri sana diyor ki...*

(A1) : *Sadece bildirmesi ve yardım etmemesi...*

(K14) : *Evet aynen öyle... Bildirip yardım etmemesi... Ben zaten yapamıyorum kendi başıma başaramıyorum... Çok çaresizdim o zaman üzüliyorum..."*

4.3.2.4. Toplumsal Cinsiyet Ayrımcılığı

Sekizinci katılımcıdan sonra, katılımcılara obez ya da kilolular hakkındaki duygularınız ve düşünceleriniz nedir sorusu yöneltildiğinde, katılımcıların sadece kadınları düşünerek yanıt verdikleri fark edilmiştir. Bu üzerine sekizinci katılımcıdan itibaren “bu soruları sorduğumuzda hangi cinsiyet aklınıza geliyor” sorusu görüşme sorularına eklenmiştir. On iki katılımcıdan sekizi kadın cinsiyeti düşündüklerini ifade ettiler. Bunun üzerine “niçin kadın cinsiyeti düşündünüz?” sorusu yöneltildi. Konuyla ilgili alıntılar aşağıda sunulmuştur.

“Aklıma daha çok bayanlar geliyor... Erkeklerde de var ama evet daha esprili, daha kendiyle barışık olanlar daha sempatik oluyor aslında kilolularda da... Bayanların böyle daha bakımlı ve estetik olması beklendiği için genelde... Genel her halde toplum bilinci belki de... Erkekler hani ne bileyim biraz spor şey giyindiğinde, daha fazla genelde göbekleri oluyor onların. Ya da daha çok kilolu kadın mı var Adana’da, belki onun için aklıma önce kadınlar gelmiştir... Erkek şöyle gözümün önüne getirmeye çalıştım bir kişi falan geldi... Bir kısmı sempatik oluyor (K8).”

Dokuzuncu katılımcı ile tez danışmanı arasında geçen diyalog aşağıda aktarılmıştır:

(A1) : *Pekii karşınızdaki o kilolu kişi kadınsa farklı erkekse farklı düşünür müsünüz?*

(K9) : *Tabii, kadınlarda daha çok. Yani ön planda Hocam. Erkeklerde fazla kilo hani onlarda da şey oluyor ama kadınlarda daha ilk etaba giriyor. Hani bir kadının fazla kilolu olması bilmiyorum...*

(A1) : *Daha ne?*

(K9) : *Hoş karşılanmıyor yani net olarak, biraz daha zayıf biraz daha çıtı pıtı olsa daha iyi olur yani...*

(A1) : *Kadında daha önemli olduğunu düşünüyorsunuz.*

(K9) : *Evet, kadında daha önemli olduğunu düşünüyorum.*

(A1) : *Peki erkek bir obezi gördüğünüzde aklınıza ne geliyor?*

(K9) : *Yine gelir ama onda fazla, ne bileyim...*

(A1) : *Çok önemsemiyorsunuz...*

(K9) : *Çok önemsemiyorum yani açıkçası...(Gülerek)*

(A1) : *Kadın ve kilolu olunca daha endişe ediyorsunuz onun hakkında...*

(K9) : *Endişe ediyorum Hocam... En azından ev işlerini veya bir yere giderken böyle bir... Bilmiyorum ya, bilmiyorum kadında daha farklı oluyor”*

On beşinci katılımcı ile tez danışmanı arasında geçen diyalog aşağıda aktarılmıştır:

(K15) : *“...Ya gencecik kızlar var etrafımızda hepsi kilolu. Hadi biz yine yaşımızı almışız onlar daha on dokuz yirmi yaşında çok kilolular...Ben onlara acıyorum.*

(A1) : *Neden acıyorsunuz yani acıma nedeniniz asıl olarak ne?*

(K15) : *Ya acıma nedenim bu yaşta bunlar böyle... Daha ilerde nasıl olacaklar? Şimdiden kendini frenliyemiyorsa daha bunlar gelinlik giyecek, çocuk doğuracak yani bunların önünde çok şey var...*

(A1) : *Peki kilolu olup güzel gelin olamaz mı yani ya da mutlu gelin olamaz mı?*

(K15) : *Bence zayıf gelin daha güzel...*

On altıncı katılımcı ile tez danışmanı arasında geçen diyalog aşağıda aktarılmıştır:

(A1) : *İuu orayı netleştirelim... Kadınlar erkeklere göre daha fazla kilolu oluyorlar mı yoksa kilolarıyla daha fazla sıkıntı mı yaşıyorlar?*

(K16) : *Kadınlar daha fazla sıkıntı yaşıyorlar kilolarıyla... Erkekleri kilolu olsalar da çok rahatsız etmiyor... Onları çok eleştiren yok ama bir bayanı eşi, kendisi kilolu olsa bile kilolu bir bayanla olmak istemiyor... Böyle bir durumda söz konusu yani...*

(A1) : *Ne düşünüyorsunuz bu durumda?*

(K16) : *Yani ne düşünebilirim ki Hocam? (Gülerek)...*

(A1) : *Ne diyorsunuz?*

(K16) : *(Kahkaha atarak) Hiç adil değil... Hiç adil değil yani...*

On sekizinci katılımcı ile tez danışmanı arasında geçen diyalog aşağıda aktarılmıştır:

(K18) : *Genellikle bayanlar...*

(A1) : *Kadınları düşündünüz...*

(K18) : *Bence toplumun yapısından kaynaklanıyor... Çünkü hep kadınlar sürekli, nasıl desem? Mesela evliyse acaba eşim beğenecek mi? Eşim beni aldatacak mı? Bekarsa acaba arkadaşlarım ne düşünüyor? Şu giydiğim yakışır mı? Şu elbiseyi alsam olur mu? Genelde bu tip kaygıları var... Ama erkeklerde o kaygı yok... Bir pantolon, bir gömlek... İşte bir sağlık problemi olmadıktan sonra kiloları hakkında...*

(A1) : *Onlar neye değer veriyorlar sizce?... Hani biz dış görünüm dediniz, onlar neye değer veriyorlar?*

(K18) : *Onlar kendilerinin değil, bayanların dış görünüşüne daha çok değer veriyorlar... Kendileri de bence daha çok işlerine... (Gülerek)*

(A1) : *Paraya mı?...*

(K18) : *Yani o tip şeyler...Yani bana öyle geliyor...Erkeklerin düşüncesi, bana öyle geliyor. Belki de öyle düşünmüyorlardır...*

Yirminci katılımcı ile tez danışmanı arasında geçen diyalog aşağıda aktarılmıştır:

(A1) : *Şimdi bunu sorunca aklınıza kadınlar mı geldi, erkekler mi?*

(K20) : *Kadınlar (Gülerek)*

(A1) : *Neden öyle sizce?*

(K20) : *Genelde onlar kilolu, erkekler de kilolu da, hani onlara hep yakıştırılır. Şey derler mesela... Balkon... “Göbeksiz erkek balkonsuz eve benzer” diye bir laf var bizim orda sürekli söylenir mesela... Hani o alışıldık bi şey... Erkek göbekli de olsa kilolu da olsa...*

(A1) : *İyi bir şey?*

(K20) : *Hı, hı... Anormal karşılanmıyor... Ama kadın dediğin fit olmalı, dört dörtlük olmalı diye düşünülüyor...*

(A1) : *Neden böyle sizce?*

(K20) : *Toplum... (Gülerek)*

4.3.2.5. Çevrenin Kilo Verme Çabasına Etkisi

Derinlemesine görüşmeler sırasında katılımcılardan sekizi, obezite ya da kilolu olma sorunlarıyla baş etmeye çalışırken çevrelerinden müdahale edilmesinin baskı yarattığı ve olumsuz etkilendiklerini ifade etmişlerdir. Olumlu etkilendiklerini ifade edenlerle ilgili alıntılar “motivasyonları” alt teması olarak bir sonraki temanın bulgularında sunulmuştur.

Birinci katılımcıyla tez danışmanı arasında geçen diyalog aşağıda aktarılmıştır:

(K1) : *İlk başta sinirlendirirdi. Çevremde annem kızım dikkat et kilo alıyorsun, kızım dikkat et kilo alıyorsun. Önceden öff anne, aman anne... Böyle sinirle ve öfkeyle daha yeni evlenmişim olacak o kadar falan derken bir, iki, üç baktım gidiyor.*

(A1) : *Peki daha önceki kilo verme tecrübelerinizde örneğin bu grup görüşmeleri sırasında bu tür müdahaleler nasıl etkiliyordu?*

(K1) : *Bu tür müdahaleler ya bir kere grup görüşmelerinde çevremde çok baskı olmasın diye ben çok yaymamıştım aileme. Nasıl gidiyor? Ne yaptın? Ne oldu? O sorular beni sıkar. Hani herkese her şeyi anlatmaktan çok hoşnut olan birisi değilim. İnsanın kendisine özel şeyleri olmalı diye düşünüyorum o yüzden baskı bende olumsuz etki yaratmaması açısından*

(A1) : *Yaratabileceğini ön gördünüz o zaman*

(K1) : *Evet, aynen*

(A1) : *Daha önceki tecrübeleriniz*

(K1) : *Yaratabileceğini düşündüğüm için hani en azından sonrasında bir de ilk kez yaşadığım bir şey bu grup görüşmesi ne olacağını da bilmiyorum. Hani ya başaramazsam korkusu da olduğu için hani karşı tarafları da, gitti ama hiç bir şey de yapamadı, kilo veremedi duygusunu yaşamamak için aslında söylememiştim.*

Dördüncü katılımcıyla tez danışmanı arasında geçen diyalog aşağıda aktarılmıştır:

(K4) : *“Çevre, çok etkiliyor Hocam. En başta aileden başlarsak kötü niyetli olmadıklarını biliyorum ama her kelimeleri zorluyor seni... Zaten hani zor bir süreç...*

(A1) : İyi niyetli söylenmiş şeyler de...

(K4) : Hepsi şey oluyor... Hepsi birikiyor mesela... Şu şekilde “aaa duydun mu işte televizyonda bunu demişler” ...İşte bunu yapınca zayıflıyormuşsun... Şunu yiyince zayıflıyormuşsun... Sürekli bu muhabbet dönüyor... Bir süre sonra ben nereye gidicem? Ben hangisini yapayım? Hangisi şey olur diye bir kafa karışıklığı yaşıyor...

(A1) : Kafan karışıyor...

(K4) : ...Hadi ver, artık ver, verirsen çok mutlu olacam... Babam şunu yapıyor, babam işte protein diyeti, en yakın zamandaki örneği... Ben hemen zaten bir bunalım için girmeye şeyim...

(A1) : Meyilli...

(K4) : Meyilliyim... Annem belki hadi yürüyüşe gidelim dese o bana şey geliyor... İşte benle uğraşma, bana dokunma... Şöyle yapma... Hani üniversiteye geldiğimde de ilk başta zaten arkadaş şeyi bir garip oldu yani... Hani insanlar durduk yere saçma sapan şeyler söylüyor falan ama...”

Dokuzuncu katılımcının transkriptinden konuyla ilgili yapılan alıntı aşağıda sunulmuştur:

“Hocam ilk zamanlarda hani buraya grip görüşmelerine geldiğimde zayıflamaya başladığımda iş yerinden almıştım. Hanım yüzün çökmüş gittikçe zayıflıyorsun yani yemiyor musun içmiyor musun bu şekilde yüklenebiliyorlardı... İşte zayıflıyorsun, çirkinleştin... Ondan sonra o şekilde bayağı bir tepki aldım Hocam bir süre... İlk etapta etkilenmedim değil... Etkilendim...” (K9)

On ikinci katılımcıyla tez danışmanı arasında geçen diyalog aşağıda aktarılmıştır:

(A1) : “...İki amcan var. Amcaların ve genelde onların kızları daha ziyade yorum yapıyor... Nasıl hissettiriyor bu seni?

(K12) : ...Üzüyor o zaman evden çıkmıyorum...

(A1) : ...Evden çıkmıyorsun...

On dördüncü katılımcıyla tez danışmanı arasında geçen diyalog aşağıda aktarılmıştır:

(K14) : “Beni çok etkiledi...

(A1) : Biraz anlatır mısınız?

(K14) : Yani beni nasıl etkiledi? Iıı giydiğin yakışmamış... Mesela...

(A1) : *Nasıl etkiliyordu bu sizi?*

(K14) : *Çok yani canım sıkılıyor, gözyaşım akıyor... Ben çok bi de duygusal bir insanım aslında... Biri hani dokunsa ağlarım... Çok ağladım kilo için... Evet yani gerçekten... Neden kilo veremiyorsun? Bak işte mesela ben zayıfım, o zayıf şu zayıf...*

(A1) : *Bu üzüntü sizin ne yapmanıza, nasıl davranmanıza neden oluyordu?*

(K14) : *Yaniii daha fazla yemek yememe sebep oldu... Bence... Çünkü kilo aldım... Yine kilo aldım... Yani bu düşünceler, bu sorunlar, bu şeyler...*

(A1) : *Bu yorumlar?...*

(K14) : *...Üzüyordu daha fazla kilo alıyordum... Yani açıkçası bu..."*

On beşinci katılımcıyla tez danışmanı arasında geçen diyalog aşağıda aktarılmıştır:

(K15) : *Kilo verdiğimde o, işte ablama diyor... Nolmuş senin kardeşine hasta mı?*

(A1) : *Hasta mı?... Böyle söylemeleri nasıl etkiliyor sizi?...*

(K15) : *İlk söylediklerinde kötü etkiledi beni... Sonra diyorum zaten söyleyen aklı başında biri olsa bunu söylemez... Direkt bana söyler... Hayırdır niye böyle kilo veriyorsun? Sorana zaten ben sağlıklı zayıfladım, sağlıklı besleniyorum diyorum ama bi de haber geldiği zaman birinden birine çok zoruma gidiyor... Kardeşinin neyi var? Hasta mı? Neyi var? Kötü mü?*

On yedinci katılımcının transkriptinden konuyla ilgili yapılan alıntı aşağıda sunulmuştur:

"Ya mesela diyet yapıyoruz ya da şey yapıyoruz... Olumlu da olsa olumsuz da olsa her yönden etkiliyor... Yok sen kilo veremezsin, şöyledir, böyledir dedikleri zaman sinirleniyorum, öfkeleniyorum yani hüküm veriyorlar hemen yargısız infaz yapar gibi... Yani sonuç beklemeden şey yapmak gibi..." (K17)

4.3.3. Grup Görüşmeleri ile İlgili Deneyimler

Derinlemesine görüşmelerin transkriptlerinin analizlerinden elde edilen üçüncü tema katılımcıların GG ile ilgili deneyimleridir. Bunlar da “olumlu etkiler”, “olumsuz etkiler”, “sürdürebildikleri SYTD”, “motivasyonları”, “önerileri” kategorilerine ayrılmıştır.

4.3.3.1. Olumlu Etkiler

Katılımcılara GG’nin onlar üzerindeki etkileri sorulduğunda, 17 katılımcı olumlu etkilendiğini bildirirken, sadece bir katılımcı hiç bir etkisi olmadığını ifade etmiştir. GG’nin etkisiz olduğunu ifade eden katılımcının, GG’ne katılma kararı alırken, GG’yi psikiyatri kliniklerinde uygulanan “psikoanalitik grup terapisi” zannettiği ve bu sebeple beklentisinin karşılanmadığı anlaşılmıştır. İki katılımcı olumlu ya da olumsuz yorum yapmamışlardır. Olumlu etkilerde; “beslenme”, “egzersiz”, “alışveriş”, “bilgi eksikliğinin giderilmesi”, “motivasyon” ve “varoluşsal iyilik hali” kategorileri analiz edilmiştir. Altı katılımcı GG’nin olumlu etkilerini ifade ederken “hayata bakış açılarının” değiştiği yönünde ifadeler kullanmışlardır. Konuyla ilgili alıntılar aşağıda sunulmuştur:

“Aslında bence bütün kilolu insanlar üç aşağı beş yukarı neyi yiyip neyi yememesi gerektiğini biliyorlar. Motive olamadıkları için yapılamıyor bunu. Sizinle konuşmak, grup görüşmelerindeki kişilerin hikayelerini dinlemek, doğru bildiğimiz yanlışları öğrenmek beni çok motive ediyordu” (K1)

“Bir kere yürüyüşü öğrendim ben grup görüşmelerinde. Yani yürüyüş derken eskiden spor amaçlı yürüyüşe çıktığımda öyle tempolu harala gürele şeklinde yürürdüm ama belli bir nabız aralığında yürümem gerektiğini öğrendim” (K1)

“Çok güzel geçti. Bize orda dürtü kontrolü, öfke stres kontrolü o tip şeylerde öğretmiştiniz güzeldi Hocam. ben çok memnundum aslında” (K5)

“Sağlıklı beslenmeyi öğrendim... Neyi yiyip neyi yemem gerektiğini öğrendim... Mesela bir gün kaçırdığım zaman ertesi gün nasıl dengeleyeceğimi öğrendim... Yapmamış olabilirim ama... Bunları biliyorum” (K6)

“Valla benim hayatımda her şey değişti... Ben yeniden doğdum... Hangisini anlatıym? Benim ilk başta psikolojim çok düzeldi... Ben çok sıkılıyordum her

şeyden... Bende büyük bir değişiklik oldu... Hani mutluyum... Ben hiç bir şeyden mutlu olmuyordum... Böyle içim gidiyordu... Onun dışında şimdi elime geçen her fırsatı değerlendiriyorum. Eskiden hep kaçıyordum. Yok tiyatro var gidiyorum. Konser var gidiyorum. Her yere gidiyorum. İu fark çok var çok. Mesela bazı şeylerden üzüliyorsun, sıkılıyorsun, kalbin kırılıyor... Şimdi kırılmıyor... Kırılmıyorum sanki gitmişim sakinleştirici serum yemişim her olay karşısında.”
(K15)

“Hayatımda değişen hani şey kontrolü yapmıştık, duygu kontrolü... İu o çok değişti... Aa evet davranış... Mesela her şeyi daha çok dert etmemeye bakıyorum... Nasıl diyelim bazı şeyleri eskiden hemen, kendime göre diyelim, bir kötü bir şey olduğu zaman ya da kendime göre yolunda gitmeyen bir şey olduğu zaman hemen tepki veriyordum... Şimdi vermiyorum, bakıyorum, seyrediyorum... Bazen olaylar nereye gidecek diye yani kontrol ediyorum... Öyle ne bileyim daha mutluyum şu an...” (K18)

“Bir kaç arkadaş vardı mesela çok zayıflamışlardı. O Yeşilevler’den gelen arkadaşlardı sanıyorum... Çok hoşuma gitti. Görüntüsü çok yüzde yüz diyebilirim değişmişti onların... Ya o biraz daha beni teşvik etti. Yani onlar, bir ev hanımıydılar, bir eğitimsiz insanlardı, bu kadar hani bakabiliyorsa, yapabiliyorsa... Ben ü onlara çok daha bir tık ilerdeydim. Bir takım şeylere daha kolay ulaşabilirdim, yapabilirdim... Ama yapmıyorsam Bu benim tembelliğim... Yani o tarz olumlu katkıları oldu benim için...” (K16)

Dördüncü katılımcı ile tez danışmanı arasında geçen diyalog aşağıda aktarılmıştır:

(K4) : *İşte hayatımın dönüm noktası diyebilirim... (GG’ye başlamasını kast ediyor)*

(A1) : *Biraz anlatabilir misiniz...*

(K4) : *Bir de psikolojik olarak benim atlatıldığım yer burasıydı. Yani ben o psikolojinin içinden çıkamıyordum hiç bir şey yapamazdım. Yani ben zaten sürekli bir şeyler araştırıyordum artık o kadar çok bilgi kirliliği vardı ki... Hani artık neyin doğru olduğunu bilemiyordum”*

Yedinci katılımcı ile tez danışmanı arasında geçen diyalog aşağıda sunulmuştur:

(K7) : *Yani olumlu etkiledi bir kere onu söyleyim.*

(A1) : *Biraz açabilir misiniz...*

(K7) : *Mesela yedi demiştiniz karbonhidrata, karbonhidrat miktarını bana... Halen aklımdan hesaplıyorum...Gün içerisinde o sayıyı geçmiyorum*

(Dinlenim metabolizma ölçümleri sonrasında hesaplanan günlük tüketilmesi önerilen porsiyonlardan bahsediyor)

(A1) : *Bu sizi rahatsız ediyor mu?*

(K7) : *Hayır, hayır... O artık alışkanlık yaptı bende... ister istemez... Otomatik olarak yani bir yere yazmıyorum çizmiyorum ama o beynimde hesaplanıyor yani... Proteini de aynı şekilde önceden almıyordum. Yani sayı olarak dikkat etmiyordum daha doğrusu öyle söyleyim... Şimdi diyorum ki o beş proteini almam lazım diyorum. Sabah bir tane aldım, geriye dört kaldı diyorum. O bir köşede yazılı kalıyor yani beynimde”*

Sekizinci katılımcı ile tez danışmanı arasında geçen diyalog aşağıda sunulmuştur:

(K8) : *Yani dediğim gibi işte olumlu yönde etkiledi. En önemlisi o çok yediğim o çikolatayı bıraktım.*

(A1) : *Yanlış düzelttiniz.*

(K8) : *En bana büyük şey o oldu. En büyük yanlışım. Biliyordum zaten ama öyle bir girişimde bulunduğum için beni daha motive etti. Yaa ufak tefek şeylere yine dikkat ediyorum. Atıyorum yoğurt yemeye, gün içinde hiç yemiyordum diyebilirim nerdeyse... Ona biraz dikkat ediyorum. İşte okula götürüyorum.*

Onuncu katılımcıyla tez danışmanı arasında geçen diyalog aşağıda sunulmuştur.

Bu katılımcı başlangıçta, gruptaki obez katılımcılardan olumsuz etkilendiğini söyleyip daha sonra derinlemesine görüşme sırasında aslında olumlu etkilendiğinin farkına varmıştır.

(K10) : *Daha önce de söylemiştim beni mutlu etti...*

(A1) : *Mutlu etti...*

(K10) : *İuu, en azından diğer insanların benim böyle çok kronik bir rahatsızlığı olmadığı için kiloyla ilgili mesela şişmanların neler düşünebildiğini ya da mesela çok kilolu olduğum zamanda diğer kilolularla nasıl neler konuştukları... Mesela sürekli yemekten konuşmaları bana çok tiksindirici gelmişti, midemi bulandırmıştı... Çünkü hayatta her halde yemekle ilgili bu kadar fazla üzerine düşülmesi beni mesela rahatsız ediyor...*

(A1) : *Kilolu olanlar, grupta konuşulanlar mı?*

(K10) : ...*(Sesini kısarak...Grupta konuşanların taklidini yapıyor)* Ayyy yemek işte, yemeden duramıyorum, sürekli yemek arıyorum... Anladınız mı? Böyle şeyler mesela hiç düşünmemiştim daha önce de... Demek dedim beni çok rahatsız eden şeylermiş... Yani hayatta bir şeyin bu kadar fazla büyütülmesi yani yemek olayı gibi... Hayatı işte ihtiyacın, sıradan bir ihtiyacın sadece... Yani manevi yönlerden... Hayatta mesela... Maneviyat... Benim için daha önemli sanki... Onda onu görmüştüm. Bana onu çağrıştırmıştı. Yani yemek yemek bana hep şey gibi gelir... Tamam, ihtiyaçtır, keyiftir ama fazlası değil... Hani bunu abartacak... Romanlarda vardır ya... Yemek yemek fazlasıyla önemsenen, yedikçe yedikçe yedikçe artık... Kusup tekrar yenilen... Bunu mesela abartmak çok şey gibi geldi bana... Nasıl deyim çok... Çok hayvani bir istek gibi geldi bana... Çok ilkel bir istek... Hayvani derken... Çok ilkel bir istek hani yemek yemenin...

(A1) : Peki, olumlu etkileri sadece.... Genel olarak olumlu etkiledi dediniz fakat bu sohbetler ve çok yemek konuşulması size itici gelmiş

(K10) : ...İtici ama mesela bu da ben de aslında olumsuz ama olumlu bir çağrışım oldu... Benim için olumlu bir dönüşüm oldu...

On birinci katılımcıyla tez danışmanı arasında geçen diyalog aşağıda sunulmuştur:

(K11) : “...Valla GG'den sonra, o aldığımız derslerde sizin anlattığınız konulardan sonra bakış açımın değiştiğini fark ettim... Ya o anda bunu çok hissetmiyorsunuz, farkında olmadan bilinç altına bir şeyler yerleşiyor... Fark etmeden ve daha ılımlı daha olumlu baktığımı fark ettim... Eksiklerimi daha rahat görebildiğimi fark ettim...

(A1) : ...Neye bakış açınız? Kiloyla ilgili soruna mı? Yoksa genel mi?

(K11) : ...Genel...

(A1) : Hımm, yani?...

(K11) : ...Eee yani arkadaşlık ilişkilerimde, ailemle olan ilişkilerimde, çözüm modelleri göstermiştiniz onları uygulamakta...

(A1) : ...Sorun çözme becerileri...

(K11) : Evet, onlar... Benim için çok etkili oldu ve fark ettim ki bazı sorunları artık eskisi gibi büyütmiyorum. Dağ yapmıyorum sorunları veya bir sorunu, kendimi kişiliğimle ilgili ona yansıtmıyorum. O bana yapılmış bir davranış olarak

düşünmüyorum. Bunlar da benim daha rahat olmamı sağladı yaşam olarak... Bunun dışında...”

On dördüncü katılımcı ile tez danışmanı arasında geçen diyalogda, katılımcı, tırnak yeme davranışının değişmesi, daha pozitif olma durumunu ifade etmiştir. Konuyla ilgili alıntılar aşağıda aktarılmıştır:

(K14) : *“Ben tırnak yiyordum... Şu anda oje sürebiliyorum... Çok uzun değil ama... GG’de evdeki huzursuzluğum geçti... Yani, eee, ne vardı? Biraz ben, ben biraz asabi gibi görünen aslında değil... İu biraz asabiyim çocuklara yani orda bile değiştim. Ben değiştim. Onlar değişmedi. Mesela çocuklara biraz daha asabiydim... Eşime biraz daha asabiydim onları değişti. Gerçekten değişti. Onlarla daha iyiyiz şimdi...”*

(A1) : *Bunu neye bağlıyorsunuz?*

(K14) : *Çünkü konuşmalar bana iyi geldi. Terapi gibi geldi aslında...*

(A1) : *Hangi konuşmalar?*

(K14) : *Sizin konuşmalarınız...*

(A1) : *...Sorun çözme becerileri ve duygu, düşünce, davranış ilişkisi çalışmalarımız mı?*

(K14) : *...Sorun çözme deee... Belki de grup toplantılarında başkasından aldığım şeyleri de belki kafama aldım... Çünkü benim iletişimim daha güzel oluyor... Daha iyi bakmaya başladım...*

(A1) : *Daha olumlu mu?...*

(K14) : *Olumlu bakmaya başladım gerçekten ben çok faydasını gördüm...”*

Aynı katılımcının, obeziteyle mücadele etmek isterken gösterdiği zararlı davranışlarda da artık bulunmadığını ifade ediş tarzı dikkat çekici bulunmuştur. Tez danışmanı ile aralarında geçen konuyla ilgili diyalog aşağıda aktarılmıştır:

(K14) : *Ve ben popomu duvarlara vurdum... Zayıflayım diye... Küçülsün diye... Öyle bir... Psikolojik... O zaman yani o zaman kilo verdiğimde... Öyle vurdum, spor amaçlı, sallanıyor her yerim, vücudum... Zaten kilolusun sallanıyor... Verdim ama... Bir yerden duymuştum yani. Arkadaşımdan değil, O şeyden değil... Başka bir yerden işte bu kadar büyük popoyu ancak vurarak zayıflatırsın dediler ama sonra zararlarını da öğrendim... Sonra bıraktım ama*

tabii duvara bile izi çıkmıştı... Tabii ki uzun zaman yaptım... Uzun zaman. Sonra baktım kötü bir şeymiş... Onu bıraktım... Ama tabii...

(A1) : *Tabii o sırada fiziksel olarak ağrı da oluyordur... Yani bunların hepsini göze alıyordunuz...*

(K14) : *Tabii, tabii... Aa ben kilo veriyim de kafa öyle... Yani kilo veriyim de ne olursa olsun bana... Yeter ki zayıflayım... Bütün bunlardan kurtuldum.*

Grup görüşmelerinden olumlu etkilenmediğini belirten on üçüncü katılımcının transkriptinden yapılan alıntı aşağıda sunulmuştur:

“Valla ben çok fazla etkilenmedim...O grup dinamiği oluşamadı bence ben daha farklı bekliyordum bu çalışmayı... Hani grup dinamiği oluşsaydı insanlar daha yakın birazcık duygusal bağ kurabilseydi... Grup olabilseydi daha önemlisi... Daha etkili olabilirdi diye düşünüyorum... Psikolojik boyutu da olduğu için bir süre terapistle gidebilirdi diye düşünüyorum...” (K13)

4.3.3.2.Olumsuz Etkiler

Analizlerde, GG'nin olumsuz etkileri alt temasında, “GG'nin sıklığının az olması”, “kişisel sorunların (detay) paylaşılması ya da paylaşılabilmesi”, “kıyaslama”, “katılımcıların sosyodemografik özellikleri nedeniyle kendi aralarında ayrımcılık” ve “GG'ye erişimin güç olması” ve “sürekliliğinin olmaması” kategorileri bulunmuştur. Bu alt temayla ilgili alıntılar aşağıda sunulmuştur:

“Hani bazı arkadaşlar belki ben bile yapmışımdır farkında olmadan hani çok kişiselliğe iniyordu. O dönem o anlarda sıkılıyorduk hani hatta siz de toparlamaya çalışıyordunuz yani hani bunu ayrıca sizinle görüşelim dediğiniz anlar oluyordu hatırlıyorsanız. Kişi sabah kalkıyor akşam yatana kadar ne yaptığını... Yani şöyle ben şunu yaptım, hatta öyle bir kaç arkadaşımız vardı hatırlarsanız. Şunu yaptım şöyle yedim olur mu hocam şeklinde hani o anlar biraz beni sıkıyordu ya hadi diyordum zaman geçiyor” (K1)

Birinci katılımcı ile tez danışmanı arasında konuyla ilgili geçen diyalog aşağıda sunulmuştur:

(K1) : *“Bir buçuk ay geçince şu psikolojide oluyorsunuz. Ya Hocam bunları söyledi ama daha bir ay var görüşmeye psikoloji bu oluyor. “Bir gün kaçırırsam ne olur ki” düşüncesi illa ki oluşuyor.*

(A1) : *Bir çeşit denetim mi sağlamış oluyor? Yani hani sizin açınızdan? Dış denetim sağlamış oluyor, öyle mi?*

(K1) : *Yani o dış kontrol bence çok etkili.*

(A1) : *Aslında şey grup görüşmeleri üç haftada birdi başlarda, sonra açtık arasını bir keresinde araya bayram girmişti... böyle bir şey... Evet peki, motivasyon için olumlu ama şey diyorsunuz anladığım kadarıyla...*

(K1) : *Devamı için, daha sık aralıklarla olsa... Sürekliliği için daha iyi olur..."*

Dördüncü katılımcının transkriptinden konuyla ilgili yapılan alıntı aşağıda sunulmuştur:

"Benim için şeysiz bitirmektir... Hocam benim için en kötü şeyi en sonlanmasydı. Hani bitti herkes kilo vermişti, ben ve iki arkadaş böyle üzgün üzgün baktık... Bu benim için stres kaynağıydı..." (K4)

Beş yıldır birlikte yaşadığı bir erkek arkadaşı olan ve bu nedenle gruptakiler tarafından dışlanacağını düşündüğü için sorunlarını paylaşamamış olduğu sonradan anlaşılan bir katılımcı ile tez danışmanı arasında geçen diyalog aşağıda aktarılmıştır:

(K6) : *"Hani belki birebir konuşamadığınız o insanların içinde anlatamadığınız şeyler oluyor mesela onun gibi..."*

(A1) : *Örneğin... Var mıydı bize şimdi söyleyebileceğiniz? Yani neyi konuşamıyordunuz orada? Kişisel dediğiniz bir şey? Sizin için oldu mu hiç öyle bir durum?*

(K6) : *Çok hatırlamıyorum ama yine de belki konuşmak istediğim şeyi konuşamamış olabilirim.*

(A1) : *Yeterince söz sahibi olamamak... Çok konuşanlar olduğu için mi?*

(K6) : *Yok o konuşan değil. Siz söz veriyorsunuz herkese o konuda şey değil ama hani acaba insanlar belki benim hakkımda ne düşünür, ne yaşadığım ne şekilde yargılanır belki... Çok hatırlamıyorum ama belki o tür şeyler olmuş olabilir..."*

Yedinci katılımcının transkriptinden, konuyla ilgili yapılan alıntı aşağıda sunulmuştur:

"Şey olarak sanki birbirine yakın insanlar geldiği zaman bir gruplaşma yani grup içinde gruplaşma oluyordu... O birazcık belki rahatsız etti beni... Hani bazen... Bazen hani onların yan yana oturmaları... Onlar dışarda görüştükleri için..."

Yoksa onun dışında o da çok fazla değil ama... Yalnız gibi (kaldım)... Ondan başka rahatsız edici durum olmadı...” (K7)

Çalıştığı yerin uzak olduğunu belirten sekizinci katılımcı ile tez danışmanı arasında geçen diyalog aşağıda aktarılmıştır:

(K8) : *“Kırk dakika yol deseniz işte... Bir saatte görüşme, bir daha yol... İki saat buraya ayırmak, zor...”*

(A1) : *Yani ne diyebiliriz tam olarak olumsuz yön? En olumsuz yanı uzakta olmamız mı?*

(K8) : *Evet, bir saat yolu gözden çıkarmanız gerekiyor hani görüşme yarım saat bile olsa...”*

On birinci katılımcı ile tez danışmanı arasında geçen diyalog aşağıda aktarılmıştır:

(A1) : *“Rahatsız olduğunuz?*

(K11) : *..hım rahatsız olduğum... Bazen çok olumsuzluklar konuşuluyordu o süreçte, belki onlar şu anda rahatsız etmiş olabilir.*

(A1) : *Ne gibi olumsuzluklar?*

(K11) : *GG’de işte nabız aralığında çok rahat olmayanlar, kilo verme konusunda sıkıntısı olanlar... Onlar veremedikleri için tedirgin oluyorlardı... Onlar...*

(A1) : *...Bu nasıl etkiledi sizi?*

(K11) : *Biraz benim açımdan olumsuz oluyordu yani... Niye olmuyor diye düşünüyordum her halde... Bu şekilde hatırlıyorum... Onlar adına kötü hissediyordum. Yani niye yapamıyorlar acaba? Her şeyi yapıyorlar, nerde eksik var?”*

On altıncı katılımcı ile tez danışmanı arasında geçen diyalog aşağıda sunulmuştur:

(K16) : *“Olumsuz yanları neydi? Olumsuz yanları şöyle...Bir grup ama ben o grubu şöyle eğitim seviyesine göre parçalayarak ya da yaş aralığına parçalayarak olsa daha bir şeyle olurdu diye düşündüm...”*

(A1) : *Biraz daha anlatır mısınız? Biraz daha açıklar mısınız?*

(K16) : *...Eğitim düzeyi de hani etkili... Bi de yaş aralığına göre de olabilirdi dedim hani şey olarak... Veya böyle hani çalışanların... Kategorisi ayrı, öğrenciler ayrı... Çünkü onların sorunları ve şey farklı oluyor... Ev hanımlarının sorunları farklı oluyor... Engelleri farklı oluyordu. Hani dinliyorduk, renk*

katıyordu... Şey değildi ama daha da ayrı olsaydı belki zaman açısından daha faydalı olabilirdi yani...”

On sekizinci katılımcının transkriptinden, konuyla ilgili yapılan alıntı aşağıda sunulmuştur:

“Şey kötüydü... Bazı arkadaşlar kilo veriyor, bazıları veremiyor... O şeyler kötü... Hani karşılaştırmalar kıyaslamalar hoş değil... Iıı bence... Biz yapmıyorduk... Ama insan düşüncesi... Kendi... Nasıl desem kendi kendilerine... Mesela siz asla öyle bir kıyaslama karşılaştırma yapmadınız... Aynen, arkadaşlar açısından... Mesela ben bazen kendimi suçlu hissediyordum. Aa evet, mesela yandaki arkadaşım, çok sevdiğim arkadaşım ile aynı şeyleri yapıyoruz o veremiyor bu sefer kendimi suçlu hissediyordum” (K18)

Aynı katılımcı ile tez danışmanı arasında geçen, konuyla ilgili diyalog, aşağıda aktarılmıştır:

(K18) : *İnsanların birbiriyle kıyaslaması... Hoş olmadı diye düşünüyorum. Belki bazen hani iyi şeyler yapabilirler hani...İyi etkileyebilir de bazen de şey çok, ben nasıl olsa beceremiyorum çünkü şöyleydi...*

(A1) : *Motivasyonları kırılabilir diye düşünüyorsunuz...*

(K18) : *Eee ben çok empati yaparım... Hep karşımdaki insanı kendim gibi düşünürüm... Ne düşünebilir? Acaba niye veremiyorum? Ha ben beceremedim, yapamadım... O duygulara kapılmış olabilirler diye düşünüyorum... Ya da ben yapamıyorum nasıl olsa deyip bırakmış da olabilirler... Yani o kötü aslında...*

4.3.3.3.Sürdürülebilir Sağlık Yaşam Tarzı Değişiklikleri

Bu alt temada “sorun çözme becerileri, doğru beslenme ve egzersiz ile ilgili bilgi”, “dengeli beslenme”, “alışveriş” ve “egzersiz” kategorileri bulunmuştur.

Birinci katılımcı ile tez danışmanı arasında geçen konuyla ilgili diyalog aşağıda aktarılmıştır:

(K1) : *“Var bir kere yürüyüşü öğrendim ben GG’ de yani yürüyüş derken eskiden spor amaçlı yürüyüşe çıktığımda öyle tempolu harala gürele şeklinde yürürdüm ama bir nabız aralığında yürümem gerektiğini öğrendim.*

(A1) : *Harala gürele yürümenin zararı var mıydı size?*

(K1) : *Yani çok fazla kilo kaybı olmuyordu. Yoruluyorsun, ikinci üçüncü gün çıkmak istemiyorsun yürüyüşe ama bana yapılan ölçüme göre verilen nabız aralığı...*

(A1) : *Yapılabilecek*

(K1) : *Hani saat koluma taktığımda parkta gezer gibi bir gezintiydi hatta ben normal bazı günlerde diyelim ki akşam misafirim var çıkamayacağım yürüyüşe okuldan belli bir yere okul kıyafetimle bile hani şöyle vitrinlere baka baka...*

(A1) : *O nabızı tutturabiliyorsunuz*

(K1) : *Saatim (nabız ölçer) yanımda olmasa da tahmini şekilde yürüyüşümü yaptığım günler oldu. Şu anda hala ben o tempoyu kullanıyorum... Porsiyonlar vermiştiniz çok benzer ona protein ağırlıklı besleniyorum... Glisemik indeksi yüksek besinler mümkün olduğunca almamaya çalışıyorum. Şu an evimde makarna yok”*

İkinci katılımcının transkriptinden konuyla ilgili yapılan alıntı aşağıda sunulmuştur:

“İyi yani sporu bıraktım diyorum ama atıyorum işte haftada bir yürüyüşümü yapıyorum. Yani çok az da olsa...Hani hiçbir şey yapmıyor değilim... Kırk beş, elli dakika yürüyorum yani ama belki haftada bir. Belki haftada iki de olabiliyor, bilmiyorum. Yani o, o yürüyüşüm oluyor. Yürüyüş yapmazsam eğer evde hareketimi arttırıyorum...” (K2)

Üçüncü katılımcıyla tez danışmanı arasında geçen konuyla ilgili diyalog aşağıda aktarılmıştır:

(K3) : *“...Pişirme şekli...İşte kızartma değil de ızgara...*

(A1) : *Etkiliyor mu gerçekten? Eskiye göre daha az kızartma ya da...*

(K3) : *Tabii, mesela, kızım da, çocuklarım patates kızartması çok seviyorlar ve bir de abim de patates ektiği için çuvalla geliyor patatesler eve...Mesela şeyde yapıyorum onlara artık... Yağlı kağıdın üzerinde bir kaşık zeytin yağı koyup, baharatlı yağlı kağıtta elma dilimi patates yapıyorum. Hani böyle şeyler aklımda kalan şeyler var böyle...Şeysen mutlaka onlardan bir şeyler oluyor yani... Yapıyorum, elimden geldiğince... Hani bire bir hepsine her dakika uymuyorum*

ama böyle bir şey yaparken yemek hazırlarken veya kızımın ya da oğlanla konuşurken, sohbet ederken falan böyle şey yapıyorum”

Dördüncü katılımcı ile tez danışmanı arasında geçen diyalog aşağıda aktarılmıştır:

(K4) : *“Sürdürebiliyorum, yeme düzenimi, özellikle oturdu yani, kesin oturdu... Ve belki hani tek oturtamadığım egzersiz ama onu da...”*

(A1) : *Yeme düzenim derken...*

(K4) : *Burda yaptığımız porsiyon hesapları falan...*

(A1) : *Öğün atlamama...*

(K4) : *Evet öğün atlamama, insülin direncinin ne olduğunu öğrenmiş olmam belki buna yaradı”*

Beşinci ve altıncı katılımcıların transkriptinden konuyla ilgili yapılan alıntı aşağıda sunulmuştur:

“Hocam zaten şey yaparken alış veriş yaparken her şeye bakıyorum içindeki özellikle şu “E”li olanlar. Koruyucu maddelere. Mesela eve ne mayonez alıyorum ne ketçap alıyorum Hocam. Meyve suyu almıyorum kola almıyorum....” (K5)

“Kahvaltı benim için bir öğün haline geldi. Ben eskiden kahvaltıya şey yapmazdım. Şimdi sandviçte olsa kendime hazırlayıp iş yerine götürüyorum. Poğaçaydı, simitti o tür şeyleri canım çok isterse sabah yiyorum mesela ama haftanın mesela beş günü gidiyorsa üç günü ya da dört günü mutlaka kendime sandviç hazırlıyorum, götürüyorum...” (K6)

Onuncu katılımcı ile tez danışmanı arasında geçen konuyla ilgili diyalog aşağıda sunulmuştur:

(K10) : *“Yani, bir de şeydi, daha önceden mesela canım istediğinde cips alabiliyordum veya farklı... O tür şeyleri hayatımdan nerdeyse tamamen çıkardım... Mesela yemeğe gittiğimde su, ayran, soda içerim diyorum...”*

(A1) : *İçecek tercihleriniz de değişti...*

(K10) : *İçki de kullanıyorum ama hani onu da mesela kullandığım zaman kola almıyorum...*

(A1) : *Eskiden ne içerdiniz?*

(K10) : *Eskiden mesela fanta içerdim, kolayı zaten çok sevmezdim... Fanta mutlaka alırdım ama şu anda onları da içmiyorum veya gazoz içmeye çalışırdım.*

Onlar şu anda hiç hiç, alış verişte hiç yeri yok. Cips mesela bunlarında yeri yok... Bazen çikolata alıyorum...Onu zaten bitter alıyorum...Bazen dışına çıkabiliyorum böyle bazı sevdiğim şeyler var... Ya onlar da hani şu an hayatımda olmasa da olur pozisyonundayım...”

On üçüncü katılımcının transkriptinden konuyla ilgili yapılan alıntı aşağıda sunulmuştur:

“...Dikkat etmeye çalışıyorum... İuu örneğin hani şey önceden şeye çok dikkat etmezdim... O gün, gün boyunca işte et olan bir öğünümüz olmadı... Buna dikkat etmezdim ama şimdi, mutlaka öğünlerden birinde et olmasına özen gösteriyorum veya sebze olmasına ya da salata olmasına...İşte gün içinde mutlaka meyve yenmesine dikkat ediyorum... Yani sağlıklı beslenmeye dikkat ediyorum...” (K13)

On dördüncü katılımcıyla tez danışmanı arasında geçen diyalog aşağıda aktarılmıştır:

(K14) : *“Evet, sürdürmeye çalışıyorum... O zamandan şimdiye kadar... Sadece bir iki şeyi... Yazmıyorum...”*

(A1) : *Zaten yazmanızı beklemiyoruz...*

(K14) : *Sadece onu yapmıyorum...Ama edindiğim şunu yap, böyle yap...*

(A1) : *Anlatır mısınız?*

(K14) : *Yani, mesela porsiyonlarımı...*

(A1) : *Hı, hı...*

(K14) : *Tahıla çok dikkat etmeye çalışıyorum... Yürüyüşlerimi..*

Kesinlikle aksatmamaya çalışıyorum... O gün şeyde söyledim... Yürüyemediğim zaman çarşıya asla araç kullanmıyorum... Yani kendi... Sadece merdiven çok çıkamıyorum ayaklarımdaki rahatsızlığımdan dolayı... Ama yani güzel benim için...

(A1) : *Hem beslenme alışkanlığınızı hem de egzersiz alışkanlığınızı devam ettirebiliyorsunuz...*

(K14) : *Evet...”*

4.3.3.4.Motivasyonları

Bu alt tema “sağlık”, “estetik”, “yasaklanmama”, “önerileri uygulamak”, “GG’ye katılmak”, “önem artışı”, “eş/anne desteği”, “çocuklarına rol model olma”, “kayıt

tutma”, “sonucun değeri” ve “GG sırasında önerilenlerin mantıklı olması” kategorilerinin analizi sırasında bulunmuştur. Konuyla ilgili alıntılar aşağıda sunulmuştur:

“En son 120’yi gördüm. Dedim ki ne yapıyorsun? dedim ya ne yapıyorsun? Bunu kendine yapıyorsun. Hani nereye gidecek bunun sonu o zaman sen böyle bırak hiçbir zaman çocuk doğuramayacaksın bu kilonun üzerine hamile kalınmaz” (K1)
“Dedim ki yeter tamam ben artık 121’i görmüycem. Şu an 120’nin sekiz buçuk aşağısındayım. Sekiz nokta dört. Yani aynada kendimi de beğenmiyordum. Hani bunlarda beni motive etti. Giyiyorum, olmuyor, sevdiğim elbiseler, giyiyorum her yerden her şey çıkıyor. Olmuyordu, bu bluzum içine giremiyordum. Şöyle yapamıyordum (bluzunu öne doğru çekip oluşan boşluğu gösteriyor) Şurada şöyle bolluklarım var şu an...” (K1)

İkinci katılımcı ile tez danışmanı arasında geçen diyalog aşağıda aktarılmıştır:

(K2) : *“Çünkü Glifor (metformin) kullanıyorum. Şeker, gizli şeker seviyemi 6’lardan 5’lere indirdim... Yani o beyaz ekmeği keserek, pirinci keserek... Onların faydasını gördüm...*

(A1) : *Olduğuna inanıyorsunuz...*

(K2) : *İnanıyorum tabii... O beyaz unu en aza indirdim. Onun için yapıyorum”*

Dördüncü ve beşinci katılımcıların transkriplerinden yapılan alıntılar aşağıda sunulmuştur:

“Ya Hocam sanırım artık düşünmemem. Yani şöyle önceden hep kilomu düşünürdüm “ya ne olacak böyle, nasıl yapıcım, hayatım boyunca böyle mi yaşıycam?” İşte ben böyle...Bir de şu kadar ileriye gittim...Ben böyleyim, ben çocuğumu doğurduğumda çocuğumda mı böyle olacak...İşte benim çocuğum ya beni beğenmezse bir de hani şeyde de görüyoruz ya televizyonlarda işte annesini beğenmemiş de annesi zayıflamış falan filan...” (K4)

Sanırım yasaklar daha tatlı geliyor... Mesela Hocam hani işte diyetle, siz bana demiyorsunuz “çikolata yemeyeceksin yasak” demiyorsunuz... Özel günlerinde şu kadar yiyebilirsin”(K4)

“Hocam, şey yani sağlıklı yaşam. Kendimi iyi hissediyorum. Şey nasıl desem size. Çocuklar için de sağlıklı olduğunu düşünüyorum. Bana da faydalı

olduğunu düşünüyorum” (K5)

Yedinci katılımcı ile tez danışmanı arasında geçen konuyla ilgili diyalog aşağıda sunulmuştur:

(K7) : *“Eşim çok destekledi.*

(A1) : *Neler yaptı?*

(K7) : *Yani her gün beni buraya arabayla götürdü geri aldı. Beni şey gidiş gelişimi kolaylaştırdı biraz mesafe olduğu için gelme açısından zorluk olacaktı. Onun da çok büyük etkisi oldu yani.*

(A1) : *Şu yazma işimiz vardı. Onu nasıl buluyorsunuz? Kayıt tutma.*

(K7) : *O defter işi ilk etapta çok etkili bence. Orda deftere kaydettiğinizde görüyorsunuz. Neydi...*

(A1) : *O olmasaydı yine başarılı olur muydu sizce?*

(K7) : *Belki hani bazıları için olumsuz olabilirdi defter olması da ama ben bile öğrenme açısından ilk etapta onu olumlu buluyorum.*

(A1) : *Farkına varma?*

(K7) : *Tabii, tabii... Sonra tabii alışıyorsunuz. Artık defter olmadan devam ediyorsunuz şunu yedim bunu içtim. İşte bu kadar almam lazım”*

Onuncu ve on birinci katılımcıların transkriptlerinden yapılan alıntılar aşağıda sunulmuştur:

“En büyük etken mesela burdakileri uygulamam oldu. Bu çalışmanın mantıklı olması...” (K10)

“Olumlu yani arkadaşlarım, çocuğum, özellikle kız çocuklarım var benim onlar yönlendiriyorlar anne lütfen zayıfla diye... Onlar... Yani aileden olumlu tepkiler alıyorsun veya kendi giyim tarzından daha mutlu hissediyorsun... Onlar da seni motive ediyor... Onlar işte, kilo verdiğin zaman daha güzel olacak, işte elbise giyeceksin diye onlar motive ediyordu. Yani bir şey bizde abur cubur çok fazladır, sen yeme anne bak kilo alırsın... Onlar şey yapıyorlar....

Dizginliyorlar bir şekilde...” (K11)

On dördüncü katılımcı ile tez danışmanı arasında geçen konuyla ilgili diyalog aşağıda aktarılmıştır:

(K14) : *“Çünkü ben gerçekten daha kilo almak istemiyorum...*

(A1) : *...Sizin isteğiniz daha mı fazla onlardan?*

(K14) : *Evet, demek, bilmiyorum...Ama ben gerçekten sizin tavsiyeniz kulağıma geliyor... Yani duymak istiyorum... Anlatabiliyor muyum? Yani u... H... Hoca (tez danışmanından bahsediyor) olsa beni böyle yönlendirirdi diye duymak istiyorum arada gerçekten... Hatta hatırlıyorsanız bu şey bittikten sonra görüşebilir miyiz diye ısrarla sormuştum....*

(A1) : *Geldiniz de o zaman...*

(K14) : *Yani o sıralar... Israrla sordum... Çünkü burdan koparsam ben yine kilo alırım...*

(A1) : *O zaman GG etkisi mi diyelim en büyük etkisi...*

(K14) : *Etkisi tabii ki...Yani ben...*

(A1) : *Ama şöyle bir şey de var sizin bir arkadaşınız var oraya gelen sizi motive eden... Peki size başka böyle kilo vermelisin, yapabilirsin diyen yok muydu?*

(K14) : *Ya belki söylüyorlardı ama beni tam anlamıyla motive eden olmadı..."*

On beşinci katılımcı ile tez danışmanı arasında geçen diyalog aşağıda sunulmuştur:

(K15) : *"En büyük etken işte buraya gelmek... Sizin...*

(A1) : *Buraya gelmenin nasıl bir etkisi oluyordu? Takip ediliyor olmak mı?*

(K15) : *Takip ediliyor olmak tabii ki...Birde o altı ay içinde o alışkanlık oldu bunlar bizim için... Biz böyle yaşıycaz daha sağlıklı bizim için... Daha sağlıklı oluruz biz böyle yaşarsak... Bunu kabul ettik... Ben bunu kabul ediyorum ömür boyu artık... Böyle yaşamayı, inşallah hep böyle kalırım... Bu beslenme şekliyle... Bozmam..."*

On altıncı katılımcı ile tez danışmanı arasında geçen diyalog aşağıda sunulmuştur:

(K16) : *Evet, evet...*

(A1) : *Gerekirse elmamı yanıma alıyorum... İşte sadece simit yerine kahvaltıda o zaman peynirimi dilimliyorum burada bunun devamı... Bakın egzersiz devam etmemiş...*

(K16) : *Evet...*

(A1) : *...Ama bunlar ediyor... Neden acaba bunlar ediyor? Bunların devamını sağlayan şey ne? Bunun kontrolünü alabilmişsiniz?*

(K16) : *Evet, evet... Bunun işte insan yaşamındaki önemini öğrendik...*

(A1) : *Hımm... Önem artışı...*

On sekizinci katılımcı ile tez danışmanı arasında geçen diyalog aşağıda sunulmuştur:

(K18) : *Kararlılık diye düşünüyorum. Bir de mutluluk diye düşünüyorum. Bir de emeklerimin boşa gitmemesi diye düşünüyorum. Bence emek de çok önemli... İu şey bence insanlar biraz da tercihlerini kendileri yaparlar... Bana öyle geliyor... Yani ben, nasıl deyim? Sağlıklı bir vücuda sahip olmak daha çok hoşuma gidiyor...*

(A1) : *Bu da sizi motive ediyor ve devamı sağlıyor...*

(K18) : *Tabii ediyor, ediyor... Kesinlikle...*

On dokuzuncu katılımcı ile tez danışmanı arasında geçen diyalog aşağıda sunulmuştur:

(K19) : *Evet, görüşmeler...(Motivasyonunuzu sağlayan neydi sorusuna cevaben)*

(A1) : *Görüşmelerin sürmesi...*

(K19) : *Evet, kesinlikle...*

(A1) : *İu peki şunu öğrenmek istiyorum şu dengeyi ve kahvaltıyı tutturman da o dönemde sana en büyük destek neydi?*

(K19) : *Annemdi, kesinlikle annem...*

4.3.3.5. Grup Görüşmeleri ile İlgili Önerileri

Katılımcıların önerileri alt teması, “süreklilik”, “ulaşılabilirlik”, “GG’ne katılacak olanların benzer özelliklere göre sahip olması”, “GG’nin daha sık aralıklarla düzenlenmesi”, “GG ekibinde bir psikolog bulunması”, “GG’yi düzenleyenlerin rol model olması”, “GG’ye katılanlarla düzenli spor yapılması” kategorilerinden oluşmuştur. Konuyla ilgili alıntılar aşağıda sunulmuştur.

Dördüncü katılımcı ile tez danışmanı arasında geçen diyalog aşağıda aktarılmıştır:

(K4) : *“Ben burda mutluydum hatta daha uzun sürebilirdi.*

(A1) : *Nasıl olsa daha iyi olurdu?...Diye sorayım.*

(K4) : *Hocam belki biraz daha uzun olabilirdi. Biz zaten, yeterince belki uzundu ama... Hani o ortam çok güzeldi...*

(A1) : *Bu devam etseydi diyorsun yani...*

(K4) : *Evet, kesinlikle devam etmesinden yanayım”*

Sekizinci katılımcı ile tez danışmanı arasında geçen diyalog aşağıda aktarılmıştır:

(A1) : *Mesela, evet mekan dediniz yakın olsa o ilk defa siz söylediniz...*

(K8) : *Yani keşke sadece bunun için belki o ASM’ ler gibi yaygın değil de daha böyle hani her bölgede mesela Çukurova’da üç tane, Seyhan’da üç tane böyle sadece onla ilgilenen yerler olsa daha güzel olur...*

(A1) : *Böyle bir sertifikasyon her halde falan olsa daha güvenilir olur...*

(K8) : *İşte hani sadece o konuyla ilgilenen bir merkez olsa... Bir kişiyle çalışsa... Tabii o konuda uzman olan...*

Onuncu katılımcı ile tez danışmanı arasında geçen diyalog aşağıda aktarılmıştır:

(K10) : *...Belki eğitim seviyelerini ayırabilirdiniz gibi geliyor... Bazen çünkü... Çalışmayan, ev hanımı veya işte benzer kilolu olanlar...*

(A1) : *...Çalışmayan.... Benzer...*

(K10) : *...Çok uç kilolu olanlar... Gerçi Ç....’ in bana faydası oldu diyorum ya...*

(GG’de kendisinden daha fazla kilolu olan bir katılımcıdan bahsediyor)

(A1) : *...Aslında...*

(K10) : *...Baktığımızda... Böyle bir şey olabilirdi...*

On üçüncü katılımcının transkriptinden yapılan alıntı aşağıda sunulmuştur:

“...İyi şu sağlıklı yaşam merkezi bence iyi çok iyi bir düşünce... Çünkü orda evin bütün ayakları için içine girecek...İşte egzersiz boyutu da GG de... Belki ihtiyacı olana terapi de, terapi imkanı da sağlayacaksınız... Bilemiyorum... Ama mutlaka psikolojik...Psikolojik destek boyutu için içinde olmalı bence... Mutlaka olmalı... Çünkü insan zaman zaman eee pes edebiliyor... Veya yok ya olmuyacak ben başaramayacağım dediği anlar oluyor... Yılgınlığa düştüğü anlar oluyor. Atalete düşebiliyor en önemlisi... O zaman onu böyle destekleyecek ona yardımcı el olacak birine ihtiyaç duyuyor...” (K13)

“...Evet daha da iyi olurdu belki ama dediğim şekilde işte daha sık olsaydı ve belki hani psikolog desteğiyle olsaydı daha iyi olabilirdi...” (K13)

On beşinci katılımcı ile tez danışmanı arasında, konuyla ilgili, geçen diyalog aşağıda aktarılmıştır:

(K15) : *“Bir de baktık ne güzel incecik bir kadın var karşımızda...(Gülerek,*

tez danışmanından bahsediyor)

(A1) : *Şimdi biraz önce dediniz ya Hanım'ı* (Sorumlu araştırmacıdan bahsediyor) *kilolu görünce hiç yakıştıramadık çalışmaya...*

(K15) : *Evet...*

(A1) : *Örneğin Bey de kiloluydu...*(GG'ye katılan sorumlu araştırmacıdan bahsediyor)

(K15) : *Evet o da kötü örnekti bizim için...*

(A1) : *Olumsuz mu etkiler sizce bu işi yapan kişinin...*

(K15) : *Tabii ki mesela o grup toplantılarında size bakardım örnek alırdım ben sizi, Hanım'la* (GG'ye birlikte katıldığı akrabası) *konusurduk göbeği kötü örnek bizim için... Hani uymamış bu çalışmaya göbekli biri..."*

On altıncı katılımcının transkriptinden yapılan alıntı aşağıda sunulmuştur:

"Tabii, tabii... Yani bizim mesela on beş dakika o şey üzerine hani anlatıyordunuz... İki slaytlarla falan gösteriyor tahtada falan hani biz bu on beş dakkada bu eğitimi alıp akabinde geri kalan kırk beş dakikayı ben sporla değerlendirmek böyle bir uzman yardımıyla eee... Mesela bu sark, sarkmaları hala gideremedim... O bir kere bir stadyumda çalışmamız olmuştu... İki bunları çok sindiremedim. Yani bu konuda hala eksikim olduğunu düşünüyorum..." (K16)

"...Küçük bir spor alanı da ayrılrsa ben böyle daha hani mesela öğle saatlerinde M..... Hoca falan yaptırıyor ama o hurra herkes... Benim belki bu tarz şeylere ihtiyacım yok yani...Böyle daha sakın ve şey yapılan spor istiyorum ben..." (K16)

On sekizinci katılımcı ile tez danışmanı arasında geçen, konuyla ilgili diyalog aşağıda aktarılmıştır:

(K18) : *Aslında sizin yanınızda da bunu söylemek isterim...Eeee ben bu GG'ye geldiğimde siz yürüyüşü önermiştiniz...Çok iyi hatırlıyorum arkadaşım Y....'le öğle arası yürüyelim diye karar vermiştik ve H.... Hanım'ı* (tez danışmanından bahsediyor) *gördüm. Bazı insanlar hani doktorlar der ya işte sigara içmeyin, şöyledir, böyledir ama molalarda gidip sigara içerler... Ama nasıl desem ne kadar etkisi olur? Ama ben sizi gördüğüm o an işte o an...*

(A1) : *Yürürken karşılaşmıştık...*

(K18) : *...Evet o an karar verdim... Ben mesela sizi, ilk bakışta GG'de sadece ben değil diğer arkadaşlar da, çok hoş bir bayansınız... Fiziğinizle hani ee çok*

hoşumuza gittiniz ilk bakışta... Etkileyicisiniz... İu hani sizi de orda görmek, demek ki her şeyin bir bedeli varmış diye düşündüm...

(A1) : *İşe yarıyormuş...*

(K18) : *Hayır, belki sizin yapınız böyle... Doğuştan bazı insanların kalıtsal, genetik... Ama hani genetik böyleyim diye böyle bırakmamışsınız... Gene sağlığınız için çaba gösteriyorsunuz...*

(A1) : *Bu konuda çalışanların fit olması ya da ...*

(K18) : *...O bana çok güven verdi...*

(A1) : *Anladım...*

(K18) : *Yani hani sadece söyledikleriniz değil, davranışlarınız da....*

(A1) : *Yaptıklarınla....*

(K18) : *Hani çocuklar için derler ya anneler siz çocuğunuza yapma, yapma demeyin... Siz kendiniz yapın o görsün... Siz bize onu yaptınız aslında... O da bana çok güven verdi....*

(A1) : *Şey diyebilir miyiz? Bu konuda çalışan kişilerin rol model olması, davranışlarıyla da önemli....*

(K18) : *Kesinlikle, kesinlikle...*

4.3.4. Yaşam Dönüm Noktaları

Katılımcılara yaşam dönüm noktaları sorulduğunda, travmatik yaşam olaylarını dönüm noktası olarak ifade ettikleri gözlenmiştir.

4.3.4.1. Travmatik Yaşam Olaylarının Obezite ve Kilo Verme Çabasına Etkileri

Yaşam dönüm noktaları temasının analizinde, travmatik yaşam olaylarının obezite ve kilo verme çabalarına etkileri alt teması bulunmuştur. Katılımcıların 13'ü yaşam dönüm noktaları sorulduğunda "travmatik yaşam olaylarını dönüm noktası" olarak ifade etmişlerdir. On üç katılımcıdan 12'si travmatik yaşam olaylarını obezite ve kilo verme çabalarıyla ilişkilendirmiş, 1 katılımcı ilişkilendirmemiştir. Bu alt temayla ilgili alıntılar aşağıda sunulmuştur:

"İki yaa kaç günlük ömrüm kaldı bilmiyorum yani mesela hep T....(Bir erkek ismi) geliyor aklıma, kuzenimi kaybedişim...Yani gencecik yaşta hani kuzenim öldü

benim ömrümün ne kadar olduğunu bilmiyorum yiyerek öleyim hani psikolojisi...”
(K1)

İkinci katılımcıyla ilgili transkripte, sorumlu araştırmacı tarafından şu not eklenmiştir: “Katılımcının isteğiyle bazı bölümler kaydedilmedi. Bu bölümlerde katılımcı, A.....’da (bir ülke ismi) kaldığı süre içerisinde babası tarafından fiziksel şiddete maruz kaldığını anlattı. Hatta bu fiziksel şiddetlerin bazılarında hastaneye başvurmak zorunda kalmışlar ve babası düştüğünü söylemesini sağlamış. Bir keresinde sırtında kalın bir sopa kırılıncaya kadar vurmuş...”

Bu katılımcı on iki yaşına kadar büyük annesi ve büyük babasının yanında kalmış. On iki yaşından sonra ebeveynlerinin yanına taşınmış ve kilo sorunları ortaya çıkmaya başlamış. Babası tarafından ruhsal ve fiziksel şiddete maruz kalmış. Babasının söylediği kötü hitapları konuşmak bile istemediğini ifade etti.

İkinci katılımcıyla tez danışmanı arasında geçen, konuyla ilgili diyalog aşağıda aktarılmıştır:

(K2) : *Bir dönem annesiz babasız. Bir dönem işte A...(Bir ülke ismi) macerası. Sonra işte evlenip Türkiye 'ye gelmem...*

(A1) : *Bir şurayı eğer izin verirseniz netleştireyim kaç yıl annesiz babasız A..... 'daydınız (Bir ülke ismi)? Orayı biraz anlatabilir misiniz bana?*

(K2) : *İuh (iç çekerek, sıkıntıyla) tabii hatırlamıyorum. Ben İ.....(Bir şehir ismi) doğumluyum. Üç yaşında iken babam A..... 'ya (bir ülke ismi) gidiyor, beş yaşındayken*

de annem gidiyor. On iki yaşına kadar da babaanne ile dede büyüttü.

(A1) : *İ..... 'da (Bir şehir ismi) mı kaldınız?*

(K2) : *İ..... 'da (Bir şehir ismi) kaldım. On iki yaşındaydım işte beşinci sınıf bitti sonra Almanya 'ya gittim. İşte çocukluk, gençlik dönemim orda geçti.*

(A1) : *Geçti...*

(K2) : *Anneme babama alışmam çok zordu. Çok zorlandım....(Ağlamaya başladı)...*

(K2) : *...Çok özür dilerim... (Ağlamaya devam ediyor. Tez danışmanı katılımcıya kağıt mendil verdi dolabından) A..... 'ya (Bir ülke ismi) gittiğim, İ.....(Bir şehir ismi) 'da on iki yaşına kadar gayet normal, hareketli, civil civil mutlu bir çocukluk yaşadım düşününce şöyle. Ve benim hiç böyle bir şeyi fazla*

yediğimi hatırlamıyorum. Hani o sıkıntı on iki yaşında bilirim hani öyle bir alışkanlığım olsa... Öyle bir şey hiç olmadı... Yaşamadım... Ama A... 'ya (Bir ülke ismi) gittikten sonra her şeyin fazlasını yemeye başladım ben. Biliyorum kendimi ben... Çok fazla yemeye başladım. Yani ama sanki... Yani ama sanki yiyerek mutlu oluyordum sanki bilmiyorum. Bir şeye canım sıkılıyordu dolabı açıyordum kendimi yerken buluyordum. Dışardan çok evde çok yiyordum”

Üçüncü katılımcının eşi tarafından aldatılma ve erkek kardeşini kaybetme travması mevcut. Konuyla ilgili üçüncü katılımcının transkriptinden yapılan alıntı aşağıda sunulmuştur:

“Son dönemde bir eşim, aldatmış olduğu dönem var... Yaa tabii bunlar benim kiloma da yansıdığı için... Tabii ki... İlk aşırı kilo almam o dönemlerde oldu... Hayatımdaki en kötü şeyler onlar mesela abimi kaybettim çok büyük bir acıydı ama eşime olan güvenimin sarsılması, aldatılmak çok daha büyük bir acı.”

(K3)

Altıncı katılımcının flört şiddeti travması mevcut. Transkriptinden yapılan alıntı aşağıda sunulmuştur:

“Yani kendi beni o kadar bastırmıştı ki mesela kendimi ben çok çirkin bulurdum...Şu an...Asla kısa bir şeyler giyemezdim. Mesela şu an yetmiş beş, yetmiş bir kiloyum mesela. Yetmiş beş olduğumda bile ben kendime daha güvenliydim. Giydiğim her şeyi yakıştırırdım. Beş senelik bir ilişkimiz olmuştu...” (Ağlamaya başladı) (K6)

“Yoksa stresli olduğum dönemlerde... Bir dönem ama tamamıyla uyuyordum ve çok yiyordum... Hiç kalkmıyordum... Yatağı zaten televizyonun karşısına taşımışım. Yiyecekleri hep getiriyordum oraya... Kış günüydü...” (K6)

“O dediğim gibi ben psikoterapi, o olay iyi ki olmuş... Bazı şeyler ilişkilerde psikologum bana çok farklı şeyler anlattı mesela onu niye öyle yaptığım bazı hareketlerim. O dönem iyi ki öyle bir şey olmuş. Yoksa ben o yanlışları o yaptığım şeyleri aynı şekilde devam ettirecektim...” (K6)

Onuncu katılımcı, ruhsal travması ile obez ya da kilolu olma durumunu ilişkilendirmemiştir. Onuncu katılımcı ile tez danışmanı arasında geçen diyalog aşağıda sunulmuştur:

(K10) : ...Olumsuz etkileyen var, işte depresyona girmeme neden olan...

(A1) : ...Bahsedebilir misiniz birazcık...

(K10) : *Yani ondan... Şimdi... Çok karışık da hani... İ....' da (Bir şehir ismi) ben zaten yaşadım, büyüdüm, üniversiteyi de en son orda okumuştum... Orda da çalışmaya başladım... Ablamın yanında kalıyordum... İşte eniştemle sıkıntılarımız olmuştu... İuu.... Ondan sonra tabii bu sıkıntı, mesela ne diyelim... Bu sıkıntı daha büyük şeylere sebep olmuştu... Ailelerin böyle, birbirine girebileceği bir sıkıntı... Öyle olunca bir süre sanırım böyle şey yapmıştı, bunaltmıştı beni...*

(A1) : ...Aile içi bir problem oldu...

(K10) : *....Aynen öyle... O mesela beni çok bunaltmıştı... Yani o zaman mesela çok zayıfladığımı hatırlıyorum... Çooook zayıf, hani çok zayıf derken, hayatımda her halde kırk sekiz kırk dokuzları, sanırım orta okulda falan görmüştüm... O kadar düşmüştüm... Yani demek ki demiştim, keyifsizken ya da şeyken... İşte öyle bağdaştırmıştım niyeyse yemek yeme olayını... Keyifliyen yemek yeme olayım daha düzenli oluyor... Keyifsizken yemek yenmiyor...”*

On birinci katılımcının transkriptinden yapılan alıntı ve tez danışmanı ile katılımcı arasında geçen, konuyla ilgili diyalog aşağıda aktarılmıştır:

“...Valla, şunu söyleyim, hayatımın dönüm noktası benim için olumluydu... Bir sene önce psikoloğa gittiğim dönem. Yani geçen bahar dönemi psikoloğa gittim. Benim için orası dönüm noktası oldu. Psikolog... Yani sorunlarımı çözmemde, sorunlarımı görmem de çok faydası oldu... Çünkü kaybolmuştum bir yerlerde, kendi içimde de kaybolmuştum... Onu bulmam gerekiyordu, onu buldum. O benim için dönüm noktası oldu” (K11)

(A1) : *“Hiç böyle bu, mesela az önce söylediniz ya sinirleniyorum eve gidiyorum yiyorum diye... Hiç böyle bunun ilk başladığını hissettiğiniz saha var mı dönem?”*

(K11) : *...Valla yani anladığım kadarıyla... İki bin on yılında başladığını düşünüyorum... İkinci çocuğumu doğurmuştum... Zaten kilom vardı... Bir de onun üzerine kilo gelince... Bu kısır döngüye girmeye başladım... O dönemde başladım... Olumsuzluk, o dönemde başladı, çünkü iki bin on döneminde ben bir yıl boyunca hem büyük kızım, hem küçük kızım vardı... İkisine birden yetmeye çalışıyordum... Eşim bu konuda çok duyarlı değildir... Kısır bir döngünün içinde*

kendimi kaybettim. Kaybettikçe kendini yalnız hissediyorsun... Yalnız hissedince de yiyorsun... Hayatta en sevdiğim şey yemek yemek...”

Aynı katılımcının çocukluktaki ruhsal travması ile yeme davranışlarını ilişkilendirmesi dikkat çekici bulunmuştur. Konuyla ilgili tez danışmanı ile katılımcı arasında geçen diyalog aşağıda aktarılmıştır:

(K11) : *“...Ulaşmak kolay.... O yüzden yemek daha çok... Ama benim uı eskiden beri var...Ben kendimi bildim bileli yemeği severim. Onu da şuna yoruyorum... Madem bu kadar merak ediyorsunuz... Ben ailem de çok ummm nasıl anlatayım... Sevgi, sevdiklerini biliyorum, sevgi gören bir insan değilim... Yani annem beni oturup sarılıp öpmemiştir... Ya da yanıma gelip sevmemiştir... Mesafelidir...”*

(A1) : *Kaç kardeşsiniz...*

(K11) : *Dört kardeşiz, en büyükleri benim... Ve süreç olarak ilk çocuğum ve bir sürü handikapları olmuş bu süreçte...İlk çocuklar genellikle annelerin en tecrübesiz olduğu süreçtir... O yüzden öyle bir iletişimimiz yok... Ondan gelen bir şey olabilir... Yani... Yemeyle dolduruyorsunuz...*

(A1) : *...Anladım...*

(K11) : *Mesela eşinizle kavga ediyorsunuz, kendinizi yalnız hissediyorsunuz yemek yiyorsunuz...Ya da çocuklarla ilgili...Ya da işte bir olumsuzluk oluyor kendi kabuğunuza çekilip yemek yiyorsunuz...”*

On üçüncü katılımcı ile tez danışmanı arasında geçen, konuyla ilgili diyalog, aşağıda aktarılmıştır:

(K13) : *“Tüm hayatım çocukluk da dahil...İuu valla yatılı okuma olabilir...Yatılı okulda... (Katılımcının sesi titremeye başladı ve konuşması yavaşladı) Şartlar çok kötüydü. Ortam çok kötüydü. İu ailem işte arayamadı. Mektuplaşma vardı o dönemde... Sonra ders başarıım düştü... Mesela o benim hayatımda çok önemlidir... İuu ve bu değersizlik duygumun birazcık o dönemden de kaldığını düşünüyorum... İuu bir, çok etkileyen olay beni... Onun dışında...”*

(A1) : *Kaç sene kaldınız?*

(K13) : *Bir sene kaldım...*

(A1) : *...Bunun ilintisi olabilir mi sizce kilonuzla...*

(K13) : *...İu ilintisi şu olabilir... Değersizlik duygusu insanın kendisini sevmemesini getiriyor beraberinde ve kendisine özen göstermemesini getiriyor...*

İuu yani kendine özen göstermediğin zaman saçına da özen göstermiyorsun, cildine de, bedenine de özen göstermiyorsun. Kendine özen göstermediğin zaman çevrendekilere de özen göstermiyorsun... Seni mutlu edecek hayatta tutacak bir şeylere ihtiyacın var... O olmayınca yiyerek mutlu olmaya çalışıyorsun... (Gülerek)”

On beşinci katılımcı ile tez danışmanı arasında geçen, konuyla ilgili diyalog aşağıda aktarılmıştır:

(K15) : *“Yani uu eşimi kaybetmek... Büyük bir acı... Aradan bir kaç yıl geçti babam çok destekti bana... Babamı kaybedince ayrı bir acı oldu bana... Hani en azından telefon açıp soruyordu kızım bir şeye ihtiyacın var mı? Sorduğu zaman hani birkaç defa ben cevap vermedim... Kızım dedi ben öldükten sonra bu soruyu kimse sormuyacak sana dedi... Gerçekten o ikinci... O ilk eşim, sonra babam... Bunlar büyük kayıp...*

(A1) : *Kayıp... Ve kiloyla ilişkilendiriyor musunuz bunu? Mutsuzluğunuzu...*

(K15) : *Tabii, tabii... Onlar gidince zaten...O yüzden, sıkıntıdan...Dönüp dönüp yemek yiyordum... Hıncımı yemekten çıkarıyordum. Şimdi geri getiremeyeceksin onları artık hayatına bak...”*

5.TARTIŞMA

Sağlıklı yaşam tarzı değişikliği oluşturmak amacıyla düzenlenen GG'ye katılan kilolu ve obez kadınların DG'yle incelendiği bu çalışmanın bulguları dört ana temada toplanmıştır. Çalışmanın bulguları bu temaların obezite ve kilo verme çabasına etkileri bağlamında tartışılacaktır.

5.1. Duygu, Düşünce ve Davranış Döngüsünün, Obezite ve Kilo Verme Çabasına Etkisi

Bu temada, **“obezite konusundaki duygu ve düşünceler”** ve **“obezite konusundaki inanışlarının davranışlara etkisi”** alt başlıkları yer almaktadır. Duygu ve düşüncelerin davranışlara etkisi ise **“internal stigmatizasyon–kısıtlanma”** **“kabul görme çabası”** ve **“kısır döngüye girme”** olarak üç grupta kategorize edilmiştir.

Derinlemesine görüşmede katılımcıların obez bireylere yönelik duygu ve düşünceleri irdelendiğinde büyük bir çoğunlukla olumsuz vurgularla karşılaşılmıştır. Pozitif duygular listesinden az sayıda da olsa (rahat, yumuşak, anlayışlı, hoşgörülü, neşeli ve sevgi dolu) seçim yapsalar da altındaki düşünceler incelendiğinde bu duyguyu gerçekte yaşamadıkları sadece öyle yansıtmak zorunda hissettikleri bilgisine ulaşılmıştır. Yani çevre tarafından kabul görmek için duygularını maskeleyen davranış göstermektedirler. Ulaşılan bu bilgi, obezler için toplumumuzdaki bu olumlu yargıların aslında kilo sorunu olan bireylerin kabul görme adına takındıkları personalar olabileceğini düşündürmektedir.

Katılımcılar, normal kilolular için daha çok imrenme duygusunu dillendirmiş ve şanslı olduklarına ilişkin düşünce kodları ön plana çıkmıştır. Katılımcılar kendi obez ya da kilolu olma durumlarını, şanssızlık, genetik yatkınlık, adaletsizlik, cezalandırılma, toplumsal cinsiyet gibi nedenlerden kaynaklandığını ifade etmişlerdir.

Ulaşılan kodlar kategorize edilirken duygu ve düşüncelerin hem sosyal hem de obeziteyle mücadeleye ilişkin alanlardaki davranışları etkilediği bulgusuna ulaşılmıştır. Katılımcıların obezite konusundaki inanışları, obez ya da kilolu olma durumunun değiştirilebilir, kontrol edilebilir olduğu yönünde ise obeziteyle mücadele etme

konusundaki davranışları da olumlu yönde şekillenmektedir. Aynı şekilde obez ya da kilolu olma durumlarıyla ilgili temel inançları olumsuz yönde ise internal stigmatizasyon, kısıtlanma, kabul görme çabası ve kısır döngüye girme davranışlarının ortaya çıktığı gözlenmiştir. Katılımcılar obezite konusundaki olumsuz inanışlarının GG’de verilen SYTD ile ilgili bilgilerle değiştiğini ve bu bilgilerin bazılarını hala kullandıklarını ifade etmişlerdir. Katılımcılar aynı zamanda GG’nin oluşturduğu sosyal ortamda birbirlerinden öğrendikleri bilgilerin ve paylaştıkları deneyimlerin de davranışlarını olumlu etkilediğini belirtmişlerdir.

Katılımcıların bu geribildirimleri sosyal öğrenme kuramıyla açıklanabilir. Julian Rotter bu kuramda, kişinin çevreye verdiği tepkilerin çoğunun bireyin önceki öğrenme deneyimlerine ve yaşam öyküsüne bağlı olduğunu ve öğrenmelerinin çoğunun diğer insanlarla yaşanan sosyal ilişkilerle geliştiğini belirtmiştir. Rotter, 1966 yılında ortaya attığı iç-dış kontrol odağı kavramıyla da kişinin beklentilerinin ortaya çıkan pekiştireçleri nasıl etkilediğini açıklamıştır. Bu kurama göre bazı insanlar pekiştireçlerin kendi yaptıklarına değil kader veya şansa bağlı olduğunu düşünürler (dış kontrol odağı). Bir grup insan ise pekiştireçlerin doğrudan kişinin yaptıklarının bir sonucu olduğuna inanır (iç kontrol odağı). Bireyin davranışlarının nasıl pekiştirildiği kadar bu pekiştirmeyi kendisinin nasıl algıladığı da önemlidir. Dolayısıyla davranışın sonucunda iki birey aynı sonucu yaşasa bile bunu kendi davranışına mı yoksa diğer etkenlere mi bağladığına göre kişinin bilişleri ve sonraki davranışları belirlenecektir. Birey kendi yaptıklarıyla sonuç arasında bir bağlantı olmadığına inanırsa koşullanma ve değişim gerçekleşmez.⁹⁴ Bu işleyiş obez bireylerin obezite etyolojisine ilişkin dış kontrol odaklı ve şansa bağlı düşüncelerinin, onların duygularını etkileyerek çaresizlik hissine kapılmalarını ve kısa sürede sonuca ulaşarak kurtulma çabalarına yönelmelerini açıklayabilir. Yaşam tarzında değişiklik yapmak herkes için zor bir iştir. Yeni bir alışkanlık edinmeye çalışan hastalar sıklıkla işe yarayabilecek sistematik bir yaklaşımdan yoksundurlar. Hastalar beklenen değişiklikleri yapamadıklarında karşılına çıkan önemli engellerin neler olduğunu bulmak yerine kendilerini suçlarlar. Kendini suçlama değişim olasılığı ile ilgili uyumsuz inançları güçlendirir ve değişim için gösterilen çabaları azaltır. Kendini suçlama problemi, obez bireyleri karmaşık yaşam problemlerine “hızlı çözümler” bulma çabalarına itmektir. Yaşam biçimi değişikliklerinde bilişsel davranışçı uygulamalar daha sağlıklı alışkanlıklar

geliştirmedeki zorlukları tanır, normalize eder ve kişilerin kendilerini suçlamak yerine problemin çözümüne odaklanmalarına yardım eder. Bilişsel Davranışçı Terapi duygu, düşünce ve davranış arasındaki ilişki üzerine kurulu bir tedavi yöntemidir. Endişeye yol açan gerçek dışı ve genellikle negatif otomatik düşüncelerin farkındalığının sağlanması yolu ile duygulanımı ve dolayısıyla davranışı değiştirmek olasıdır.^{95,96} Katılımcıların altı ay boyunca katıldıkları GG’de de, amaç belirleme, motivasyonu artırma, zaman yönetimi, kendini izleme, aşamalı görev verme, sorun çözme ve rahatsızlık veren duygular için baş etme becerileri kazandırma, doğru beslenme eğitimi, fiziksel aktivite artırma ve davranış kontratları uygulamaları yer almıştır.

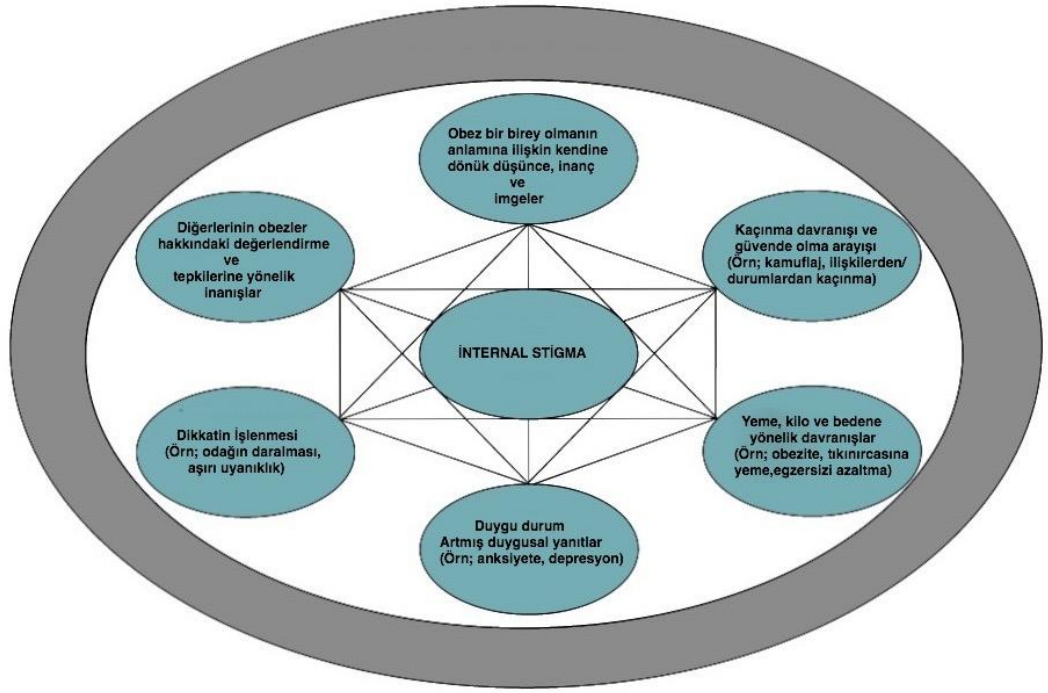
Tollman, Kelly, Rotter, Bandura ve Seligman gibi bilim adamlarıyla klinik psikoloji alanında temelleri atılmaya başlanan bilişsel kuramın, uygulamadaki karşılığını Ellis ve Beck oluşturmuştur. Bu kurama göre erken yaşantısında bir şeye koşullandırılan birey daha sonra farkında olmadan bunları tekrarlamaktadır. İnsanlar deneyimleri üzerine yorum yapma, düşünme potansiyeline sahiptirler. Ellis’e göre; iyileşmenin odak noktası bireyin düşünceleri ve inançları olmalıdır.⁹⁴

Obezite tedavisinde uygulanan bilişsel davranışçı uygulamalarda, kişide soruna neden olan bilişlerin ele alınması ve bu bilişlerin yerine alternatif yeni bilişlerin konması hedeflenir. Obezitenin ortaya çıkışı her nasıl olursa olsun, diğer yeme bozukluklarında karşılaşılan düşünce hataları obezitenin sürdürülmesine katkıda bulunmaktadır.⁹⁷ Çalışmamızın katılımcılarında, obezite ya da kilolu olma durumlarıyla ilgili düşünce hataları olduğu gözlenmiştir. Özellikle, obez ya da kilolu olma durumları nedeniyle kendilerini etiketleme (düşünce hatası) ve bunun davranışlarında kısıtlama yaratmaktadır. Etiketleme ve kendi kendilerini damgalamaları (internal stigmatizasyon) kabul görme çabasına dönüşmektedir. Bireyin toplum tarafından reddedilmesine, kabul görmemesine, aşağı görülmesine ve dışlanmasına sebep olan bir işaret, iz veya etiket olarak tanımlanan stigmanın, katılımcıların hayatlarının çeşitli alanlarında kendilerini kısıtlamalarına yol açtığı anlaşılmıştır.⁹⁸ Obez etiketlemesiyle; “obezlerin giydikleri yakışmaz”, “bedenim utanç verici”, “fikirlerimi söylersem dönüp dolaşıp kilomla ilgili eleştiri konusu olur”, “obezler kendi başlarına karar veremezler”, “obez biri dışarda yemek yerken normal miktarda yese bile insanların ona bakışı farklıdır”, “obez olduğum için benim söylediklerimi kimse dikkate almaz, yanımda başka biri olmalı”,

“obezim kalabalıkta kaybolayım, kimse beni görmesin” gibi düşünce hataları oluşmakta ve davranışlarında da ciddi kısıtlanmalara yol açmaktadır.

Kilolu ya da obez olmayla ilgili stigma; kilolu ve obez bireylere karşı, bu durumlarından dolayı, kalıp yargı, ret, önyargı şeklinde kendini gösteren, olumsuz tutum ve inançlar olarak tarif edilmiştir.⁹⁹ Wott ve Carel tarafından 2010 yılında kilolu ya da obez olmayla ilgili stigma üçe ayrılmıştır; toplumsal, kişilerarası ve içselleştirilmiş. Toplumsal ve kişilerarası stigma external form olarak tanımlanmıştır ve internal stigmanın oluşmasında ve idamesinde önemli rol oynar. İnternal stigma; obez bireyin kendi kendine, olumsuz kalıp yargı ve tutumları ne derecede kabullendiğini tanımlar.¹⁰⁰ İnternal stigma, obeziteyle ilgili olumsuz toplumsal tutum ve inançların, obez bireylerin, kendilerine yönelik öz eleştiriler şeklindeki yansımasının ifadesidir.¹⁰¹ Obeziteyle ilgili external stigma; sosyal, politik ve kişilerarası bağlamdadır. Latner ve arkadaşlarının 2008 yılında yaptığı çalışmada, obez gruplara yönelik stigmanın diğer hedef gruplarınkinden (örneğin homoseksüeller) daha güçlü olduğu bulunmuştur.¹⁰² Stigma, obez bireylerin kişilik özelliklerine de yönelik olabilir. Obez bireylerin, başarısız, akılsız, mutsuz, özensiz, iradesiz ve kendi kendilerini kontrol edemedikleri varsayılır.

Carr ve Friedman 2005 yılında, obez bireylerin, normal bireylerle kıyaslandıklarında, kendilerini oldukları gibi kabullenip memnun olma düzeylerinin düşük olduğunu raporlamışlardır.¹⁰³ Bu durumun, obezite nedeniyle ayrımcılığa uğrayacakları algısıyla ilişkili olabileceği düşünülebilir. Obez bireyler, diğer bireylerin obezleri olumsuz algıladıklarına inandıkları için kendilerini olumsuz değerlendiriyor olabilirler. Fennell ve Jenkins 2004 yılında yaptıkları çalışmalarında; bireylerin kendileriyle ilgili inançları ile diğerlerinin onları nasıl değerlendirdikleriyle ilgili inançları arasındaki etkileşimi vurgulamışlardır. Örneğin obez bireyler; kiloyla ilgili, “Kilomu koruyamadığım için iradesizim” inancını, “Diğerleri benim obez olduğum için çekici olmayan ve kendi kendini disiplinden yoksun olduğumu düşünecekler” inancıyla kombine ederler. Bu durumun bireyin benlik saygısı üzerinde bileşik etkisi olması olasıdır.¹⁰⁴



Şekil 4. İnternal Stigma İçin Formülasyon Modeli

Şekil 4’de sunulan kavramsal model bu çalışmadaki katılımcıların stigmaya ilişkin deneyimleriyle uyumlu bulunmuştur. Derinlemesine görüşmede direkt ve indirekt sorularla, katılımcılara kilolu ya da obez olma durumlarıyla ilgili duygu ve düşünceleri sorulduğunda, literatürle benzer şekilde kendi inanışlarını ve diğerlerine ait olduğunu düşündükleri inanışları ifade ettikleri gözlenmiştir. Bizim çalışmamızda da, katılımcıların, yukardaki internal stigmayla ilgili formülasyon modeline benzer şekilde kendi kendilerini damgaladıkları ve kaçınma, kısıtlanma davranışları geliştirdikleri gözlenmiştir.

Düşünce hataları katılımcıların kısır döngüye girmelerine de neden olabilmektedir. Çalışmamızın bulgularında katılımcıların “ne yapsam boş”, “battı balık yan gider” düşünce hatalarıyla kısır döngüye girdikleri gözlenmiştir. Ayrıca “Pazartesi günü nasıl olsa diyeteye başlayacağım, bugün istediğim her şeyi yiyebilirim” düşüncesi ya da savunma mekanizması da benzer biçimde bir davranış örüntüsüne yol açmaktadır. Özellikle “diyeteye” girme/başlama fikri bir yasaklanma ve arzu çatışması doğurmakta ve yemekle sağlıklı bir ilişkiye yol açmaktadır. Ne yememeliyim düşüncesi bilinci “zıplayan kırmızı topu düşünmemelisin” örneğindeki gibi sürekli kırmızı topun

düşünülmesine yani yemek düşünme saplantısına dönüşmektedir. Bu kaotik çabalar sonucu bir miktar kilo verme başarılsa da her girilen/başlanan “diyetten” sonuç itibariyle çıkıldığında/bitirildiğinde daha kaotik olan kısır bir döngüye düşülmektedir.

Beck’e (2007) göre bu düşünce hataları ya hep ya hiç biçiminde düşünme, geleceği abartılı olumlu görmek, olumsuz geleceği önceden görmek, zihin okuma, kendini kandırma, işlevsel olmayan kurallar, haklı neden ileri sürmek, duygusal çıkarsama, abartılı düşünmedir. Beck’in bu amaçla önerdiği motivasyon artırıcı müdahaleler, kendini izleme, çevrenin uygun biçimde düzenlenmesi, kilo verme amaçlı sağlıklı beslenmeye başlanması, sağlıklı bir beslenmeyle ilgili psiko-eğitim verilmesi, egzersiz yapma konusunda danışanın desteklenmesi, sağlıklı beslenme ve egzersiz programlarına bağlı kalma konusunda kişilere engel olan baltalayıcı düşüncelere karşı koyma gibi girişimleri içeren bir kendine yardım programı bu çalışmada incelenen katılımcıların devam etmiş oldukları GG’lerde de uygulanan yöntemlerdir.¹⁰⁴

5.2. Çevrenin Obezite ve Kilo Verme Çabasına Etkisi

Çevrenin obezite ve kilo verme çabasına etkisi temasının altında, “**eksternal stigma**”, “**kilo sorununa yönelik hitap tercihleri**”, “**sağlık çalışanlarının kilo sorununa yönelik hitapları**”, “**toplumsal cinsiyet ayrımcılığı**” ve “**çevrenin kilo verme çabasına etkisi**” alt temaları bulunmaktadır.

Eksternal Stigma: Çalışmamızda, eksternal stigmanın obezite ve kilo verme çabasını olumsuz yönde etkilediği bulgusuna ulaşılmıştır. Katılımcılardan sekizi bu duruma maruz kaldıklarını ifade etmişlerdir. İki katılımcı, kilolu olma durumlarıyla ilgili bu tarz ifadelerle karşılaşmanın yiyecek tüketimlerini artırdığını belirtmiştir. Bu iki katılımcıdan biri, böyle bir durumla karşılaştığında, markete gidip özellikle kalorisi yüksek gıdalar alıp hepsi bitinceye kadar yediğini ifade etmiştir. Aynı katılımcı, bulunduğu okulda, bir iş yapılması gerektiğinde hocasının özellikle kendisini seçtiğini ve eğer hareket ederse kilo verebileceğini söylediğini anlatmıştır.

Yapılan son kontrollü randomize çalışmalar göstermiştir ki stigma aşırı yemeyi teşvik edebilir. Stigma deneyimleri ile tıknırcasına yeme arasında artırıcı, egzersiz ve diyet yapma arasında azaltıcı bir ilişki vardır.¹⁰⁵ Obeziteyle ilgili stigma, kritik bir sosyal sorun haline gelme eğilimindedir. Vücudundan memnun olmama, kilosundan dolayı başkalarından ve kendinden utanç duyma olağan hale gelmiştir.¹⁰⁶ Stigma raporlarında,

paradoksik olarak, stigmanın, obez bireylerin yiyecek tüketimini arttırdığı göze çarpmaktadır.¹⁰⁷ Stigmanın obezitenin devamına neden olduğu deneysel çalışmalarla da kanıtlanmıştır.¹⁰⁸ Ayrıca, obeziteyle savaşmada kullanılan damgalama kampanyaları etkili değildir ve öz yeterliliği azaltabilir, gıda tüketimini arttırabilirler.¹⁰⁹ Gıda tüketiminin stigma ile arttığına ilişkin kanıt sunan anahtar çalışmalardan birisi de Schvey ve arkadaşları tarafından 2011 yılında yapılmıştır. Rastgele seçilmiş kilolu kadınlara, 10 dakikalık, stigmanın vurgulandığı klipler izletilmiştir. Diğer bir gruba da, nötr yani, obezite ya da kilolu olmayla ilgili stigmanın olmadığı klipler izletilmiştir. İki grup kıyaslandığında, stigmanın vurgulandığı klipler izletilen grubun daha fazla enerji içeren gıda tükettikleri gözlenmiştir. Kilo sorunu olmayan üçüncü gruba kıyaslandıklarında da (bu grup, video klip stigma içerse de içermese de etkilenmemiştir) daha fazla enerji içeren gıda tükettikleri gözlenmiştir.¹¹⁰ İki bin on dört yılında Major ve arkadaşları, bu davranışsal deneyi; bu kez kadın katılımcılara, iş yerinde ayrımcılığa maruz kalan obez bireylerle ilgili bir makalenin okutulması yoluyla, stigmatı indükleyerek yinelemiştir. Stigmanın vurgulandığı makaleyi okuyan grubun, kendilerini kilolu olarak algılayan ve nötr bir makale okutulan gruba göre, kendilerini daha fazla kilolu olarak algıladıkları ve kendilerine sunulan aperatif yiyeceklerden daha fazla (yaklaşık olarak 80 kilokaloriden daha fazla) tükettikleri gözlenmiştir.¹⁰⁸ Stigma mesajlarına maruz kalan kadınların vücut ağırlıkları konusundaki algısı, aşırı yeme ve azalmış kendi kendini kontrolün belirleyicisidir.¹⁰⁵ Stigma bilinci bireysel farklılıklar göstermektedir.¹¹¹ Kilolu olma ile ilgili kimlik tehdidi (stigma), çevredeki bazı uyaranlarla tetiklenebilen durumsal bir tehdittir. Bu çevresel uyaranlar; önemli bir toplantı randevusu, iş görüşmesi, şişmanlarla ilgili bir şaka duymak ya da kilolu bireylerin değerlerinin düşürülmesiyle ilgili örtük ya da açık mesajları olan bir makale okumak olabilir. Major ve arkadaşlarının 2012 yılında yaptıkları bir diğer çalışma da stigmanın olumsuz etkilerinin gözlenmesi açısından dikkat çekicidir. Bu çalışmada da kadın katılımcılarla görüşmeleriyle ilgili bir görüşme yapılmıştır. Kadınların yarısı konuşmanın görüntü olarak kaydedildiğine, diğer yarısı ise ses olarak kayıt edildiğine inandırılmıştır. Kilosu fazla olan kadınların, görüşmenin görüntüsü olarak kaydedildiğine inandıklarında daha fazla strese girdikleri ve görüşme sırasında kan basınçlarının arttığı tespit edilmiştir. Bu katılımcıların bilişsel olarak da performanslarının düştüğü Stroop test (Engle, 2002) ile gösterilmiştir.¹¹² Çalışmamızın

bulgularına literatür bilgisi ışığında bakıldığında, gün geçtikçe artan kiloya yönelik stigmanın obez bireylerin kilo verme çabalarını zorlaştırabileceği ve hatta engelleyebileceği söylenebilir.

Kilo sorununa yönelik hitap tercihleri: Çalışmamızdaki katılımcıların dokuzu kendi kilo durumlarını tanımlarken “obezite” kelimesinin kullanılmasını istemediklerini belirtmişlerdir. Katılımcıların arasındaki dört sağlık çalışanından üçü obezite kelimesini tercih etmediklerini belirtmişlerdir. Bir katılımcı obezite teriminin kendisinde “ümitsizlik, her şeyin olup bittiği, yapılacak bir şey kalmadığı” hissi uyandırdığını ifade etmiştir. Katılımcıların 11’i “kilo fazlalığı” terimini sekizi “sağlıksız kilo” terimini tercih etmiştir. Sekiz katılımcı sözel etiketler listesinden “balık etli” terimini tercih etmiş ve bunlardan biri balık etli teriminin dişilik sembolü olduğunu ifade etmiştir. Sağlık çalışanları tarafından sık kullanılan “vücut kütle indeksi yüksekliği” ifadesinin on katılımcı tarafından da tercih edildiği bulgusuna ulaşılmıştır.

Literatürde hastaların obez olma durumlarını tanımlarken hangi terimlerin kullanılmasını tercih ettiklerinin araştırılması ile ilgili çalışmalar vardır. Wadden ve Didie’nin 2003 yılında yaptıkları çalışmada, bizim çalışmamızdaki bulgulara benzer şekilde obezite, şişmanlık, aşırı şişman ve büyük beden terimlerinin tercih edilmediği gözlenmiştir.¹¹³ Yine Volger ve arkadaşları tarafından 2008-2009 yılları arasında, daha fazla sayıda katılımcıyla yapılan benzer bir çalışmada, Wadden ve Didie’nin çalışmalarının sonuçlarına benzer sonuçlar elde edilmiştir.¹¹⁴ Bu çalışmada da obezite teriminin kullanılmasının istenmemesi önemli bir bulgudur çünkü obezite terimi sağlık çalışanları tarafından kullanılan standart bir terimdir. Hastalar sağlık çalışanlarıyla kıyaslandığında obezite terimini çok farklı algılıyor olabilirler.¹¹⁵ Obezite terimi, toplum tarafından onaylanmama ya da damgalanma olarak algılanıyor olabilir.^{116,117}

Sağlık çalışanlarının obeziteye ilişkin hitapları: Çalışmamızın katılımcılarına, “Kilonuzla ilgili bu güne kadar sizi en kötü etkileyen hitap neydi? Kim tarafından söylenmişti? Biraz anlatabilir misiniz? Bu hitapları kullananlar içinde sağlık personeli var mı?” soruları yöneltilmiştir. Katılımcıların beşi, obezite nedeniyle sağlık çalışanları tarafından incitici davranışlara maruz kaldıklarını ifade etmişlerdir. Özellikle bir katılımcının GG’nin (ikinci ayında kilo vermeye başladığı dönemde) ayağındaki travma nedeniyle başvurduğu bir hastanede uğradığı kiloya yönelik ayrımcılığı ağlayarak paylaşması önemli bir bulgudur. Katılımcı DG’de bu olayın sonrasında markete giderek

yüksek kalorili gıdalar aldığını, bu davranışı günlerce tekrarladığını ve kısa sürede SYTD ile verdiği kiloları geri aldığını belirtmiştir. Diğer katılımcılar da, hekimin hastayla obezite ya da kilolu olma durumu ile ilgili konuşurken tercih ettiği terimler kadar üslubunun da çok önemli olduğunu bildirmişlerdir.

Sabin ve arkadaşları 2012 yılında yaptıkları bir çalışmada, kilolu ya da obez bireylere karşı, tıp doktorlarının, örtük ya da aşıkâr önyargılarını araştırmışlardır. Katılımcıların kendi beyan ettikleri inanç raporlarında, örtük ya da bilinçsiz önyargı ya da inanışların hafızalarında var olduğunu ama genellikle bilinçli değerler ve inançlarından farklı olduğunu tespit etmişlerdir.¹¹⁸ Örtük önyargılar, hiç ayrımcılık niyeti olmayan bireyler arasında bile ayrımcılık davranışını yordamamızı sağlayabilirler.¹¹⁹

Literatürde, hastalarıyla, obezite ve kilolu olma durumuyla ilgili konuşmanın sağlık çalışanları açısından da hassas bir konu olduğu vurgulanmaktadır. Obez bireylere karşı gösterilen önyargı ve ayrımcılık, kaliteli hasta bakımına engel olmaktadır. Önemli kanıtlar göstermektedir ki; obeziteyle ilgili önyargılar, duygusal işlevsellik, kişisel ilişkiler, eğitimle ilgili kazanımlar, istihdam ve sağlık açısından olumsuz sonuçlara neden olmaktadır.¹²⁰ Obezite nedeniyle damgalayıcı bir dil kullanmak ya da obeziteyle ilgili atıfta bulunmak, sağlık hizmetlerinin sunumunda, obeziteyle ilgili zaten mevcut olan önyargılara katkıda bulunabilir.¹²¹ Birçok mesleki, bilimsel ve tıbbi gruplar bu konuda ortak dil kullanma politikasını benimsemişlerdir. Bu durum, hastalıklarla ilgili stigmaları azaltma konusundaki çabaların geniş bir bölümü olarak kabul edilmektedir. Bu standart aynı zamanda bilimsel iletişim için de geçerlidir. Örneğin Amerikan Psikoloji Derneği, araştırmacıların yazılı dil kurallarında, yazarlarına, “insanları ön plana çıkar, rahatsızlıklarını değil” ve “insanları hastalıklarıyla etiketleme” önerisinde bulunmaktadır. Benzer şekilde Amerikan Tıp Derneği Kılavuzunda da yazarlarına şu öneride bulunmaktadır: İnsanları hastalıkları ya da engelleriyle etiketlemekten kaçının. Bireyi ön plana alın. Bireyleri, kurban olarak gösteren ya da çaresizliği çağrıştıran duygusal terimlerle (örneğin; ...ya tutulmuş, ...dan muzdarip, ...ya yakalanmış, sakat) tanımlamaktan kaçının.

Ülkemizde, sağlık çalışanlarının, obez bireylerle görüşmeleri sırasında kullanılabilmesi için bilimsel ortak dille geliştirilmiş bir kılavuz bulunmamaktadır. Ülkemizde, 2010 yılında, Akman ve arkadaşları tarafından, birinci basamaktaki sağlık çalışanları arasında obezite ile ilgili önyargıları ve stigmatizasyonu araştıran bir çalışma

yapılmıştır. Çalışmaya 53'ü doktor, 51'i hemşire olmak üzere toplam 104 birinci basamak sağlık çalışanı katılmıştır. Katılımcılara 24 maddeden oluşan obezite algı ölçeği uygulanmıştır. Bu çalışmaya göre, birinci basamak sağlık çalışanları, obez bireylerle aynı iş yerinde çalışmayı tercih etmiyorlar. Obez bireylerin günlük görevlerini yerine getirme konusunda başarısız olduklarını düşünüyorlar. Katılımcıların %13'ü ilk bakışta obez bireyleri itici bulduklarını ifade ediyorlar. Benzer şekilde obez bir hastaya hizmet vermeyi de tercih etmiyorlar. Katılımcıların % 99'u obez hastalara bakım vermenin daha güç olduğunu düşünüyorlar. Çalışmanın katılımcıları obez hastaların verdikleri kiloları geri alacaklarını ve randevularına vaktinde gelmeyeceklerini düşünüyorlar. Obez hastaların sağlık çalışanlarıyla yeterince koopere olmadıkları düşüncesi de bu çalışmanın bulguları arasında yer alıyor.¹²²

Bizim çalışmamızda ve literatür taramasıyla ulaşılan diğer çalışmalar da göstermiştir ki; obeziteyle mücadele sırasında stigma, obez bireylerin değerlendirilmesi sırasında kullanılan terimler, sağlık çalışanlarının tutumları ve önyargıları çok önemli bir yer tutmaktadır. Obezitenin günümüzde artık bir pandemi olduğu gerçeği göz önünde bulundurularak obez bireylere karşı uygulanan önyargı ve stigmatizasyon konusunda farkındalık yaratmak gerekmektedir. Günlük pratikte kullanılmak üzere bilimsel ortak dil geliştirilmeli ve yaygınlaştırılmalıdır.

Toplumsal cinsiyet ayrımcılığı: Çalışmamızda, obeziteyle ilgili yönetilen tüm sorularda katılımcıların kadın bireyleri düşünerek cevap verdikleri sekizinci katılımcıdan sonra fark edilmiştir. Sekizinci katılımcıdan sonra “obeziteyle ilgili bu soruları sorduğumuzda hangi cinsiyet aklınıza geliyor” sorusu yöneltilmiş ve 12 katılımcıdan sekizi kadın cinsiyeti düşündüğünü ifade etmiş. Katılımcılar, kadınların obez olmasının erkeklerin obez olmasından daha fazla sorun haline getirilmesinin toplumsal bir durum olduğunu ifade etmişlerdir. Ayrıca, DG’de katılımcılar, cinsiyete dayalı iş bölümünün de obez ya da kilolu olma durumlarında etkili olduğunu belirtmişlerdir. Örneğin; yemek yapmak kadının işidir ve toplumumuzda çocuklarının yemeklerinden arta kalanı annenin tüketmesi yaygın bir davranıştır. Katılımcılar, kadınların estetik açıdan iyi görünmek “zorunda” oldukları vurgusunda da bulunmuşlardır. Obezitenin kadınlarda daha yaygın olması nedeniyle obezite denilince akıllarına kadın cinsiyet geldiğini ifade eden katılımcılar da olmuştur.

Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Uluslararası Sözleşmesi'nin birinci maddesinde “kadınlara karşı ayrımcılık” tanımlanmaktadır. Bu sözleşmeye göre; ‘kadınlara karşı ayırım’ deyimini, kadınların medeni durumlarına bakılmaksızın ve kadın ile erkek eşitliğine dayalı olarak politik, ekonomik, sosyal, kültürel, medeni veya diğer sahalardaki insan hakları ve temel özgürlüklerinin tanınmasını, kullanılmasını ve bunlardan yararlanılmasını engelleyen ve ortadan kaldıran veya bunu amaçlayan ve cinsiyete bağlı olarak yapılan herhangi bir ayırım, mahrumiyet veya kısıtlama anlamına gelecektir ^{CEDAW}. Cinsiyete dayalı iş bölümü de, toplumsal cinsiyet ayrımcılığının alt başlıklarından biridir. Bizim çalışmamızda da, özellikle bu konuyu araştırmak için bir soru yöneltilmemiş olmasına rağmen obezite ve toplumsal cinsiyet ayrımcılığı, obezite ve cinsiyete dayalı iş bölümü bulguları ortaya çıkmıştır. GG katılımcılarının tamamının kadın olması veya Türkiye’de kadın cinsiyette obezitenin daha fazla görülüyor olması da bu soruyu yönelttiğimizde kadın cinsiyetin akla gelmesine neden olmuş olabilir.

Literatürde, toplumsal cinsiyet ayrımcılığı ve obeziteyle ilgili çalışmalar bulunmaktadır. Batnitzky 2008 yılında yaptığı çalışmasında, cinsiyet, sosyal sınıf ve ev işleri ile ilgili rollerin obeziteye olan etkisini araştırmıştır. Bu çalışmasında Batnitzky rol teorisinden bahsetmektedir. Buna göre; kadınlar ve erkekler, yaşamlarındaki rolleri gereği farklı yaşam tarzlarına sahiptirler ve bu durumdan sağlıkları da farklı etkilenmektedir. Böylece, Durkheim’ci anlamda; obezite oranları, yaşam tarzı değişiklikleri ile açıklanabilen sosyal gerçekler olarak düşünülebilirler. Yine bu çalışmaya göre; kadınların ev ile ilgili rolleri çocuk yetiştirme ve ev işlerini (temizlik ve yemek hazırlama) içermektedir. Bu rolleri nedeniyle kadınların egzersize ayırabilecek boş zamanları kalmamaktadır. Erkekler için böyle bir zaman kısıtlaması bulunmamaktadır. Yemek hazırlama kadınların ev işleri ile ilgili rollerinin ayrılmaz bir parçasıdır. Kadınlar genellikle yemek hazırlama işi sırasında atıştırırlar ve bu durum onların günlük kalori alımlarını arttırır.¹²³ Ancak evde yemeği kadının yapıp çocukların yiyeceklerinden arta kalanları yeme davranışının bizim kültürümüze özgü olduğu düşünülmüş olup bununla ilgili bilimsel bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Puhl ve King, bir çalışmalarında, kilolu ya da obez kadın ve erkeklerin, bu sebepten ayrımcılığa maruz kaldıklarında bunu farklı biçimlerde deneyimlediklerini belirtmişlerdir. En önemli nokta, kadınların erkeklerden daha düşük kilolarda bile bu damgalanmaya daha fazla maruz kaldıklarıdır. Araştırmalara göre; bu kadınlar eğer

eğitim düzeyleri düşük ve orta yaşlılarsa, erkek akranlarına göre daha fazla ayrımcılığa maruz kalıyorlar. Ayrıca, kadınların ayrımcılık raporlarında da, erkeklerden daha düşük seviyedeki BMI sahip olmalarına rağmen daha fazla damgalandıkları görülmüştür. Örneğin; erkekler BMI' leri %35 ve üzerinde ise kilo nedeniyle damgalanıp ayrımcılığa maruz kalırken, kadınlar BMI'leri %27 ve altında olduğunda bile ayrımcılığa maruz kalmaktadırlar.¹²⁴

Çevrenin kilo verme çabasına etkisi: Çevrenin kilo verme çabalarını nasıl etkilediği alt temasındaki olumsuz etkileri eksternal stigma başlığı altında tartışılmıştır. Eksternal stigma dışında, bir katılımcı, kilolu olma durumlarıyla ilgili iyi niyetle söylenen uyarı ve önerilerin kendilerini olumsuz etkilediklerini ifade etmiştir. Taylor ve arkadaşları tarafından 2012 yılında yapılan bir çalışmada, ailelerin evde ulaşılabilir durumda olsa bile kötü yiyecekler yememelerini hatırlatarak, egzersize yönlendirerek ve sağlık gereksinimleri konusunda konuşarak destek olmayı tercih ettiklerini göstermiştir. Fakat ergenlerin, ebeveynlerinin sundukları destekten daha farklı bir destek istedikleri gözlenmiştir. Ergenler ise tüm ailenin aktif katılımıyla gerçekleşen bir diyetle desteklenmeyi tercih etmişlerdir.¹²⁵

Motivasyonları: Çevrenin olumlu etkileri katılımcıların SYTD davranışlarını uygulama ve sürdürmedeki motivasyonlarıyla ilintili bulunmuştur. Bu bölümde; “sağlık”, “estetik”, “yasaklanmama”, “önerileri uygulamak”, “GG’ye katılmak”, “önem artışı”, “eş/anne desteği”, “çocuklarına rol model olma”, “kayıt tutma”, “sonucun değeri” ve “GG sırasında önerilenlerin mantıklı olması” kategorileri bulunmuştur.

Yedi katılımcı sağlıkla ilgili kaygıları nedeniyle kilo verme konusunda motive olduklarını ifade etmişlerdir. Katılımcıların üçü estetik kaygılarının motivasyonlarını arttırdığını belirtmişlerdir. Dört katılımcı, GG’de, daha önce başvurdukları diyetisyenler tarafından sunulan standart diyet reçeteleri tarzında reçeteler verilmemiş olmasının ve yasaklama olmamasının motivasyonlarını arttırdığını ifade etmişlerdir. Beş katılımcı çevre, eş, çocuklarının desteğinin çok motive edici olduğunu belirtmişlerdir. Altı katılımcı kendilerinin SYTD’i uygulayarak çocuklarına rol model olduklarını ifade etmişlerdir. İki katılımcı GG’ye başlarken zaten motivasyonlarının yüksek olduğunu ve bu yüzden de GG sırasında motivasyonlarının daha da arttığını belirtmişlerdir. GG düzenleyiciler tarafından katılımcıların başlangıçtaki motivasyonlarının farklı derecelerde olabileceğinin bilinmesi önemlidir. Farklı motivasyondaki bireyler grup

dinamiğini ve dolayısıyla grubun başarısını değiştirebilir. Bu yüzden katılımcılardan GG'nin başlangıcında motivasyon düzeylerini puanlamaları istenmiş ancak katılımcılar motivasyon düzeylerine göre gruplandırılmamışlardır. Yapılan başka araştırmalarda da obeziteyle mücadelede motivasyonu artırıcı etkenler, bizim çalışmamızın bulgularına benzerdir. Russell ve arkadaşları tarafından 2013 yılında yapılan bir çalışmada, özellikle kronik hastalıklarla mücadelede önemli bir yeri olan davranış değişikliğinde engeller ve kolaylaştırıcı faktörler araştırılmıştır. Araştırmanın sonunda, “aile desteği”, “rol model olma”, “sağlık”, “grup desteği” gibi faktörlerin ön plana çıktığı gözlenmiştir.¹²⁶ Chang ve arkadaşları tarafından 2008 yılında yapılan bir başka çalışmada da kilolu ve obez annelerdeki motive edici ve engelleyici faktörler araştırılmıştır. Bizim çalışmamızda katılımcıların on dördü de annedir. Bu çalışmanın sonuçlarında da, motive eden faktörlerde estetik, rol model olma ve sağlıkla ilgili kaygıları benzer olarak yer almaktadır.¹²⁷

5.3. Grup Görüşmeleri ile İlgili Deneyimleri

Çalışmamızda, GG ile ilgili deneyimleri temasının alt temalarında, **“olumlu etkiler”**, **“olumsuz etkiler”**, **“sürdürülebilir SYTD”**, **“motivasyonları”**, **“önerileri”** bulunmaktadır. Çalışmanın bulgularında; katılımcılara GG'nin etkileri sorulduğunda, 17 katılımcı olumlu etkilendiklerini bildirirken, iki katılımcı olumlu ya da olumsuz yorum yapmamışlardır. Beklentisi “psikoanalitik grup terapisi” olan bir katılımcı ise beklentisi karşılanmadığı için etkisiz olduğunu ifade etmiştir. GG'nin etkisiz olduğunu ifade eden katılımcının, altı aylık GG sonunda kilosunun %7'sini verdiği anlaşılmıştır. Özellikle Amerika Birleşik Devletlerinde birinci basamakta bire bir görüşmelerin bir alternatif olarak uygulanan (diğer adıyla “paylaşılan tıbbi görüşme – shared medical appointment”) GG'nin ülkemizde yaygın olmaması nedeni ile katılımcıların bilgi eksikliğinin olabileceği ve farklı beklentilerin bu nedenle gelişebileceği düşünülmüştür. Bu bulgu bize, katılımcılara, GG'ye başlamadan önce verilen bilgilendirmenin anlaşıldığından emin olunması gerektiğini düşündürmüştür. Ayrıca GG de davranış değişikliği çalışmaları yapıldı için katılımcıların genellikle düşünme ya da hazırlık aşamasında başvurdukları ve GG sırasında eylem aşamasına geçtikleri bilgisi GG'yi düzenleyenlerce akılda tutulmalıdır. Katılımcılar değişim modelinin farklı aşamalarında

da bulunabilirler. Uygulama sırasında katılımcıların farklı aşamalarda olabileceği göz önünde bulundurularak hareket edilmelidir.

Olumlu etkilerde; “beslenme”, “egzersiz”, “alışveriş”, “bilgi eksikliğinin giderilmesi”, “motivasyon” ve “varoluşsal iyilik hali” kategorileri analiz edilmiştir. Altı katılımcı GG’nin olumlu etkilerini ifade ederken “hayata bakış açılarının” değiştiği şeklinde ifadeler kullanmışlardır.

Beslenmeyle ilgili olumlu değişikliklerde, katılımcılar GG sırasında özellikle dengeli beslenme, öğün atlamama, besinlerin karbonhidrat, protein, yağ içerikleri, glisemik indeks, porsiyon hesabı ve sağlıklı pişirme biçimleri konusunda bilgi eksiklikleri olduğunu fark ettiklerini ifade etmişlerdir. Genel kanaatleri bu konular hakkında bilgi sahibi oldukları yönünde olmasına rağmen GG sırasında, beslenme ile ilgili çok fazla bilgi kirliliği olduğunu fark etmeleri dikkat çekici bulunmuştur. GG düzenleyicileri tarafından, basit, herkesin bildiği, genel geçer olduğu düşünülen bilgiler konusunda eksiklikler olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. GG sırasında öncelikle bu tür bilgi eksikliklerinin giderilmesi sağlanmalıdır. Çalışmamızın katılımcılarının da vurguladığı gibi “doğru olduğunu düşündükleri yanlışlar” giderildikten sonra obeziteyle mücadele davranışlarında olumlu değişiklikler meydana gelmiştir.

Aynı durum katılımcıların egzersiz konusundaki bilgileri için de geçerlidir. Katılımcıların hepsi doğru nabız aralığında egzersiz yapmanın kilo kontrolü konusundaki etkisini bilmediklerini söylemişlerdir. DG sırasında bazı katılımcılarında ifade ettikleri gibi, egzersiz konusundaki yaygın inanış ancak çok ağır egzersizlerle etkili kilo kontrolü sağlanabileceği yönündedir. Bu durum obez bireylerin ağır egzersiz yapmaya çalışmalarına, bu nedenle umutsuzluk, beceriksizlik duygularına kapılmalarına, sakatlanmaya ve sonuç olarak aktif yaşamı sürdüremeyerek kısır döngüye girmelerine neden olmaktadır.

Çalışmanın bulgularına göre, GG sırasında meydana gelen değişikliklerin en önemlilerinden biri de gıda alış verişleriyle ilgilidir. Katılımcılar GG’de verilen eğitimlerden sonra, gıdaların üzerindeki etiketleri okuma, katkı maddeleri içeren gıdalardan uzak durma, yüksek kalorili içecekleri evde bulundurmama şeklinde davranışlarını değiştirdiklerini ifade etmişlerdir. Beslenmeyle ilgili katılımcıların ifade ettikleri bir diğer konu öğün atlamama ve gıdaya ulaşma konusundaki güçlükleri

ortadan kaldıracılamak için hazırlık yapmalarıdır. Katılımcılar GG'den sonra, sağlıklı beslenme için önceden öğünlerini planladıklarını ve gıdaya ulaşma konusunda sorun yaşadıklarında ara öğünlerini yanlarında götürdüklerini ifade etmişlerdir.

Peyrot ve Rubin'in 2007 yılında davranış değişikliği için yapılandıkları kavramsal çerçevede sorun çözme becerisi için proaktif ve reaktif olma kavramları açıklanmaktadır.¹²⁸ Belirlenen engellerin değişimi başarmayı neden ve nasıl engellediğini belirlemek sorunu çözerken kullanılacak stratejiyi belirlemeyi kolaylaştırır. Hastaların istenen değişikliği yapmak için neler yapabilecekleri ve alternatifleri sorularak düşünmesi engelleri aşmak için proaktif (engelleri ortadan kaldırmak için önceden çalışma) ve reaktif (engeller beklenmedik bir şekilde karşısına çıkarsa neler yapılacağını belirleme) olma stratejilerini içerir. Bu nedenle katılımcıların engelleri için stratejiler tanımlamış olmaları davranış değişikliği açısından önemli bir bulgu olarak değerlendirilebilir.

Katılımcılar, GG sırasında verilen sosyal sorun çözme eğitiminin de davranışlarını olumlu etkilediğini ifade etmişlerdir. Bilişsel davranışçı uygulamalardan biri olan sosyal sorun çözme beceri eğitimi, aile hekimlerinin birinci basamakta birçok psikososyal sorunun yönetiminde kullanabilecekleri etkili bir yöntemdir. Sorun çözme, bilinçli, akılcı, çaba gerektiren ve amaç yönelimli bir etkinliktir. Bir sorunun çözümlenebilmesinde sorun çözme becerilerinin yüksek olması kadar bireyin karşılaştığı sorunu kendi sorumluluk alanı içinde görmesi de önemlidir. Bireyin karşılaştığı sorunların kaynağını nelere ve kimlere atfettiği nasıl baş edeceğine karar vermesinde etkilidir. Eğer birey sorunu değerlendirirken sorunun oluşumunda ve çözümünde kendi katkısı olmadığını düşünmüyorsa sorunu çözmeye de kalkışmamaktadır. Sosyal sorun çözme beceri eğitimlerinde danışanların etkili birer sorun çözücü olabilmeleri için işlevsel olmayan algılama ve sorun çözme tarzlarının (soruna olumsuz yönelme ve dikkatsiz/dürtüsel tarz ve kaçınan tarz) yerine işlevsel bakış açısı ve sorun çözme tarzı (soruna olumlu yönelme ve rasyonel sorun çözme tarzı gibi) kazanabilmelerine yönelik uygulamalar yapılmaktadır.^{129,130} Öfke kontrolü ve dürtü kontrolünün anlatılması katılımcıların SYTD'yi uygulamasını kolaylaştırmıştır. Altı katılımcı, GG'de kazandıkları bu becerileri sosyal yaşamlarında da kullandıklarını ve hayata bakış açılarının değiştiğini ifade etmişlerdir. Obeziteyle mücadele sadece hazır diyet reçeteleri ve egzersizden ibaret değildir. DG'nin bulguları göstermiştir ki; her bir

bireyin obezite ya da kilolu olmayla ilgili deneyimi ve karşılaştıkları güçlükler kendine özgüdür. Bireylerin sosyal yaşamlarındaki güçlükler de göz önünde bulundurularak GG'nin içeriği buna göre yapılandırılmalıdır. Katılımcıların bilgi eksikliklerinin giderilip sosyal sorun çözme becerilerinin geliştirilmesi, aile hekimliğinin hastanın güçlendirilmesi ilkesiyle de örtüşmektedir.

Katılımcılar GG'nin olumlu etkilerinde beslenme, egzersiz ve alışveriş konusundaki farkındalıklarının da arttığını ifade etmişlerdir. GG sırasında, gıdaların yavaş tüketilmesi, yemek yenilen ortamın sağlıklı hale getirilmesi, davranış değişikliklerini hatırlatıcılar konusunda da bilgiler verilmiştir. Ancak farkındalık temelli terapi yaklaşımlarını esas alan bir girişimde bulunulmamıştır. Buna rağmen katılımcıların farkındalıklarının arttığını olumlu etkilerde ifade etmeleri, GG'de farkındalık temelli terapilerin yapılandırılabilirliğini düşündürmüştür. Terapötik bir müdahale olarak farkındalığın pek çok uygulaması bulunmakla birlikte, ülkemizde çalışmakta olan klinisyenler tarafından farkındalık kavramı az bilinmektedir.¹³¹ Farkındalık (mindfulness); kabullenmeyle ve yargılamayan bir tutumla, dikkatini anlık yaşantılara yöneltmeyi ifade etmektedir. Günümüzde, farkındalık temelli terapi uygulamaları, anksiyete depresyon, bağımlılıklar, yeme bozuklukları, tıbbi rahatsızlıklara bağlı olarak oluşan stress ve sınır kişilik bozukluğu gibi bir çok psikolojik sorunda kullanılmaktadır.¹³² Obezitenin psikolojik boyutu da göz önünde bulundurulduğunda belki daha sonraki GG'de farkındalık temelli terapi yaklaşımlarından faydalanılabilir. Farkındalık temelli terapi yaklaşımlarından ilki Jon-Kabatt Zinn tarafından uygulanmıştır. Jon-Kabatt Zinn'in uyguladığı terapi, Farkındalık Temelli Stres Azaltımı Programı olup grup terapisi şeklinde uygulanmıştır ve çalışmalar yoğun olarak farkındalık meditasyonunu içermektedir.¹³¹ Sojcher ve arkadaşları 2012 yılında yayınladıkları çalışmalarının sonuçlarında; farkındalık temelli stres azaltma ve farkındalık temelli bilişsel terapinin, stres, anksiyete, depresyon ve obezite ve tıknircasına yeme ile ilişkili olabilen diğer psikolojik faktörleri azaltmada etkili olduğunu ifade etmişlerdir. Obezite tedavisinin davranışsal bileşeni için faydalı ve ümit vaat eden bir terapi yöntemi olduğu görüşlerini ileri sürmüşlerdir. Farkındalık terapisinin grup ortamında gerçekleştirilebileceğini, eğitimlerden sonra bireysel olarak uygulanabileceğini ve aynı zamanda maliyet etkin olabileceğini vurgulamışlardır.¹³³

GG sırasında daha önce de belirtildiği gibi katılımcılara, motivasyonel görüşme, bilişsel ve davranışçı yöntemlerle sağlıklı yaşam tarzı değişikliği oluşturulmaya çalışılmıştır. GG'yle ilgili olumlu değişiklikler sorulduğunda katılımcılar, özellikle bu tedaviden fayda gördüklerini ifade etmişlerdir. Bu konuyla ilgili, 2005 yılında Sertöz ve Mete tarafından ülkemizde yapılan bir çalışma mevcuttur. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde yapılan bu çalışmada, obezite tedavisi için sekiz hafta boyunca katılımcılara bilişsel davranışçı grup terapisi uygulanmıştır. Sekiz oturumun sonunda katılımcıların kilo verme, yaşam kalitesi ve psikopatolojiye etkileri incelenmiştir. Bilişsel davranışçı grup terapisi ile kilo verme, psikiyatrik semptomlarda gerileme ve ağrının azalması açısından başarı sağlanmıştır.¹³⁴

Bulgularda, olumlu etkilerdeki son başlık “varoluşsal iyilik halidir”. Varoluşsal yaklaşım, insanın varoluşundan kaynaklı ve kaçınılmaz parçası olan kaygılarını ayırt etmesi ve yüzleşmesinden doğan içsel çatışmaya bakışı simgeler.^{135,136} Varoluşsal iyilik; anlam ve amaç, güvenli ve dengeli kimlik ve ait olma duygusunu içerir.⁵⁰ Bu durum GG sırasında hekim ve katılımcılar arasında, varoluşsal sorunları anlayan “iyileştirici” bir hekim-hasta ilişkisi kurulduğunu düşündürmüştür.

“İyileştirici ilişki modeli”, hastalar ve hekimlerle görüşmeler yapıp, bu görüşmelerin kalitatif analiziyle gerçekleştirilmiştir. İlk olarak Pellegrino ve Thomasma'nın etik ve felsefi çalışmalarıyla keşfedilmiştir. Bu model daha sonra Martin Buber'in “tıbbi iyileştirici ilişkilerin doğası”yla ilgili felsefi çalışmasına bağlanıp deneysel olarak türetilmiş bir modeldir. Hasta-hekim iyileştirici ilişki modelinde, Buber'in “Sen-Ben İlişkisi” diye isimlendirdiği özel bir form bulunmaktadır ki diyalog ve karşılıklılık durumunu içerir. İyileştirici ilişki modeli, hastayla hekim arasında bu tür bir ilişkinin geliştirilip sürdürülebilmesi için üç yöntemin gerekliliğini belirler: değer vermek, takdir etmenin gücü ve süreklilik. Bu üç yöntem de üç ilişkisel sonuca yol açar: güven, umut ve kabul edilen olma.¹³⁷

GG sırasında, bu iyileştirici hasta-hekim ilişkisinin kurulmuş olması tez danışmanının, katılımcıların gereksinim duyması halinde, bireysel görüşmeler de yapmış olması nedeniyle olabilir. Mevcut koşullarda yapılan araştırmada GG ve varoluşsal iyilik hali ile ilgili yapılmış bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak çalışmamızda altı katılımcının bu durumu vurgulaması önemli bulunmuştur. Obezite gibi kronik hastalıklarla mücadelede aile hekimlerine bütüncül yaklaşımın önemini

hatırlatma açısından da yol gösterici olabilir.

Olumsuz etkilerde; “GG’nin sıklığının az olması”, “kişisel sorunların (detay) paylaşılması ya da paylaşılamaması”, “kıyaslama”, “katılımcıların sosyodemografik özellikleri nedeniyle kendi aralarında ayrımcılık” ve “GG’ye erişimin güç olması” ve “sürekliliğinin olmaması” kategorileri mevcuttur.

Sekiz grup görüşmesinin ilk ikisi iki hafta, sonraki ikisi üç hafta ve diğerleri dört hafta ara ile olacak şekilde planlanmıştır. Bizim çalışmamızda katılımcılar, GG’nin sıklığının az olduğunu ve bunun motivasyonları açısından olumsuz etki oluşturduğunu, haftada bir kez düzenlenen GG’nin daha etkili olacağını düşündüklerini ifade etmişlerdir. Katılımcılar, ayrıca GG’nin sürekliliğinin olmamasının da olumsuz etkileri olduğunu, SYTD’yi sürdürmeye çalışırken bazen motivasyonel desteğe ihtiyaç duyduklarını belirtmişlerdir. Daha önce de bahsedildiği gibi ülkemizde yapılan benzer bir çalışmada da sekiz haftalık grup görüşmeleri haftada bir oturum şeklinde düzenlenmiştir ve sonuçları başarılıdır.¹³⁴ Yapılan çalışmalarda GG oturumlarının uzunluğu ve sıklığının ihtiyaca göre değişebileceği belirtilmiştir. Görüşmeler risk durumlarına göre haftalık, aylık ya da üç aylık olarak planlanabilir. Baş ağrısı klinikleri gibi yüksek riskli gruplarda haftada bir, kronik bakım veren kliniklerde üç ayda bir düzenlenebilir. Programlar bir dönem ya da birkaç yıl sürebilir.¹³⁸

Katılımcılardan biri DG’de, resmi ilan edilmemiş ilişki nedeniyle GG sırasında, ifade kısıtlılığı yaşadığını söylemiştir. Bu tür farklı sorunları olan katılımcıların olabileceği akılda tutulmalıdır. Aynı zamanda GG sırasında fazla detay paylaşan, fazla konuşkan katılımcılardan rahatsız olduğu da ifade edilmiştir. Bu durumda GG’yi düzenleyen eğiticilerin, katılımcı tipleri ve bu tip katılımcılarla nasıl baş edecekleri konusunda eğitilmiş ve tecrübeli olması gerekmektedir.

Katılımcılar GG’ye ulaşmanın zor olmasının da olumsuz etkilerden biri olduğunu ifade etmişlerdir. Bunun sebebi GG’nin ülkemizde yaygın olmaması ve çalışmanın yapıldığı il sınırları içinde sadece üniversitede yapılmış olması olabilir.

Olumsuz etkiler alt temasının iki kategorisi; kıyaslama ve katılımcıların sosyodemografik özellikleri nedeniyle kendi aralarında ayrımcılıktır. DG sırasında, GG düzenleyicileri tarafından katılımcılardan özellikle tartışılmaları istenmesine rağmen katılımcıların GG’nin düzenleyicilerinin bilgisi dışında tartışıldıkları ve bunu birbirleriyle

paylaşıp kıyaslama yaptıkları bilgisine ulaşılmıştır. Bir diğer ilgi çekici bulgu da katılımcıların eğitim düzeyleri, sosyo ekonomik durumları düşük olanlarla aynı grupta olmaktan memnuniyetsiz olmalarıdır. Bir katılımcının gruptaki diğerlerine göre kilosu daha fazla olan bir bireyden olumsuz etkilendiğini söyleyip daha sonra düşününce aslında o katılımcıdan çok şey öğrendiğini fark ediyorum şeklinde ifadeler kullanmasıdır. Diğer katılımcılardan eğitim seviyesi ve sosyo ekonomik düzeyi düşük olan iki katılımcının GG’de öğretilenleri hayatlarına geçirebilmeleri ve SYTD’yi başarıyla uygulayabilmeleri grup için itici güç oluşturmuştur. Tüm bunlar “grup dinamiği” kavramıyla açıklanabilir. Grup dinamiği “grubun herhangi bir kısmında ortaya çıkan değişimlerin grup üyeleri üzerinde ve grubun yapısında meydana getirdiği etki ve tepkileri” ifade etmektedir.¹³⁸ Grup süreçleri ve etkileşimleri üzerine çalışan sosyal bilimcilerin grup dinamikleri konusuna odaklanmalarında, Kurt Lewin’in öncü çalışmaları önemli rol oynamıştır. Lewin, grupların bireyleri ve toplumu etkileme gücüne sahip, dinamik ve güçlü varlıklar olduklarına inanmıştır.¹⁴⁰ GG yöneticileri tarafından grup dinamiği kavramının akılda tutulması hem katılımcılar hem de yöneticiler açısından faydalı olacaktır.

Sürdürülebilir SYTD’de; bu alt temada “sorun çözme becerileri, doğru beslenme ve egzersiz ile ilgili bilgi”, “dengeli beslenme”, “alışveriş” ve “egzersiz” kategorileri bulunmuştur. Katılımcılar genellikle doğru ve dengeli beslenme ile ilgili alışkanlıklarını devam ettirdiklerini ifade etmişlerdir. Sürdüremedikleri SYTD’de genellikle egzersiz alışkanlıkları bulunmaktadır. Bunun bilinmesi GG sırasında egzersiz eğitimine verilen önemin artırılması ve egzersiz konusundaki pekiştiricilerin daha fazla olmasını sağlayabilir.

Motivasyonları; alt temasında “sağlık”, “estetik”, “yasaklanmama”, “önerileri uygulamak”, “GG’ye katılmak”, “önem artışı”, “eş/anne desteği”, “çocuklarına rol model olma”, “kayıt tutma”, “sonucun değeri” ve “GG sırasında önerilenlerin mantıklı olması” kategorileri bulunmuştur.

Yedi katılımcı sağlıkla ilgili kaygıları nedeniyle kilo verme konusunda motive olduklarını ifade etmişlerdir. Katılımcıların 3’ü estetik kaygılarının motivasyonlarını arttırdığını belirtmişlerdir. Dört katılımcı, GG’de, daha önce başvurdukları diyetisyenler tarafından sunulan standart diyet reçeteleri tarzında reçeteler verilmemiş olmasının ve yasaklama olmamasının motivasyonlarını arttırdığını ifade etmişlerdir. Beş katılımcı

çevre, eş, çocuklarının desteğinin çok motive edici olduğunu belirtmişlerdir. Altı katılımcı kendilerinin SYTD’i uygulayarak çocuklarına rol model olduklarını ifade etmişlerdir. İki katılımcı GG’ye başlarken zaten motivasyonlarının yüksek olduğunu ve bu yüzden de GG sırasında motivasyonlarının daha da arttığını belirtmişlerdir. GG düzenleyiciler tarafından katılımcıların başlangıçtaki motivasyonlarının farklı derecelerde olabileceğinin bilinmesi önemlidir. Farklı motivasyondaki bireyler grup dinamiğini ve dolayısıyla grubun başarısını değiştirebilir. Bu yüzden katılımcılardan GG’nin başlangıcında motivasyon düzeylerini puanlamaları istenmiş ancak katılımcılar motivasyon düzeylerine göre gruplandırılmamışlardır. Yapılan başka araştırmalarda da obeziteyle mücadelede motivasyonu arttırıcı etkenler, bizim çalışmamızın bulgularına benzerdir. Russell ve arkadaşları tarafından 2013 yılında yapılan bir çalışmada, özellikle kronik hastalıklarla mücadelede önemli bir yeri olan davranış değişikliğinde engeller ve kolaylaştırıcı faktörler araştırılmıştır. Araştırmanın sonunda, “aile desteği”, “rol model olma”, “sağlık”, “grup desteği” gibi faktörlerin ön plana çıktığı gözlenmiştir.¹²⁶ Chang ve arkadaşları tarafından 2008 yılında yapılan bir başka çalışmada da kilolu ve obez annelerdeki motive edici ve engelleyici faktörler araştırılmıştır. Bizim çalışmamızda katılımcıların on dördü de annedir. Bu çalışmanın sonuçlarında da, motive eden faktörlerde estetik, rol model olma ve sağlıkla ilgili kaygıları yer almaktadır.¹²⁷

Önerileri; alt teması, “süreklilik”, “ulaşılabilirlik”, “GG’ne katılacak olanların benzer özelliklere göre sahip olması”, “GG’nin daha sık aralıklarla düzenlenmesi”, “GG ekibinde bir psikolog bulunması”, “GG’yi düzenleyenlerin rol model olması”, “GG’ye katılanlarla düzenli spor yapılması” kategorilerinden oluşmuştur.

Obezite kronik bir hastalıktır ve tüm kronik hastalıklar gibi takibi süreklilik gerektirir. Katılımcılar da önerilerinde sürekliliği vurgulamışlardır.

GG’nin düzenlendiği Çukurova Üniversitesi bazı katılımcılar için ulaşılması zor bir yerdedir. Katılımcılar ASM’ler (Aile Sağlığı Merkezleri) gibi bireylerin daha rahat ulaşabilecekleri mekanlarda GG’nin düzenlenebileceği önerisinde bulunmuşlardır.

Katılımcılar GG’ne katılacak bireylerin benzer özelliklere sahip olmasının daha iyi olacağı önerisinde bulunmuşlardır ama transkriptlerin analizi sırasında araştırmacılar tarafından fark edildiği üzere bu farklılıklar aslında grup içinde hedefe ulaşmada itici güç oluşturmuştur. Diğer taraftan, katılımcıların kendileri de, obeziteyle mücadele

konusunda birbirlerinin tecrübelerinden çok farklı bilgiler edindiklerini ifade etmişlerdir. Grubun homojen yapıda olmaması belki de grup dinamiğinin gelişmesine katkıda bulunmuş olabilir.

Daha önce de tartışıldığı gibi katılımcılar “GG’nin daha sık aralıklarla düzenlenmesi” konusunda da öneride bulunmuşlardır. Bu başlık olumsuz etkilerde de tartışılmıştır. GG’nin sıklığı ihtiyaca göre haftalık, aylık ya da iki üç ayda bir şeklinde belirlenebilir.¹³⁸

Son olarak, katılımcılar, “GG ekibinde bir psikolog bulunması”, “GG’yi düzenleyenlerin rol model olması”, “GG’ye katılanlarla düzenli spor yapılması” önerilerinde bulunmuşlardır. GG ekibinde davranış terapistinin bulunması tıbbi literatürde de önerilmektedir. GG’ye katılanlarla düzenli egzersiz yapılması bizim çalışmamızda geliştirilmesi gerekenler olarak değerlendirilmiştir.

5.4. Yaşam Dönüm Noktaları

Bu temanın bir tek “Travmatik Yaşam Olaylarının Obezite ve Kilo Verme Çabasına Etkileri” alt teması bulunmaktadır. Yaşam dönüm noktaları temasının analizinde, travmatik yaşam olaylarının obezite ve kilo verme çabalarına etkileri alt teması bulunmuştur. Katılımcıların 13’ü yaşam dönüm noktaları sorulduğunda “travmatik yaşam olaylarını dönüm noktası” olarak ifade etmişlerdir. On üç katılımcıdan 12’si travmatik yaşam olaylarını obezite ve kilo verme çabalarıyla ilişkilendirmiş, bir katılımcı ilişkilendirmemiştir. DG sırasında iki katılımcının daha önce depresyon teşhisiyle tedavi aldıkları öğrenilmiştir. Dört katılımcı hayatlarının bir döneminde psikoterapi aldıklarını ve bir katılımcıda onlu yaşlarında intihar girişiminde bulunduğunu ifade etmiştir. Bu bulgular göstermektedir ki, obez ve kilolular için düzenlenen GG’de başlamadan önce katılımcılara duygu durumuyla ilgili bilgi verebilecek ölçekler uygulanmalıdır. Ayrıca diğer yeme bozuklukları da akılda tutulmalı ve gerekirse yeme tutumuyla (bağımlılık) ilgili ölçekler de uygulanmalıdır. Obez bireylerde anksiyete ve depresyon gibi psikiyatrik rahatsızlıkların prevalansının arttığı bilinmektedir.⁵ Son yıllarda yapılan çalışmalar, çocukluk ve adolesan dönemde travmatik olaylara maruz kalmanın, erişkin dönem obezitesi için de bir risk faktörü olduğunu göstermektedir.¹⁴¹ Grilo ve arkadaşlarının 145 obez hastayla yaptıkları çocukluk çağı travmalarını sorgulayan çalışmalarında, %89’unun bir alanda kötü muamele ile karşılaştıklarını saptamışlardır. Ayrıca hastaların %59’unun duygusal

istismara, %36'sının fiziksel istismara, %30'unun cinsel istismara, %69'unun duygusal ihmale, %49'unun fiziksel ihmale maruz kaldıklarını belirlemişlerdir.¹⁴²

1.5. Çalışmanın Güçlü Yanları ve Kısıtlılıkları

Bu çalışmanın en güçlü yanı katılımcıların kendi öykülerini ve özgün bakış açılarını yansıtmalarına olanak tanıyan niteliksel yöntemidir. Tüm katılımcıların kadın olması çalışmanın temel kısıtlılığını oluşturmaktadır. Bu durum çalışmanın bulgularının genellenebilirliğini kısıtlaya da; nitel çalışmaların amacı, bulguların genel popülasyona yansıtılabilmesi değil belli bir konuda ve özel bir gruba ait anlamlara ve görece gerçeklere derinlemesine bir bakış sunmaktır. Araştırmacıların tümünün kadın olması bazı bulgularının tek taraflı yorumlanmasına neden olmuş olabilir. Bununla beraber araştırmacıların katılımcılarla aynı cinsiyetten olması kadın dünyasına bakışı ve paylaşılan bilgilerin anlaşılabilmesini ve yorumlanmasını kolaylaştırmıştır.

Son olarak, derinlemesine görüşmeleri yapan araştırmacının GG'ni de yöneten kişi olması bir kısıtlılık olarak değerlendirilebilir. Ancak bu durum, katılımcıların olumsuz yorumlarını kısıtlama olasılığı taşısa da bulgulardan anlaşılacağı üzere normalde hastaların ilk görüşmede açıklayamayacakları kişisel bilgilerin paylaşılabildiğini sağlamıştır. GG süresince gelişen hekim hasta ilişkisi ve karşılıklı güvenin bilgi akışını kolaylaştırdığı düşünülebilir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

1. GG'ye katılanların kilo verme oranları, GG sonlandıktan altı ay sonraki kilo koruma durumları ve sürdürebildikleri sağlıklı yaşam tarzı değişiklikleri birbirlerinden farklı bulunmuştur. GG'ye katılanların %8,2 oranında kilo kaybettikleri göz önünde bulundurulduğunda GG'nin başarılı olduğu söylenebilir. Kronik bir hastalık olan obezitede yalnızca kiloya endekslenen başarı herkeste aynı düzeyde kalıcı olmamaktadır. DG'den her bireyin obezite deneyiminin kendine özgü olduğu anlaşılmıştır. Uygun yöntemler kullanıldığında sadece beden ağırlığında değil yaşamın daha geniş alanlarında iyileşme sağlayabilir. Standart reçetelerin etkinliği sınırlı olduğundan bireysel farklılıklar gözetilerek uygulanacak tedaviler obeziteyle mücadelede daha başarılı sonuçlar alınmasını sağlayabilir.
2. GG'nin yaygınlaştırılması obeziteyle savaşmada kullanılabilir. Çalışmamızdan edindiğimiz bilgilere göre diğer kronik hastalıkların yönetiminde olduğu gibi obezitede de sağlıklı yaşam tarzı değişikliği desteğinin sürekliliğinin olması ve ulaşılabilirlik son derece önemlidir.
3. GG'de grup dinamiği itici güç oluşturmaktadır. GG'yi düzenleyenler bu konuda bilgi sahibi olup grup içindeki etkileşimi obeziteyle mücadeleyi olumlu etkileyebilecek şekilde yönetmelidirler.
4. Grubun sosyodemografik yapısının farklı olması eğer moderatör donanımlı ise grup için itici güç oluşturabilir.
5. Çalışmanın bulgularında GG'yi düzenleyenlerin rol model olmasının katılımcıları olumlu etkilediği gözlenmiştir. GG'yi düzenleyen bireyler bu bilgiyi de göz önünde bulundurmalıdırlar.
6. GG'ye katılanların davranış değişikliği modelinin farklı evrelerinde olabilecekleri de akılda tutulmalıdır.
7. DG'de katılımcıların vurguladığı önemli noktalardan birisi de obezite, sağlıklı beslenme ve egzersiz konularında çok fazla bilgi kirliliği bulunduğuudur. GG'de gıdalar, beslenme, egzersiz ve gıda alışverişi ile ilgili en temel bilgiler de katılımcılara aktarmalıdırlar.

8. DG’de katılımcılardan bir bölümü yaşam dönüm noktaları olarak travmatik yaşam olaylarını ifade etmiş ve bu durumu kilo sorunlarıyla ilişkilendirmişlerdir. GG’nin başlangıcında travmatik yaşam olayları, duygu durum bozuklukları, yeme bozuklukları ve yeme bağımlılığı olup olmadığı incelenmesi sürecin daha etkin yönetilmesine yardımcı olabilir.
9. DG’yle edindiğimiz en önemli bulgulardan biri internal ve eksternal stigmanın obez bireylerin yaşamlarını olumsuz etkileyip kısıtladığıdır. Sağlık çalışanlarının kiloya ilişkin hitap tercihleri konusunda duyarlı davranmamaları obeziteyle mücadeleye zarar verebilir. Sağlık çalışanlarının kiloya yönelik stigma konusundaki farkındalık ve duyarlılıkları obeziteyle savaşımında önemlidir.
10. DG’de edindiğimiz en önemli bilgilerden biri; “iyileştirici hasta-hekim ilişkisinin” obezite de dahil her hastalıkta, halen, gelişmiş teknoloji ve sağlık endüstrisine rağmen en iyi tedavi yöntemi olduğudur.
11. Obeziteyle mücadelede GG’nin yanı sıra bireye yönelik tedavi seçenekleri geliştirilmelidir.

KAYNAKLAR

- 1- **Swinburn BA, et al.** The global obesity pandemic: shaped by global drivers and local environments. *Lancet* **2011**; 378(9793):804-14 .
- 2- **WHO** Obesity health topics
Eriřim(<http://www.who.int/topics/obesity/en/>)
Erişim tarihi: 18.04.2016
- 3- **TURDEP-II** Sonuçları. Türk Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği **2011**
Erişim : (http://www.turkendokrin.org/files/file/TURDEP_II_2011.pdf)
Erişim tarihi: 18.04.2016
- 4- **Tunay M.** Kilolu ve Obez Kadınlarda Grup Görüşmelerinin Vücut Ağırlığına, İyilik Haline ve Sağlık Denetim Odağına Etkisi., Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adana/Türkiye, **2015**.
- 5- **Karasu SR.** Of mind and matter: Psychological dimensions in obesity. *American Journal of Psychotherapy* **2012**; 66:111-28.
- 6- **George AB.** *A Guide To Obesity And The Metabolic Syndrome*. 1, USA: CRC Press, **2011**.
- 7- **Flier JS, Flier EM.** Obezitenin Biyolojisi. In: Fauci AS, Braunwald E, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, Loscalzoj, Eds. *Harrison's Principles of Internal Medicine Türkçe*, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, **2013**, 462.
- 8- **Farooqi IS, O'Rahilly S.** Human obesity as a heritable disorder of the central control of energy balance. *International Journal of Obesity* **2008**; 32: 555-561.
- 9- **Pospisilik et al.** Drosophila Genome-wide Obesity Screen Reveals Hedgehog as a Determinant of Brown versus White Adipose Cell Fate. *Cell* **2010**; 140: 148-60.
- 10- **Bird A.** Perceptions of Epigenetics. *Nature* **2007**;447:396-398.
- 11- **Bird A.** CpG-rich islands and the function of DNA methylation. *Nature* **1986**;321:209-213.
- 12- **Güçlü-Geyik F, Ünaltuna-Erginel N.** Obezitede Epigenetik Mekanizmalar. *Deneyisel Tıp Araştırma Enstitüsü Dergisi*.**2013**;6:7-17.
- 13- **Waterland RA, Michels KB.** Epigenetic epidemiology of the developmental origins hypothesis. *Annu Rev Nutrition* **2007**; 27:363-88.
- 14- **Poirier LA.** The effects of diet, genetics and chemicals on toxicity and aberrant DNA methylation: an introduction. *American Society for Nutritional Sciences* **2002**;132:2336-9.

- 15- **Young-In K.** Nutritional Epigenetics: Impact of Folate Deficiency on DNA Methylation and Colon Cancer Susceptibility. *The Journal of Nutrition* **2005**;135: 2703-9.
- 16- **Dolinoy DC et al.** Maternal Genistein Alters Coat Color and Protects Avy Mouse Offspring from Obesity by Modifying the Fetal Epigenome. *Environmental Health Perspectives* **2006**; 114(4):567-72.
- 17- **Finkelstein et al.** Economic Causes and Consequences. *Annu. Rev. Public Health* **2005**;26:239-57.
- 18- **Nielsen SJ, Popkin BM.,** Patterns and Trends in Food Porsion Sizes, 1977-1998. *JAMA* **2003**;289(4):450-53.
- 19- **Stookey et al.** Replacing sweetened caloric beverages with drinking water is associated with lower energy intake. *Obesity* **2007**;15:3013-22.
- 20- **TEMED.** Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu **2015**.
Erişim(www.temd.org.tr/files/3_OBEZITE_PRESS.pdf)
Erişim Tarihi:19.04.2016
- 21- **Peker et al.** Egzersiz ve Egzersiz + Diyetin Kan Lipidleri Üzerine Etkisi. *Spor Araştırmaları Dergisi* **2000**;4(2):33-46.
- 22- **Alan C et al.** Effects of Exercise Training on Gallbladder Function In An Obese Female Population. *Medicine Science In Sport Exercise* **2000**;32(1):41-5.
- 23- **Zorba E.** *Herkes İçin Spor ve Fiziksel Uygunluk*. Neyir Matbaası Ankara **1999**.
- 24- **Spiegel K et al.** Brief Communication: Sleep Curtailment in Healthy Young Men Is Associated with Decreased Leptin Levels, Elevated Ghrelin Levels, and Increased Hunger and Appetite. *Annals of Internal Medicine* **2004**;141(11):846-50.
- 25- **Camelia D.** Drug induced weight gain, UCLA Department of Medicine, **2008**.
Erişim: <http://www.med.ucla.edu/modules/wfsection/articlephp?articleid=371>
Erişim Tarihi: 19.04.2016
- 26- **Williamson DF et al.** Smoking cessation and severity of weight gain in a national cohort. *NEJM* **1991**;324(11):739-45.
- 27- **Tremblay et al.** Thermogenesis and weight loss in obese individuals: a primary association with organochlorine pollution. *International Journal of Obesity* **2004**;28(7):936-9.
- 28- **Olney JW et al.** Monosodium glutamate. *Science* **1969**;165(3897):1028-9.

- 29- **Park S et al.** Tracking Study About Adenovirus 36 Infection: Increase of Adiposity. *Journal of Microbiology and Biotechnology* **2015**; 25(12):2169-72.
Erişim: doi: 10.4014/jmb.1509.09003
Erişim Tarihi:19.04.2016
- 30- **Yıldırım EA, Altun R.** Obezite ve Mikrobiyota. *Güncel Gastroenteroloji* **2014**; 18(1):106-111.
- 31- **Hua VL et al.** Butyrate and Propionate Protect against Diet-Induced Obesity and Regulate Gut Hormones via Free Fatty Acid Receptor 3-Independent Mechanisms. *Plos One* **2012**; 7:1-9.
- 32- **Caeser R et al.** Effects of Gut Microbiota on Obesity and Atherosclerosis Via Modulation of Inflammation and Lipid Metabolism. *Journal of Internal Medicine* **2010**;268:320-8.
- 33- **Polivy J, Herman CP.** If at first you don't succeed. False hopes of self-change. *American Psychologist*, **2002**;57(9):677-89.
- 34- **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM V)**
Erişim: www.dsm5.org
Erişim Tarihi:25.04.2016
- 35- **Allison S, Timmerman GM.**Anatomy of a binge: Food environment and characteristics of nonpurge binge episodes. *Eating Behaviors* **2007**;8:31-8.
- 36- **Tholin et al.** Prevalence of Night Eating in Obese and Non-obese Twins. *Obesity (Silver Spring)* **2009**; 17(5):1050–55.
Erişim: doi:10.1038/oby.2008.676.
Erişim Tarihi: 19.04.2016
- 37- **Scharaun-Lee et al.** Obesity, race/ethnicity and the multiple dimensions of socioeconomic status during the transition to adulthood: a factor analysis approach. *Social science and medicine* **2009**; 68(4):708-16.
Erişim: doi: 10.1016/j.socscimed.2008.12.009
Erişim Tarihi: 19.04.2016
- 38- **Scharaun-Lee et al.** Obesity, race/ethnicity and life course socioeconomic status across the transition from adolescence to adulthood. *J Epidemiol Community Health* **2009**; 63(2): 133–139.
Erişim: doi:10.1136/jech.2008.075721
Erişim Tarihi: 19.04.2016
- 39- **Christakis NA, Fowler JH.** Social contagion theory: examining dynamic social networks and human behavior. *Statistic in Medicine* **2013**; 32(4):556-77.
Erişim: doi: 10.1002/sim.5408.
Erişim Tarihi: 20.04.2016

- 40- **Noo Obesity and Mental Health-Public Health England Obesity**
Erişim: www.noo.org.uk/.../vid_10266_Obesity
Erişim Tarihi: 21.04.2016
- 41- **Markowitz et al.** Understanding the Relation Between Obesity and Depression: Causal Mechanisms and Implications for Treatment. *Clinical Psychology: Science and Practice* **2008**;15(1):1-20.
- 42- **Napolitano MA, Foster GD.,** Depression and Obesity: Implications for Assessment, Treatment, and Research. *Clinical Psychology: Science and Practice* **2008**;15(1):21-7.
- 43- **World Federation for Mental Health 2010**
Erişim: wfmh.com/wp-content/.../WMHDAY2010.pdf
Erişim Tarihi: 21.04.2016
- 44- **Balcioęlu İ, BAşER SZ.** Obezitenin Psikiyatrik Yönü. İ.Ü. Cerrahpaőa Tıp Fakóltesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. İstanbul Türkiye, **2008**:341-48.
- 45- **Devlin MJ,** Is There a Place for Obesity in DSM-V? *International Journal of Eating Disorders* **2007**;83-8.
Erişim: doi 10.1002/eat
Erişim Tarihi: 20.04.2016
- 46- **Lewis et al.** How do obese individuals perceive and respond to the different types of obesity stigma that they encounter in their daily lives? A qualitative study. *Social Science and Medicine* **2011**; 73:1349-56.
- 47- **Wadden T, Didie E.,** What's in a Name? Patients' Preferred Terms for Describing Obesity. *Obesity Research* **2003**;11(9):1140-46.
- 48- **Volger et al.** Patients' preferred terms for describing their excess weight: discussing obesity in clinical practice. *Obesity (Silver Spring)* **2012**; 20(1):147-50.
Erişim: doi: 10.1038/oby.2011.217.
Erişim Tarihi: 20.04.2016
- 49- **Bleich et al.** Impact of physician BMI on obesity care and beliefs. *Obesity (Silver Spring)* **2012**; 20(5):999-1005.
Erişim: doi: 10.1038/oby.2011
Erişim Tarihi: 20.04.2016
- 50- **Kurdak H.** Sağlığın Varoluşsal Boyutu ve Yaşam Kalitesi. *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics* **2014**;5(3):23-8.
- 51- **May R.** *Varoluşun Keşfi*. 2. Baskı. İstanbul: Okuyan Us Yayınları; **2012**:26-34.
- 52- **United States Preventive Services Task Force Obesity 2012**
Erişim: www.uspreventiveservicestaskforce.org

Erişim Tarihi: 21.04.2016

- 53- **Kushner RF.** Obezitenin Değerlendirilmesi ve Tedavisi. In: Fauci AS, Braunwald E, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, Loscalzo J, Eds. *Harrison's Principles of Internal Medicine Türkçe*, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, **2013**, 468-71.
- 54- **Hariharan RR, Reed BC, Edmonson Sr.** Obezite. In: Mengel MB, Schwiebert LP Eds. *Lange Aile Hekimliği Ayaktan Tedavi ve Koruma*, Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri, **2013**, 565-74.
- 55- **National Heart, Lung and Blood Institute** Obesity
Erişim: www.nhlbi.nih.gov
Erişim Tarihi: 21.04.2016
- 56- **UpToDate** Obesity in Adults: Drug Therapy
Erişim: www.uptodate.com
Erişim Tarihi: 20.04.2016
- 57- **Colquitt et al.** Surgery for weight loss in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* **2014**.
Erişim: doi: 10.1002/14651858. CD003641.pub4
Erişim Tarihi: 20.04.2016
- 58- **Dietary Guidelines of Americans**
Erişim: health.gov/Dietaryguidelines/dga2005/
Erişim Tarihi: 21.04.2016
- 59- **Jones LR, Wadden TA.** State of the science: behavioral treatment of obesity. *Asia Pac J Clin Nutr* **2006**; 15:30-9.
- 60- **Bandura A.** Health Promotion by Social Cognitive Means. *Health Education and Behavior Journal* **2004**; 31(2):143-64.
- 61- **Tate DF, Wing RR.** Behavior Modification for obesity.
Erişim: www.pubmed.com 2016
Erişim Tarihi: 20.04.2016
- 62- **Riccardo et al.** Major factors for facilitating change in behavioral strategies to reduce obesity. *Psychology Research and Behavior Management* **2013**; 6:101-110.
- 63- **Erge S.,** Obezitede Diyet Tedavisini Destekleyen Davranışsal Tedavi, *Turkish Journal of Endocrinology and Metabolism* **2003**; 2:75-82.
- 64- **Cowburn et al.** Obesity Management by Life-style Strategies. *British Medical Bulletin* **1997**; 53(2): 389-408.

- 65- **Rosenthal et al.** Husband Involvement in the Behavioral Treatment of Overweight Women: Initial Effects and Long Term Follow-up. *Int J Obesity* **1980**;4:165.
- 66- **Miller WR, Rollnick S.** Motivasyonel Görüşme, 1.Basım, HYB Basım Yayın, Ankara, 2009:27-28.
- 67- **Bodenheimer T, Grumbach K.** 15 Dakikalık Görüşme Alternatifleri. In: Bozdemir N, Saatçı E. *Birinci Basamağın Geliştirilmesi: Daha iyi Uygulamalar için Stratejiler ve Araçlar*. 1. Baskı, Mc Graw Hill Companies Lange Medical Books, **2007**:119-135.
- 68- **Putting Group Visits into Practice 2012**
Erişim: www.massgeneral.org
Erişim Tarihi: 21.04.2016
- 69- **Çilingiroğlu N, Sevcen F.** Sağlık Alanındaki Araştırmalarda Kullanılan Niteliksel Veri Toplama Yöntemleri. *Toplum Hekimliği Bülteni* **2007**;26(1):1-6.
- 70- **Türnüklü A.** Eğitimbilim Araştırmalarında Etkin Olarak Kullanılabilecek Nitel Bir Araştırma Tekniği: Görüşme, *Eğitim Yönetimi* **2000**.
- 71- **Cohen et al.** *Research Methods in Education*. 6th Ed. New York: Taylor&Francis Group, 2007.
- 72- **Kvale S.** *Interviews: An Introduction to Qualitative Research Interviewing*. London: Publication **1996**.
- 73- **Seidman I.** A Review of “Interviewing as Qualitative Research: A Guide for Researchers in Education and the Social Sciences”. *The Journal of Educational Research* **2013**;428.
Erişim: doi:10.1080/00220671.2014.938514
Erişim Tarihi: 21.04.2016
- 74- **Mason J.** *Qualitative Researching*. 2th Ed, London: Sage Publications, **2002**.
- 75- **Baş T, Akturan U.** *Nitel Araştırma Yöntemleri*. 2.Baskı, Ankara:Seçkin Yayınevi, **2008**.
- 76- **WONCA (Global Family Doctors)**
Erişim: www.globalfamilydoctor.com
Erişim Tarihi: 25.04.2016
- 77- **Campbell DT, Fiske DW.** Convergent and discriminant validation by the multitrait-multimethod matrix. *Psychological bulletin* **1959**; 56(2), 81.

- 78- Clarke RJ.** *Research Models and Methodologies* **2005**.
Erişim: <https://www.uow.edu.au/.../uow012042.pdf>
Erişim Tarihi: 21.04.2016
- 79- Edwards R, Holland J.** *What is Qualitative Interviewing*. 1st Ed, London: Bloomsbury Academic **2013**.
- 80- Giorgi A.** The Phenomenological Movement and Research in the Human Sciences. *Nursing Science Quarterly*, **2005**;18(1):75-82.
- 81- Solomon MR.** *Consumer Behavior: Buying, Heaving and Being*. Pearson/Prentice Hall **2004**.
- 82- Downing HL.** A Phenomenological Study of the Experience of a Suburban, Faith-Based, Divorce Support Group. PhD Thesis, University of Cincinnati, USA **2007**.
- 83- Buttery EM, Buttery EA.** Design of a Marketing Information System: Useful Paradigms. *European Journal of Marketing*, **1991**; 25(1):26 – 39.
Erişim: <http://dx.doi.org/10.1108/03090569110136303>
Erişim Tarihi: 21.04.2016
- 84- Sanders P.** Phenomenology: A New Way of Viewing Organizational Research. *Academy of Management Review* **1982**; 7(3): 353-60.
- 85- Kuş E.** *Nicel-Nitel Araştırma Teknikleri*. 3.Baskı, Ankara: Anı Yayıncılık **2003**.
- 86- Phellas CN.** Keith F. Punch(2005). Introduction to Social Research-Quantitative&Qualitative Aproaches. *Forum: Qualitative Social Research* **2006**.
- 87- Yıldırım A, şimşek H.** *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri*. 9. Baskı, Ankara: Seçkin Yayıncılık **2013**.
- 88- Lincoln YS, Guba EG.** *Naturalistic Inquiry*. California: Sage Publications **1985**.
- 89- Roberts P, Priest H.** Reliability and Validity in Research. *Nursing Standart (Royal College of Nursing)* **2006**; 20(44):41-5.
- 90- Maton K.** Pierre Bourdieu and the Epistemic Conditions of Social Scientific Knowledge. *Space and Culture* **2003**;6(1):52-65.
- 91- Tong et al.** Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ) : a 32-item checklist for interviews and focus group, *International Journal for Quality in Health Care* **2007**; 19(6); 349-57.

- 92- **Morse JM.** Critical Analysis of Strategies for Determining Rigor in Qualitative Inquiry, *Qualitative Health Research* **2015**;25(9) 1212-22.
- 93- **Pope et al.** Qualitative Research in Health Care. *BMJ* **2000**; 320(8):114-16.
- 94- **Türkçapar MH, Sargın AE.** Bilişsel Davranışçı Psikoterapiler: Tarihçe ve Gelişim; *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*; **2011**.
- 95- **Cooper Z, Fairburn CG.** A New Cognitive Behavioural Approach to the Treatment of Obesity. *Behav Res Ther.* **2001**;39(5):499-511.
- 96- **Cooper et al.** Testing A New Cognitive Behavioural Treatment for Obesity: A Randomized Controlled Trial With Three-year Follow-up. *Behav Res Ther.* **2010**;48(8):706-13.
- 97- **Oğuz et al.** Obezite ve Bilişsel Davranışçı Terapi, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* **2016**;8(2): 133-34.
- 98- **Schulze B, Angermeyer MC.** Subjective Experiences of Stigma. A Focus Group Study of Schizophrenic Patients, Their Relatives and Mental Health Professional ; *Social Science & Medicine* **2003**;56: 299-312.
- 99- **Puhl et al.** Weight Stigmatization and Bias Reduction: Perspectives of Overweight and Obese Adults; *Health Education Research* **2007**; 23: 347-58.
- 100- **Durso et al.** Internalized weight bias in obese patients with binge eating disorder: associations with eating disturbances and psychological functioning. *The International Journal of Eating Disorders* **2012**; 45(3): 423-7.
- 101- **Ratcliffe D, Ellison N.** Obesity and Internalized Weight Stigma: A Formulation Model for an Emerging Psychological Problem; *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* **2015**;43:239-52.
- 102- **Latner et al.** Weighing Obesity Stigma: The Relative Strength of Different Forms of Bias; *International Journal of Obesity* **2008**; 32:1145-52.
- 103- **Carr D, Friedman MA.,** Is Obesity Stigmatizing? Body Weight, Perceived Discrimination, and Psychological Well-Being in the United States; *Journal of Health and Social Behavior* **2005**; 46: 244-59.
- 104- **Ghahramanlou-Holloway M et al.** Differentiating cognitive content between depressed and anxious outpatients. *Cognitive Behavior Therapy* **2007**; 36(3):170-8.
- 105- **Nolan LJ, Eshleman A.,** Paved with good intentions: Paradoxical Eating Responses to Weight Stigma; *Appetite*; **2016**.

- 106- **Brewis AA.**, Stigma and the Perpetuation of Obesity; *Social Science & Medicine* ; **2014**;118: 152-58.
- 107- **Latner et al.** Greater History of Weight -Releated Stigmatizing Experience is Associated with Greater Weight Loss in Obesity Treatment; *Journal of Health Psychology* **2009**;14(2);190-99.
- 108- **Major et al.** The Psychological Weight of Weight Stigma, *Social Psychological and Personality Science* **2012**; 3(6): 651-8.
- 109- **Puhl RM, Heuer CA.** The Stigma of Obesity: A Review and Update. *Obesity* **2009**;17:941-64.
- 110- **Shvey et al.** The Impact of Weight Stigma on Caloric Consumption, *Obesity* **2011**;19(10): 1957-62.
- 111- **Pinel EC.** Stigma Consciousness: The Psychological Legacy of Social Stereotypes, *Journal of Personality and Social Psychology* **1999**; 76(1): 114-28.
- 112- **Major et al.** The ironic effects of weight stigma, *Journal of Experimental Social Psychology* **2014**; 51: 74-80.
- 113- **Wadden TA Didie E.**, What's in a Name? Patients Preferred Terms for Describing Obesity; *Obesity Research* **2003**;11(9):1140-46.
- 114- **Sheri Volger et al.** Patients Preferred Terms for Describing their Excess Weight: Discussing Obesity in Clinical Practice; *PMC Obesity (Silver Spring)* **2012**; 20(1):147-50.
- 115- **Ward et al.** African American Perceptions of Physician Attempts to Address Obesity in the Primary Care Setting; *J Gen Int Med* **2009**; 24:579-84.
- 116- **Thomas SL. et al.** Being 'fat' in today's world: a qualitative study of the lived experiences of people with obesity in Australia; *Health Expect* **2008**;11:321-30.
- 117- **Blxen et al.** Values and Beliefs About Obesity and Weight Reduction Among African American and Caucasian Women; *J Transcult Nurs***2008**;17:290-97.
- 118- **Sabin et al.** Implicit and Explicit Anti-Fat Bias among a Large Sample of Medical Doctors by BMI, Race/Ethnicity and Gender. *Plos On* **2012**;7.
- 119- **Dovidio JF, Gaertner SL.**, Aversive Racism And Selection Decisions:1989 and 1999; *Psychological Science* **2000**: 11(4); 315-19.
- 120- **Puhl RM, Heuer CA.**, The Stigma of Obesity : A review and update; *Obesity***2009**; 17;941-64.
- 121- **Kyle TK, Puhl RM.** Putting People First in Obesity; *Obesity* **2014**.

- 122- **Akman et al.** Weight bias among primary care health professionals: personal attitude matters ; *Obesity and Metabolism* **2010**; 6(2-3):63-8.
- 123- **Batnitzky A.**, Obesity and household roles: gender and social class in Morocco; *Sociology of Health & Illness***2008**; 30(3):445-62.
- 124- **King K., Puhl RM.**, Weight Bias: Does it Affect Men and Women Differently? ; *Obesity Action Coalition*.
- 125- **Taylor et al.** A Qualitative Study of the Day-to-Day Lives of Obese Mexican-American Adolescent Females; *Pediatrics* **2013**;131:1132-38.
- 126- **Russell et al.** ‘You need a support. When you don’t have that...chocolate looks real good’. Barriers to and facilitators of behavioural changes among participants of a Healthy Living Program; *Family Practice* **2013**; 30: 452-58.
- 127- **Chang et al.** Motivators and Barriers to Healthful Eating and Physical Activity among Low-Income Overweight and Obese Mothers; *Journal of the American Dietetic Association* **2008**;108:1023-1028.
- 128- **Peyrot M, Rubin RR.** Behavioral and Psychosocial Interventions in Diabetes A Conceptual Review. *Diabetes Care*.**2007**;30(10):2433-40.
- 129- **Eskin M.** Sorun Çözme Terapisi,3.Baskı, Ankara: HYB Yayıncılık. 2009.
- 130- **Başer S.** Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Sosyal Sorun Çözme Becerilerinin Yaşam Kalitesi ve Klinik Sonuçlara Etkisi, *Uzmanlık tezi*, 2016.
- 131- **Çatak PD, Ögel K.** Bir Terapi Yöntemi Olarak Farkındalık; *Nöropsikiyatri Arşiv* **2010**; 47:69-73.
- 132- **Kabat-Zinn J.**, An Outpatient Program in Behavioral Medicine for Chronic Pain Patients Based on the Practice of Mindfulness Meditation: Theoretical Considerations and Preliminary Results; *Gen Hosp Psychiatry* **1982**;4:33-47.
- 133- **Sojcher et al.** Evidence and Potential Mechanism for Mindfulness Practices and Energy Psychology for Obesity and Binge-Eating Disorder; *Explore* **2012**;8(5); 271-76.
- 134- **Sertöz ÖÖ, ELBİ METE H.** Obezite Tedavisinde Bilişsel Davranışçı Grup Terapisinin Kilo Verme, Yaşam Kalitesi ve Psikopatolojiye Etkileri: Sekiz Haftalık İzlem Çalışması ; *Klinik Psikofarmakoloji Bülten* **2005**;15(3):119-26.
- 135- **Moore LJ., Goldner-Vukov M.**, The Existential Way to Recovery; *Psychiatri Danub***2009**; 21(4); 453-62.
- 136- **Yalom I.**, Varoluşçu Psikoterapi. 3.Baskı. İstanbul: Kabalcı Yayınevi; 11-762; **2001**.

- 137- **Scott et al.** Healing relationships and the existential philosophy of Martin Buber ; *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine* **2009**; 4:11.
- 138- **JABER et al.** Group Visits: A Qualitative Review of Current Research; *J Am Board Fam Me* **2006**;19(3):276-90.
- 139- **Uluğ M.** Örgütlerde Grup Yönetiminin Toplam Kalite Yönetimi Üzerine Etkisi-Bir Uygulama- Yüksek Lisans Tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü **2002**.
- 140- **Dereli B., Cengiz D.,** İnsan Kaynakları Yönetiminde Grup, Grup Dinamiği Kavramları ve Grup Dinamiğinin Ölçülmesi Üzerine Uygulama Örneği; 35-41; **2011**.
- 141- **Tezcan B.,** Obez Bireylerde Benlik Saygısı, Beden Algisi VE Travmatik Geçmiş Yaşantılar; *Uzmanlık Tezi*; **2009**.
- 142- **Grilo CM et al.** Childhood psychological, physical and sexual maltreatment in outpatients with binge eating disorder. *Obes Res* **2001**;9:320-325.

EKLER

Ek 1. BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Kilo Sorunları İçin Grup Görüşmelerine Katılan Kadınların Derinlemesine İncelenmesi Çalışması

Kilo sorunları için grup görüşmelerine katılan kadınların derinlemesine incelenmesini amaçlayan çalışmamızda her bir katılımcıyla yüz yüze yapılacak olan görüşmeler planlıyoruz. Bu görüşmelerde iki araştırmacı ve katılımcının kendisi tek olarak bulunacaktır. Görüşmeler sırasında verileri daha sağlıklı bir biçimde toplayabilmek için ses kayıt cihazları kullanılacaktır.

Sonuçlar öncelikle bilimsel amaçla kullanılacak, kişisel bilgileriniz gizli tutulacak, sorun saptanması halinde durum size bildirilecek ve alınması gereken önlemler konusunda ayrıntılı bilgilendirme yapılacaktır. Parasal bir bedel ödemenizi gerektirmeyen ve size de bir ödeme yapılması söz konusu olmayan bu çalışmaya katılmama ve katıldıktan sonra çekilme hakkınız bulunmaktadır. Ek bilgi talebiniz olursa sözlü olarak karşılanacaktır.

Araştırmamıza katılmayı kabul ediyorsanız, lütfen aşağıdaki bölüme adınızı-soyadınızı yazıp tarih ve imza atınız. Teşekkür ederiz.

Katılımcı ile görüşen hekim

Dr. Z. Yelda ÖZER

Telefon: 0 322 3386060/3087 dahili

SÖZ KONUSU ARAŞTIRMAYA, YUKARIDA BELİRTİLEN KOŞULLAR
ÇERÇEVESİNDE HİÇBİR BASKI VE ZORLAMA OLMAKSIZIN KENDİ
RIZAMLA KATILMAYI KABUL EDİYORUM.

TARİH
AD-SOYADI

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel.

İmza

Ek 2. GRUP GÖRÜŞMELERİ DEĞERLENDİRME FORMU

Sevgili katılımcılar,
Sizlerle birlikte 2014 yılında gerçekleştirdiğimiz Grup Görüşmeleriyle ilgili düşüncelerinizi bu anket aracılığıyla açık bir şekilde ifade etmeniz uygulamanın geliştirilmesine katkıda bulunacaktır.

ederiz.

Teşekkür
Doç. Dr. Hatice KURDAK

1 Lütfen bu uygulamayı değerlendirirken aşağıdaki şablona göre size uygun olan cevaba ait puanı daire içine alınız.				
Hiç 1	Biraz 2	Orta derecede 3	İyi derecede 4	Çok iyi derecede 5

1. Sağlıklı beslenme hakkında bilgi sahibi oldum	1	2	3	4	5
2. Sağlıklı egzersiz hakkında bilgi sahibi oldum	1	2	3	4	5
3. Diğer katılımcılardan yeni bilgiler öğrendim	1	2	3	4	5
4. Sağlıklı beslenmenin önemini kavradım	1	2	3	4	5
5. Sağlıklı egzersizin önemini kavradım	1	2	3	4	5
6. Öğrendiğim yeni bilgileri günlük yaşantımda uygulayabiliyorum	1	2	3	4	5
7. Eskisine göre daha sağlıklı beslendiğimi düşünüyorum	1	2	3	4	5
8. Eskisine göre daha hareketli olduğumu düşünüyorum	1	2	3	4	5
9. Diğer katılımcılar yaşam tarzımı değiştirmemi kolaylaştırdı	1	2	3	4	5
10. Grup görüşmeleri yaşam tarzımı değiştirmemi sağladı	1	2	3	4	5
11. Tekrar böyle bir görüşmeye katılmak isterim	1	2	3	4	5

12. Grup görüşmelerinin en iyi yönü:

13. Bu uygulamanın geliştirilmesi gereken yönü:

14. Hayatınızda halen sürdürebildiğiniz olumlu değişimler oldu ise bunları yazabilir misiniz?
15. Sizce bu değişiklikleri sürdürebilmenizi sağlayan en büyük etken nedir? <i>(14. Soruya yanıt vermediyseniz bu soruyu lütfen boş bırakınız)</i>
16. Halen sürdüremedikleriniz varsa yazabilir misiniz?
17. Bu süreçte engelleriniz nelerdi?
18. Bu süreçte kolaylıklarınız nelerdi?

Ek 3. SOSYAL SORUN ÇÖZME ENVANTERİ-KISA FORM

Aşağıda günlük yaşamda problemlerle karşılaştığınızda ortaya çıkabilecek bazı düşünce, duygu ve davranış tarzlarınızla ilgili maddeler yer almaktadır. Burada genellikle karşılaştığınız sıradan güçlüklerden ya da her gün üstesinden başarıyla geldiğiniz baskılardan bahsedilmemektedir. Bu envanterde sözü edilen problem, yaşamınızda önemli bir yeri olan, size sıkıntı veren fakat üstesinden nasıl geleceğinizi ya da sizi rahatsız etmesini durduracağınızı bilmediğiniz bir şeydir. Bu problem düşünceleriniz, duygularınız, davranışlarınız, sağlığınız ya da fiziksel görünüşünüz gibi kendinizle ilgili; aileniz, arkadaşlarınız, öğretmenleriniz, patronunuzla gibi diğer insanlarla ilişkilerinizle ilgili veya eviniz, arabanız, mal varlığınız, paranız gibi sahip olduğunuz şeylerle ve çevrenizle ilgili olabilir. Cümleleri okurken kendinizi bugünlerde bir problemle karşılaştığınızda her zaman düşündüğünüz, hissettiğiniz ve davrandığınız şekilde değerlendiriniz. Lütfen her cümleyi dikkatli bir şekilde okuyunuz ve cevap formunda bu cümlelerin size uygunluk derecesi “bana hiç uygun değil, bana çok az uygun, bana kısmen uygun, bana çok uygun, bana tamamen uygun” şeklindeki ifadelerden birine çarpı işareti (X) koyarak belirtiniz.

Maddeler	Hiç uygun değil	Çok az uygun	Kısmen uygun	Çok uygun	Tamamen uygun
1. Çözülmesi gereken önemli bir problemim olduğunda kendimi tehdit altında hisseder ve korku duyarım.					
2. Karar verirken, tüm seçenekleri yeterince dikkatli bir şekilde değerlendirmem.					
3. Önemli bir karar vermem gerektiğinde kendimi huzursuz hisseder ve kendimden emin olamam.					
4. Bir problemi çözmeye ilişkin başlangıçtaki çabalarım başarısızlıkla sonuçlandığında, ısrar eder ve çabucak vazgeçmezsem sonunda iyi bir çözüm bulabileceğime inanırım.					
5. Ne zaman bir problemim olsa, o problemin çözülebileceğine inanırım.					
6. Bir problemi kendi başıma çözmeye çalışmadan önce, ilk olarak o problemin kendiliğinden çözülüp çözülmeceğini görmek amacıyla bir şey yapmadan öylece durup beklerim.					
7. Bir problemi çözmeye ilişkin başlangıçtaki çabalarım başarısızlıkla sonuçlandığında, hayal kırıklığına uğrarım.					
8. Zor bir problemle karşılaştığımda ne kadar çok çabalasam da, o problemi kendi başıma çözebileceğimden şüphe duyarım.					
9. Hayatımda bir problem oluştuğunda, problemin çözümü için uğraşmayı olabildiğince uzun bir süre ertelerim.					
10. Hayatımdaki problemlerle uğraşmaktan kaçınmak için her yolu denerim.					

11. Zor problemler beni çok mutsuz eder.					
12. Vermem gereken bir karar olduğunda, her seçeneğin olumlu ve olumsuz sonuçlarını tahmin etmeye çalışırım.					
13. Hayatımda problemler ortaya çıktığında, mümkün olan en kısa sürede problemleri ele almak yani onlarla uğraşmak hoşuma gider.					
14. Bir problemi çözmeye çalışırken, aklıma gelen ilk iyi fikre göre hareket ederim.					

Maddeler	Hiç uygun değil	Çok az uygun	Kısmen uygun	Çok uygun	Tamamen uygun
15. Zor bir problemle karşılaştığımda, yeterince gayret edersem o problemi kendi başıma çözebileceğime inanırım.					
16. Çözülmesi gereken bir problemim olduğunda, ilk yaptığım şeylerden biri problemle ilgili mümkün olduğu kadar çok bilgi edinmeye çalışmaktır.					
17. Problemleri çözmeyi, herhangi bir şey yapamayacak hale gelinceye kadar ertelerim.					
18. Problemlerimden kaçınmaya onları çözmeye çalışmaktan daha fazla zaman harcarım.					
19. Bir problemi çözmeye çalışmadan önce, neyi başarmak istediğimi tam olarak bilmek için kendime belirli bir hedef oluştururum.					
20. Vermem gereken bir karar olduğunda, her seçeneğin avantaj ve dezavantajlarını gözden geçirmeye vakit ayırmam.					
21. Bir çözümü uygulamaya koyduktan sonra, durumun ne kadar iyi yönde değiştiğini mümkün olduğunca dikkatli bir biçimde değerlendirmeye çalışırım.					
22. Karşılaştığım bir problemi, olumlu bir şekilde yararlanacağım "bir fırsat" ya da "üstesinden gelinecek bir durum" olarak görmeye çalışırım.					
23. Bir problemi çözmeye çalışırken, yeni fikirler üretemez hale gelinceye dek mümkün olduğu kadar çok seçenek düşünürüm.					
24. Karar verirken, her seçeneğin sonuçları üzerinde pek fazla düşünmeden sezgilerimle hareket ederim.					
25. Karar verirken çok ani ve düşünmeden hareket ederim.					

Ek 4. ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Zeliha Yelda Özer

Doğum Tarihi ve Yeri: 24.02.1975 İslahiye/GAZİANTEP

Medeni Durumu: Bekar

Adres: Gazi Mah. 1326 Sokak. Doğan Apt. No:16/2 Yenişehir/MERSİN

Telefon: 03223686060-3087

E.posta: z.yeldaozer@gmail.com

Mezun Olduğu Tıp Fakültesi: Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi

Görev Yerleri: 1999-2010 Hatay Dört Yol Özerli 4 No'lu Sağlık Ocağı

2010-2013 Hatay Dört Yol Karakese ASM

Dernek Üyelikleri: TAHUD, ÇAHMED

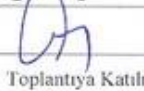
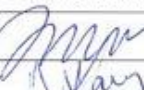
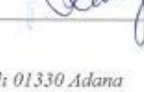
Yabancı Dil(ler): İngilizce

Ek 5. ETİK KURUL ONAYI

T.C. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Toplantı Sayısı		Tarih
40		6 Mart 2015

KARAR NO 5- Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda, Biyoistatistik Anabilim Dalı'nın bilimsel işbirliğiyle, Doç. Dr. Hatice Kurdak yönetiminde, Doç. Dr. Sevgi Özcan'ın, Prof. Dr. Gülşah Seydaoğlu'nun katkılarıyla, Araş. Gör. Dr. Zeliha Yelda Özer tarafından yürütülmesi öngörülen, "Kilo Sorunları İçin Grup Görüşmelerine Katılan Kilolu ve Obez Kadınların Derinlemesine İncelenmesi" başlıklı tıpta uzmanlık tez projesi araştırma etiği yönünden değerlendirildi. Toplantıya katılan üyelerin oybirliğiyle uygun olduğuna karar verildi. Projede yardımcı araştırmacı olarak yer alan etik kurul üyesi Prof. Dr. Gülşah Seydaoğlu oylamaya katılmadı.

BAŞKAN	Doç Dr Selim Kadioğlu Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı	
ÜYELER	Prof Dr Davut Alptekin Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı	
	Prof Dr Dinçer Yıldızdaş Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Toplantıya Katılmadı
	Prof Dr Mehmet Kanadaşı Kardiyoloji Anabilim Dalı	Toplantıya Katılmadı
	Prof Dr Gülşah Seydaoğlu Biyoistatistik Anabilim Dalı	Oylamaya Katılmadı
	Prof Dr Gürhan Sakman Genel Cerrahi Anabilim Dalı	
	Doç Dr Suat Gezer Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı	Toplantıya Katılmadı
	Av. Zehra Bulut Hukukçu Üye	
	Dr Neşe Kayrın Kurum Dışı Üye	

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlık Binası, Balcalı 01330 Adana
Telefon: 0322 338 60 60 dahili 3465, Faks: 0322 338 67 22