



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ



AİLE YAŞAM DÖNGÜSÜ PERSPEKTİFİNDEN OBEZİTE
TANISI ALMIŞ KADINLARIN SOSYAL HİZMET
GEREKSİNİMLERİ ÜZERİNE NİTEL BİR ARAŞTIRMA

Songül BOYRAZ TURHAN

SOSYAL HİZMET ANABİLİM DALI

DOKTORA TEZİ

ANKARA

2024

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

AİLE YAŞAM DÖNGÜSÜ PERSPEKTİFİNDEN OBEZİTE
TANISI ALMIŞ KADINLARIN SOSYAL HİZMET
GEREKSİNİMLERİ ÜZERİNE NİTEL BİR ARAŞTIRMA

Songül BOYRAZ TURHAN

SOSYAL HİZMET ANABİLİM DALI
DOKTORA TEZİ

DANIŞMANI
Prof. Dr. VELİ DUYAN

ANKARA
2024

ETİK BEYAN

Ankara Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne

Doktora tezi olarak hazırlayıp sunduğum “Aile Yaşam Döngüsü Perspektifinden Obezite Tanısı Almış Kadınların Sosyal Hizmet Gereksinimleri Üzerine Nitel Bir Araştırma” başlıklı tez; bilimsel ahlak ve değerlere uygun olarak tarafımca yazılmıştır. Tezimin fikri/hipotezi tümüyle tez danışmanım ve bana aittir. Tezde yer alan araştırma tarafımdan yapılmış olup tüm cümleler ve yorumlar bana aittir.

Yukarıda belirtilen hususların doğruluğunu beyan ederim.

Öğrenci Adı Soyadı: Songül BOYRAZ TURHAN

Tarih:

İmza:

KABUL VE ONAY



ÖZET

Aile Yaşam Döngüsü Perspektifinden Obezite Tanısı Almış Kadınların Sosyal Hizmet Gereksinimleri Üzerine Nitel Bir Araştırma

Nitel yöntem ve fenomenolojik yaklaşımla tasarlanmış bu çalışmanın amacı aile yaşam döngüsü perspektifinden obezite tanısı almış kadınların sosyal hizmet gereksinimlerini bütüncül bir bakış açısı ile değerlendirmektir. Araştırmanın çalışma grubunu altı aile yaşam döngüsü evresinde yaşamlarını sürdüren 27 kadın katılımcı oluşturmuştur. Araştırmanın verileri yarı yapılandırılmış görüşme formu aracılığıyla derinlemesine görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır. Verilerin analizi nitel veri analizi aracı olan MAXQDA 2020 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Deşifre edilen ses kayıtlarının metinleri programa yüklenmiş, kodlamalar yapılmış ve araştırmanın amacına ve hem alan yazındaki verilerle tartışmaya en uygun hem de katılımcıların en özgün deneyimlerini kapsayan 102 kod oluşturulmuştur. Oluşturulan kod listesi üzerinden benzer kodların gruplandırılmasıyla üç tema oluşturulmuş ve temaların mantıksal bir düzende sıralanmasıyla çalışmanın kavram haritası ortaya çıkmıştır. Oluşturulan kavram haritası bulguların sunumunun da yol haritasını oluşturmuştur. Araştırmanın son veri analizi dördüncü başlıkta karşılaştırmalı analizler olarak verilmiştir. Karşılaştırmalı analizler Carter ve Mc Goldrick (1989) tarafından tanımlanmış altı evreli aile yaşam döngüsü modelinde her bir evredeki katılımcıların beş gelişim boyutu olan fiziksel, bilişsel, duyuşsal, sosyal ve tinsel gelişim boyutlarındaki obeziteye yönelik yaşam deneyimlerinin karşılaştırılmasını sağlamıştır.

Bu tez çalışması obezite tanısı almış kadınların sosyal hizmet gereksinimlerini değerlendirerek sosyal hizmet alanında bir müracaatçı grubu olarak obezite tanısı almış kadınlara yönelik kapsamlı bir değerlendirme yapabilmek için gerekli bilgi alanı sunmaktadır. Aile yaşam döngülerindeki yaşam deneyimlerinin beş gelişim boyutunda değerlendirilmesinden, aile ilişkileri, aile içindeki rolleri ve bireysel yaşam döngülerindeki deneyimleri ve obeziteye yönelik görüş ve önerilerini kapsayan bir dizgede obezite tanısı almış kadınlara yönelik bütüncül bir değerlendirme yapılmıştır. Araştırmada obezite tanısı almış kadınların aile yaşam döngüsü perspektifinden beş gelişim boyutu ve bu gelişim boyutlarına etki eden faktörlerin değerlendirilmesinin, obezite ve yaşam döngüsü ilişkisini açıklamada önemli olduğu görülmüştür. Obezite tanısı almış kadınların bireysel yaşam döngülerindeki deneyimlerinin de en az ailenin yaşam döngüsü kadar değerlendirilmesi gereken bir alan olduğu ortaya çıkmıştır.

Araştırmanın bulguları, AYD perspektifinden obezite tanısı almış kadınların sosyal hizmet gereksinimlerinin değerlendirilmesi, bireyin yaşam döngüsü ve görüş ve öneriler tamaları aracılığıyla analiz edilmiş bulgulardan ve AYD evrelerinin beş gelişim boyutunda karşılaştırmalı analizlerinden elde edilen bulgular aracılığıyla sunulmuştur.

Araştırmanın sonuçları, aile yaşam döngüsündeki yaşam olaylarının kadınların vücut ağırlıkları üzerinde olumlu ve olumsuz etkilerinin olduğu, kadınların özellikle çocukluk, ergenlik, evlilik, çalışma ve kadın olma deneyimlerinden kaynaklanan sorunların, travmatik yaşantıların ve olumsuz yaşam olaylarının vücut ağırlıklarındaki artış hızı ile ilişkisinin doğru orantılı olduğunu göstermiştir. Ayrıca araştırmanın sonuçları, aile yaşam döngüsündeki ve bireyin yaşam döngüsündeki olumlu ve olumsuz yaşam olaylarının kadınların vücut ağırlıkları üzerinde önemli etkileri olduğunu göstermektedir. Katılımcılar tarafından, fiziksel, bilişsel, duyuşsal, sosyal ve tinsel gelişim boyutlarında çok çeşitli sorun alanları tanımlanmıştır. Obezite tanısı almış kadınların sosyal hizmet gereksinimlerinin değerlendirilmesinde aile yaşam döngüsü ve bireyin yaşam döngüsü perspektifinin birlikte ele alınması önemlidir.

Araştırmanın önerileri, sosyal hizmet uygulamasına, sosyal hizmet eğitime ve sosyal hizmet alanında yapılacak çalışmalara yönelik olmak üzere üç başlık altında toplanmıştır. Bu çalışmanın obezite tanısı almış kadınların sosyal hizmet gereksinimlerinin bütüncül değerlendirmesini yapabilmek amacıyla, sosyal hizmet uygulamalarına, sosyal hizmet eğitime ve alanda yapılacak çalışmalara yönelik önerileri bulunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Aile Yaşam Döngüsü, Bireyin Yaşam Döngüsü, Obezite Tanısı Almış Kadınlar, Sosyal Hizmet Gereksinimleri,

SUMMARY

A Qualitative Research on the Social Work Needs of Women Diagnosed with Obesity from the Perspective of the Family Life Cycle

The aim of this study, written with a qualitative method and phenomenological approach, is to evaluate the social service needs of women diagnosed with obesity from a holistic perspective from the perspective of the family life cycle. The study group of the research consisted of 27 female participants living in six family life cycle stages. The data of the research were collected using in-depth interview technique through a semi-structured interview form. The data was analyzed using the MAXQDA 2020 program, which is a qualitative data analysis tool. The texts of the deciphered voice recordings were uploaded to the program, coding was done, and 102 codes were created that were most suitable for the purpose of the research and the data in the literature and covered the most original experiences of the participants. Three themes were created by grouping similar codes through the created code list, and the concept map of the study emerged by listing the themes in a logical order. The created concept map also formed the road map for the presentation of the findings. The final data analysis of the research is given as comparative analysis in the fourth heading. Comparative analyzes enabled the comparison of the obesity-related life experiences of the participants in each stage in the five developmental dimensions of physical, cognitive, affective, social and spiritual development in the six-stage family life cycle model defined by Carter and Mc Goldrick (1989).

This thesis study evaluates the social service needs of women diagnosed with obesity and provides the necessary information to make a comprehensive evaluation of women diagnosed with obesity as a client group in the field of social work. A holistic evaluation was made for women diagnosed with obesity in a system that included the evaluation of life experiences in family life cycles in five developmental dimensions, family relationships, roles within the family, experiences in individual life cycles, and their opinions and suggestions regarding obesity. In the study, it was seen that the five developmental dimensions of women diagnosed with obesity from the perspective of the family life cycle and the evaluation of the factors affecting these developmental dimensions are important in explaining the relationship between obesity and life cycle. It has been revealed that the individual life cycle experiences of women diagnosed with obesity are an area that should be evaluated at least as much as the family life cycle.

The findings of the research show that life events in the family life cycle have positive and negative effects on women's body weight, and that women experience problems, traumas and problems arising from their experiences of childhood and adolescence, marriage, working and being a woman. It has been shown that the relationship between negative life events and the rate of increase in body weight is directly proportional.

Research results show that positive and negative life events in the family life cycle and the individual's life cycle have significant effects on women's body weight. A wide range of problem areas have been identified in physical, cognitive, affective, social and spiritual development dimensions. Important milestones in the life cycle of women such as marriage, pregnancy, birth, having a child, divorce, traumatic experiences and losses have great effects on the path towards being diagnosed with obesity. It has been suggested that the family life cycle and individual life cycle perspectives should be considered together in evaluating the social service needs of women diagnosed with obesity.

This study has suggestions for social work practices, social work education and studies to be carried out in the field, in order to make a holistic assessment of the social service needs of women diagnosed with obesity.

Keywords: Family Life Cycle, Life Cycle of the Individual, Social Work Needs, Women Diagnosed with Obesity.

İÇİNDEKİLER

Etik Beyan	ii
Kabul ve Onay	iii
Özet	iv
Summary	v
İçindekiler	vi
Önsöz	x
Simgeler ve Kısaltmalar	xii
Şekiller	xiii
Çizelgeler	xv
1. GİRİŞ	1
1.1. Araştırmanın Problemi	2
1.2. Araştırmanın Amacı	5
1.3. Araştırmanın Önemi ve Özgünlüğü	6
1.4. Araştırmanın Tanımları	9
1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları	10
1.6. Obezite Tanımı ve Kapsamı	10
1.7. Obezitenin Kadınlar Üzerindeki Etkisi	15
1.8. Aile Yaşam Döngüsü Perspektifi	17
1.9. Bireyin Yaşam Döngüsü	22
1.10. Ekolojik Sistem Yaklaşımı ve Ekolojik Değerlendirme	24
1.10.1. Fiziksel Boyut	27
1.10.2. Duyuşsal Boyut	28
1.10.3. Sosyal Boyut	29
1.10.4. Bilişsel Boyut	30
1.10.5. Tinsel Boyut	31
1.11. Araştırmayı Destekleyen Diğer Sosyal Hizmet Perspektifleri	32
2. GEREÇ VE YÖNTEM	35
2.1. Araştırmanın Modeli	35
2.2. Araştırmanın Çalışma Grubu	36
2.3. Veri Toplama Araçları	37
2.4. Verilerin Analizi	39
2.5. Etik Konular	41
2.6. Süre ve Olanaklar	43
2.7. Geçerlik Güvenilirlik	43
2.8. Araştırmacının Rolü	44
2.9. Katılımcılara İlişkin Veriler	46
3. BULGULAR	50
3.1. Aile Yaşam Döngüsü Perspektifinden Obezite Tanısı Almış Kadınların Gelişim Boyutlarının Değerlendirilmesi	53
3.1.1. Fiziksel Boyut	54
3.1.1.1. Bedensel Kısıtlılıklar	55
3.1.1.1.1. Büyük Beden Olmak	55
3.1.1.1.2. Fiziksel Aktivite	57
3.1.1.1.3. Öz Bakım	58
3.1.1.1.4. Yürüme	59
3.1.1.1.5. Fiziksel Ağrılar	60

3.1.1.2. Sağlık Sorunları	61
3.1.1.2.1. Covid-19 Pandemisi	61
3.1.1.2.2. Kronik Sağlık Sorunları	63
3.1.1.2.3. Diz Ağrıları ve Sorunları	64
3.1.1.2.4. Menopoz	64
3.1.1.2.5. Uyku Sorunları	65
3.1.1.2.6. Düşük	66
3.1.1.2.7. Polikistik Over	66
3.1.1.3. Obeziteye Bağlı Geçirilen Operasyonlar	67
3.1.1.3.1. Mide Ameliyatı Olma Düşüncesi	67
3.1.1.3.2. Mide Ameliyatı	68
3.1.1.3.3. Mide Botoksu	69
3.1.2. Bilişsel Boyut	69
3.1.2.1. Obezite Algısı	70
3.1.2.1.1. Ailenin Yeme Alışkanlıkları	71
3.1.2.1.2. Bireyin Yeme Alışkanlıkları	73
3.1.2.1.3. Obeziteye Yönelik Düşünceler	75
3.1.2.1.4. Obezite Farkındalığı	76
3.1.2.1.5. Genetik Yatkınlık	78
3.1.2.2. Kendilik Algısı	79
3.1.2.2.1. Kendine Yönelik Düşünceler	79
3.1.2.2.2. Kendini Başkalarıyla Kıyaslama	81
3.1.2.2.3. Başkalarıyla Kıyaslanma	83
3.1.2.3. Beden İmajı	84
3.1.2.3.1. Olumsuz Beden İmajı Algısı	84
3.1.2.3.2. Olumlu Beden İmajı Algısı	87
3.1.3. Duyuşsal Boyut	88
3.1.3.1. Psikososyal Sorunlar	88
3.1.3.1.1. Öfke	89
3.1.3.1.2. Kaygı	91
3.1.3.1.3. Psikoterapi	92
3.1.3.1.4. Stres	93
3.1.3.1.5. Yardım İsteme	94
3.1.3.1.6. Antidepresan	95
3.1.3.2. Duygusal Yeme	96
3.1.3.2.1. Olumsuz Duygulara Bağlı Gelişen Yeme İsteği	97
3.1.3.2.2. Olumlu Duygulara Bağlı Gelişen Yeme İsteği	98
3.1.3.2.3. Gece Yeme	99
3.1.3.3. Özgüven ve Benlik Saygısı	100
3.1.3.3.1. Olumsuz Özgüven ve Benlik Saygısı Duyumsamaları	100
3.1.3.3.2. Utanç	102
3.1.3.3.3. Olumlu Özgüven ve Benlik Saygısı Duyumsamaları	103
3.1.3.3.4. Duygusal Öz Bakım	103
3.1.4. Sosyal Boyut	104
3.1.4.1. Sosyal Destek Mekanizmaları	104
3.1.4.1.1. Aile	105
3.1.4.1.1.1. Eş ve Çocuklar	106
3.1.4.1.1.2. Ebeveynler	107
3.1.4.1.1.3. Kardeşler	108
3.1.4.1.1.4. Diğer Aile Bireyleri	109
3.1.4.1.2. Arkadaşlar	110
3.1.4.2. Ayrımcılığa Yönelik Deneyimler	111
3.1.4.2.1. Ötekileştirilme	112

3.1.4.2.2. Dışlanma	113
3.1.4.3. Yoksulluk	115
3.1.5. Tinsel Boyut	117
3.1.5.1. İnanç ve Değerler	117
3.2. Bireyin Yaşam Döngüsü	119
3.2.1. Çocukluk Deneyimi	120
3.2.1.1. Aileye Özgü Sorunlar	121
3.2.1.2. Beslenme	124
3.2.1.3. Kız Çocuk Olmak	125
3.2.1.4. Okul Terki	126
3.2.1.5. Akran İlişkileri	126
3.2.1.6. Cinsel İstismar	127
3.2.1.7. Olumlu Deneyimler	127
3.2.2. Ergenlik Deneyimi	128
3.2.2.1. Vücut Ağırlığında Artış	128
3.2.2.2. Travmatik Deneyimler	129
3.2.2.3. Göç	130
3.2.2.4. Yatılı Okul	131
3.2.2.5. Olumlu Deneyimler	132
3.2.3. Evlilik Deneyimi	132
3.2.3.1. Evlilikte Süregelen Sorunlar	133
3.2.3.2. Ebeveynler Tarafından Desteklenmeyen Evlilikler	134
3.2.3.3. Erken Evlilik	135
3.2.3.4. Görücü Usulü Evlilik	135
3.2.4. Annelik Deneyimi	136
3.2.4.1. İnfertilite	136
3.2.4.2. Hamilelik	137
3.2.4.3. Doğum Sonrası	138
3.2.4.4. Çocuğun Bakım Yüğü	139
3.2.4.5. Çocuğun Kilosuna Yönelik Endişeler	140
3.2.5. Çalışma Deneyimi	141
3.2.5.1. Çalışma Koşulları	142
3.2.5.2. Obeziteye Bağlı Çalışmak İstememe	143
3.2.5.3. Çalışan Anne Olmak	144
3.2.5.4. Olumlu Deneyimler	144
3.2.5.5. Mobbing	145
3.2.6. Kadın Olma Deneyimi	145
3.2.6.1. Şiddete Maruz Kalmış Olmak	146
3.2.6.1.1. Ebeveyn	146
3.2.6.1.1.1. Baba	147
3.2.6.1.1.2. Anne	147
3.2.6.1.2. Eş	148
3.2.6.1.3. Kardeş	149
3.2.6.1.4. Flört Şiddeti	150
3.2.6.2. Obezite Tanısı Almış Kadın Olma	150
3.2.6.3. Ebeveynin Bakım Yüğü	151
3.3. Görüş ve Öneriler	151
3.3.1. Empatik Yaklaşım	152
3.3.2. Tedavide Diyetisyen ve Diyet	154
3.3.2.1. Diyetisyenin Rolü	155
3.3.2.2. Diyetin Rolü	156
3.3.3. Multidisipliner Çalışma	157
3.3.4. Toplumsal Farkındalık	158

3.3.5. Hizmetlere Erişim	159
3.4. Karşılaştırılmal Analizler	160
3.4.1. Aile Yaşam Döngüsü Evreleri ve Fiziksel Boyut Karşılaştırılmal Analizleri	204
3.4.2. Aile Yaşam Döngüsü Evreleri ve Bilişsel Boyut Karşılaştırılmal Analizleri	206
3.4.3. Aile Yaşam Döngüsü Evreleri ve Duyuşsal Boyut Karşılaştırılmal Analizleri	207
3.4.4. Aile Yaşam Döngüsü Evreleri ve Sosyal Boyut Karşılaştırılmal Analizleri	209
3.4.5. Aile Yaşam Döngüsü Evreleri ve Tinsel Boyut Karşılaştırılmal Analizleri	210
4. TARTIşMA	212
5. SONUÇ VE ÖNERİLER	246
KAYNAKÇA	265
EKLER	274
EK-1 Etik Kurul Kararı	274
EK-2 Yarı-Yapılandırılmış Görüşme Formu	275
ÖZGEÇMİş	278



ÖNSÖZ

Bu tez çalışması farklı aile yaşam döngülerinde yer alan obezite tanısı almış kadınların sosyal hizmet gereksinimlerinin değerlendirilmesini amaçlamaktadır. Bu kadınların her bir yaşam döngüsü evresindeki farklılaşan deneyimlerinin obezite üzerine etkilerinin derinlemesine görüşmeler yoluyla araştırıldığı bu çalışmada, görüşme yapılan kadınlardan elde edilen bütün veriler titizlikle deşifre edilmiş ve hem deneyim hem de gözlem açısından epey yüklü olan bu veriler nitel araştırma desenine uygun bir biçimde analiz edilmiştir. Analiz edilen veriler bulgular bölümünde verilmiş ve bu bulgular tartışma, sonuç ve öneriler aracılığıyla derinlemesine incelenmiştir.

Çalışmanın başından bu yana benden hiçbir zaman desteğini esirgemeyen değerli hocam tez danışmanım Prof. Dr. Veli DUYAN'a, çalışmamı katkılarıyla zenginleştiren ve görüşleriyle her zaman destek olan sayın hocalarım Prof. Dr. Alev KESER ve Doç. Dr. Gonca POLAT'a çok teşekkür ederim. Tez Savunma jürimde olmayı kabul ederek, çok değerli görüş ve önerilerini paylaşan, tezimin son halini almasında katkıları çok büyük olan saygıdeğer hocalarım Doç. Dr. Merve Deniz PAK GÜRE ve Doç. Dr. Mustafa KARATAŞ'a çok teşekkür ederim.

En büyük teşekkürüm bu çalışmaya gönüllü olarak destek veren kadınlara. Bana yüreklerinin kapılarını sonuna kadar açtılar ve kendilerini zorlayan deneyimleri benimle samimiyet ve içtenlikle paylaştılar. Her birine şükranlarımla teşekkür ederim. Umarım bu çalışmamda onların deneyimlerini onların dilinden ve gözünden aktarabilmişimdir. Kadınlara ulaşabilmemi sağlayan, doktor, hemşire, diyetisyen ve de meslektaşlarım sosyal hizmet uzmanlarına şükranlarımı iletmek isterim.

Benden hiçbir zaman desteğini esirgemeyen sevgili annem ve babam Güli ve Yusuf BOYRAZ'a ve doktora sürecimde bende emekleri çok olan ikinci annem ve babam Sabiha ve Yusuf TURHAN'a şükranlarımı sunarım. Kocaman bir ailem var, abilerim Mehmet, Bülent, Abuzer, Deniz ve Emrah BOYRAZ ve ablalarım Türkan BOYRAZ ve Özlem KOVANCI, Elvan ENGİN'e ve sevgili yeğenlerim, Zeynep, Burak, Seda, Emir Han, Yusuf Aras, Ali Fırat ve Ayşegül BOYRAZ ve Arda ve Tuna KOVANCI ve Efe ve Emir ENGİN'e teşekkür ederim. Hepinizin başarılarını birlikte kutlayabilmek dileğiyle.

Doktora sürecimde desteklerini her zaman hissettiğim arkadaşım ve meslektaşım Doç. Dr. Gül KARAHAN ve Öğr. Gör. Elif ÇETİNTAŞ'a, eskilerde öğrencim ve şimdilerde

meslektaşlarım Aleyna YILDIRIM, Özlem SALMAN ve Şeyma AHISKALIOĞLU'na desteklerinden dolayı teşekkür ederim.

Arkadaşım ve meslektaşım Dr. SHU Mansur SEYİTOĞLU'na, tezimi baştan sona okuyarak önerilerini ilettiği için ve beni hem tez yazım sürecimde hem de tezin son halini alması aşamalarında yalnız bırakmadığı için çok teşekkür ederim. Tezimin analizleri ve bulgular bölümünde ikinci bir göz olarak desteğini esirgemeyen ve çalışmamın bugünkü halini almasında emeği olan arkadaşım ve meslektaşım Dr. Arş. Gör. Tuğba CANBULUT'a gönülden ve sonsuz teşekkürler. Klinik Psikolog, aynı zamanda Psikodramatist ve Psikoterapist Esra SEYİTOĞLU'na ikinci bir göz olarak tezimi okuyup, geri bildirimler verdiği için çok teşekkür ederim. Sevgili analistim Şebnem GÖKBÖRÜ'ye bu yolculukta beni yalnız bırakmadığı, iç görüşümü zenginleştirdiği için teşekkür ederim.

Sevgili eşim Doç. Dr. Rıdvan TURHAN ve canım oğlum Ayas Toprak TURHAN; bu çalışma sizlerin verdiği güç ile doğdu, büyüdü. Desteğiniz ve her fırsatta cömertçe gösterdiğiniz sonsuz sevginiz için teşekkürler. İyi ki bu yolda sizinle yürüyorum, yolumu aydınlattığınız için teşekkür ederim.

SİMGELER VE KISALTMALAR

Akt	Aktaran
AYD	Aile Yaşam Döngüsü
BKİ	Beden Kütle İndeksi
MAXQDA	Qualitative Data Analysis (Nitel Veri Analiz Programı)



ŞEKİLLER

Şekil 1.1. Obezite Tanımı ve Kapsamı	12
Şekil 1.2. Biyopsikososyal Yaklaşım ve Obezitenin Etkileri	13
Şekil 1.3. Obezite Tanısı Almış Kadın ve Ekolojik Çevre	17
Şekil 2.1. Katılımcılarla Yapılan Görüşmelerin, Görüşme Şekli Dağılımı	38
Şekil 2.2. Araştırmada Toplanan Verilerin Kapsamı	40
Şekil 3.1. Kavram Haritası	52
Şekil 3.2. AYD Perspektifinden Obezite Tanısı Almış Kadınların Gelişim Boyutlarının Değerlendirilmesi	54
Şekil 3.3. Fiziksel Boyut	54
Şekil 3.4. Bedensel Kısıtlılıklar	55
Şekil 3.5. Sağlık Sorunları	61
Şekil 3.6. Obeziteye Bağlı Geçirilen Operasyonlar	67
Şekil 3.7. Bilişsel Boyut	70
Şekil 3.8. Obezite Algısı	70
Şekil 3.9. Kendilik Algısı	79
Şekil 3.10. Beden İmajı	84
Şekil 3.11. Duyuşsal Boyut	88
Şekil 3.12. Psikososyal Sorunlar	88
Şekil 3.13. Duygusal Yeme	96
Şekil 3.14. Özgüven ve Benlik Saygısı	100
Şekil 3.15. Sosyal Boyut	104
Şekil 3.16. Sosyal Destek Mekanizmaları	105
Şekil 3.17. Aile	105
Şekil 3.18. Ayrımcılığa Yönelik Deneyimler	112
Şekil 3.19. Tinsel Boyut	117
Şekil 3.21. Bireyin Yaşam Döngüsü	120
Şekil 3.22. Çocukluk Deneyimi	121
Şekil 3.23. Ergenlik Deneyimi	128
Şekil 3.24. Evlilik Deneyimi	132
Şekil 3.25. Annelik Deneyimi	136
Şekil 3.26. Çalışma Deneyimi	141
Şekil 3.27. Kadın Olma Deneyimi	146
Şekil 3.28. Şiddete Maruz Kalmış Olmak	146
Şekil 3.29. Görüş ve Öneriler	152
Şekil 3.30. Tedavide Diyetisyen ve Diyet	154
Şekil 3.31. Bütün Çalışmada En Sık Tekrar Eden Kelimeler	160

Şekil 3.32. Birinci Evre ve Gelişim Boyutları	161
Şekil 3.33. İkinci Evre ve Gelişim Boyutları	161
Şekil 3.34. Üçüncü Evre ve Gelişim Boyutları	162
Şekil 3.35. Dördüncü Evre ve Gelişim Boyutları	163
Şekil 3.36. Beşinci Evre ve Gelişim Boyutları	164
Şekil. 3.37. Altıncı Evre ve Gelişim Boyutları	164
Şekil. 3.38. 1 ve 2. Evrede Gelişim Boyutları	165
Şekil. 3.39. 1ve 3. Evrede Gelişim Boyutları	169
Şekil 3.40. 1 ve 4. Evrede Gelişim Boyutları	172
Şekil 3.41. 1 ve 5. Evrede Gelişim Boyutları	175
Şekil 3.42. 1 ve 6. Evrede Gelişim Boyutları	177
Şekil 3.43. 2 ve 3. Evrede Gelişim Boyutları	180
Şekil. 3.44. 2 ve 4. Evrede Gelişim Boyutları	183
Şekil 3.45. 2 ve 5. Evrede Gelişim Boyutları	186
Şekil 3.46. 2 ve 6. Evrede Gelişim Boyutları	189
Şekil 3.47. 3 ve 4. Evrede Gelişim Boyutları	190
Şekil 3.48. 3 ve 5. Evrede Gelişim Boyutları	193
Şekil 3. 49. 3 ve 6. Evrede Gelişim Boyutları	195
Şekil 3.50. 4 ve 5. Evrede Gelişim Boyutları	197
Şekil 3.51. 4 ve 6. Evrede Gelişim Boyutları	199
Şekil 3.52. 5 ve 6. Evrede Gelişim Boyutları	200
Şekil 3.53. AYD Evreleri ve Gelişim Boyutları Kod Yoğunluk Matrisi	203
Şekil 3.54. AYD Evreleri ve Fiziksel Boyut Kod Yoğunluk Matrisi	205
Şekil 3.55. AYD Evreleri ve Bilişsel Boyut Kod Yoğunluk Matrisi	206
Şekil 3.56. AYD Evreleri ve Duyuşsal Boyut Kod Yoğunluk Matrisi	207
Şekil 3.57. AYD Evreleri ve Sosyal Boyut Kod Yoğunluk Matrisi	209
Şekil 3.58. AYD Evreleri ve Tinsel Boyut Kod Yoğunluk Matrisi	211

ÇİZELGELER

Çizelge 1.1: Aile Yaşam Döngüsü Evreleri	18
Çizelge 2.1. Katılımcıları Tanıtıcı Bilgiler	47



1. GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (WHO, 2023), obeziteyi vücutta sağlık açısından risk oluşturan fazla yağ birikimi olarak tanımlamaktadır. Türkiye Sağlık Bakanlığı'nın tanımına göre obezite, "vücuda besinler ile alınan enerjinin harcanan enerjiden fazla olmasından kaynaklanan vücut yağ kütlesinin yağsız vücut kütlesine oranla artması ile ortaya çıkan bir hastalıktır" (TC Sağlık Bakanlığı, 2024). Aynı kaynaklara göre beden kütle indeksi (BKİ) 25'in üzerinde olan bireyler aşırı kilolu, 30'un üzerinde olan bireyler de obez olarak değerlendirilmektedir.

Yetişkinlerde obezite hesaplamaları en basit şekliyle kişinin kilosunun boyunun metre karesine bölünmesiyle ve vücuttaki yağ oranı ölçümleri ile elde edilir. "Beden Kütle İndeksi" (BKİ) bu anlamda en çok kullanılan hesaplama yöntemidir. BKİ hesaplamaları, vücuttaki yağ miktarının genel bir göstergesi olmakla beraber yağın dağılımı hakkında bilgi vermemektedir. Sporcularda, hamilelerde, büyüme çağındaki çocuklarda, ileri derece yaşlılarda, kalp ve böbrek yetmezliği olan hastalarda yanılgıya yol açabilir, bu sebeple Dünya Sağlık Örgütü, tanı aşamasında tek başına BKİ hesaplamalarının özellikle bu özellikleri taşıyan kişilerde kullanılmasını önermemektedir. BKİ hesaplamalarının yanı sıra elde edilen değerlerin kişinin yaşı, cinsiyeti, hastalıkları, beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite düzeyi gibi değişkenlere bağlı olarak uzman kişiler tarafından değerlendirilmesi önemlidir.

Sonuçları açısından birçok insanın fiziksel, psikolojik, duygusal, sosyal ve ekonomik sorunlar yaşamalarına yol açan bu hastalık hem dünyada hem de ülkemizde son yıllarda en çok tartışılan konuların başında gelmektedir. 2023 yılında yayınlanan Dünya Obezite Atlası verilerine göre 2020 yılında dünya genelinde 2,6 milyon kişi (%38) aşırı kilo ve obeziteden olumsuz etkilenirken 2025 yılında bu sayının 3.041 milyon (%42) ve 2035 yılında 4 milyon (%51) olması beklenmektedir (World Obesity Atlas, 2023). Aynı rapora göre kadın ve erkeklerde obezite görülme sıklığı oranlarına bakıldığında, kadınlarda obezite görülme sıklığı erkeklerden daha yüksektir. 2025 yılında dünya genelinde %16 olması beklenen obezite görülme sıklığının kadınlarda %21 olması beklenmektedir (World Obesity Atlas, 2023).

Türkiye'de de dünyada olduğu gibi her geçen yıl obezite görülme sıklığı artmaktadır. 2019 yılında yapılan Türkiye Sağlık Araştırması sonuçlarına göre 2019 yılı sonunda obezite

tanısı almış yetişkinlerin oranı erkeklerde %17,3 kadınlarda ise %24,8 olarak belirlenmiştir. Dünya Sağlık Örgütü'nün 3 Mayıs 2022 tarihinde yayınladığı, Dünya Sağlık Örgütü, Avrupa Bölgesel Obezite Raporu'na göre Türkiye obezite görülme sıklığı açısından Avrupa ülkeleri arasında birinci sırada yer almıştır. 2024 yılında yayınlanan aynı rapora göre Türkiye obezite görülme sıklığı birinci sırada olmaya devam eden ülkedir. Rapora göre Türkiye'de yetişkin nüfusun yüzde 66,8'i fazla kilolu, obez olarak nitelendirilenlerin oranı ise yüzde 32,1 olarak belirlenmiştir (WHO European Regional Obesity Report, 2024). Türkiye'de obezite görülme sıklığı, kadınlarda %40,71 ve erkeklerde ise %25,29 olup kadınlarda daha fazla görülmektedir.

Türkiye'de kadınlarda görülme sıklığı daha fazla olan obezitenin nedenleri ve sonuçları farklı boyutlarıyla tartışılmayı beklemektedir. Alan yazında kadınlarda obezite görülme sıklığının erkeklerden daha fazla olmasının nedenlerinin araştırıldığı çalışmalar kısıtlıdır. Bu çalışma ile aile yaşam döngüsü perspektifinden obezite tanısı almış kadınların sosyal hizmet gereksinimlerinin değerlendirilmesini kendine amaç edinmiştir. Bu amaç doğrultusunda, çalışmanın kuramsal bölümünde obezite ve obezite tanısı almış kadınlar tanımlanmış, aile yaşam döngüsü perspektifinden kadınların ekolojik bir değerlendirilmesi yapılmış, bireyin yaşam döngüsü ve araştırmanın dayandığı diğer kuramsal yaklaşımlar açıklanmıştır. Bu tez çalışmasının, obezite tanısı almış kadınların sosyal hizmet gereksinimlerini değerlendirmede alan yazına yeni bir bilgi alanı sağlaması hedeflenmektedir.

1.1. Araştırmanın Problemi

Obezite tanısı almış kadınlar, alan yazında genellikle tıbbi açıdan obeziteye bağlı sağlık sorunları yaşayan obez kadınlar olarak tanımlanmıştır. Bu çalışmada “obezite tanısı almış kadınlar” ifadesi özellikle kullanılmıştır. “Obez kadınlar” ifadesinin kendi içerisinde bir ayrımcılık ifadesi barındırabileceği tezinden yola çıkarak bu çalışmada herhangi bir damgalayıcı, ayrımcı ya da dışlayıcı ifade kullanılmamasına özen gösterilmiştir. Alan yazında kullanımının doğruluğundan şüphe edilmiş bir diğer kavram “kilo almak, kilo alımında artış” ifadeleridir. Bu ifadelerin yerine kullanımının doğruluğu beslenme ve diyet uzmanları tarafından teyit edilmiş “vücut ağırlığının artması, vücut ağırlığında artış” ifadelerinin kullanımı tercih edilmiştir. Alan yazında yanlış kullanım olan ifadelerden bir diğeri de BKİ olarak kısaltılmış, “beden kitle indeksi” olarak çalışmalarda yer alan ve doğru kullanımı “beden kütle indeksi” kavramıdır. Obezite tanısı almış kadınlar bu çalışmada

obeziteye bağlı biyopsikososyal açıdan çeşitli yaşam deneyimleri olan ve beden kütle indeksi 30'un üzerinde olan 18 yaşın üzerindeki kadınlardır.

Dünya Sağlık rgt (WHO: World Health Organization), 2023 verilerine göre Dünya'da yaklaşık 3 milyon insan ařırđ kilo veya obeziteden etkilenmektedir. Türkiye 2024 yılında Avrupa lkeleri arasında her iki cinsiyette ve çocukluk çağında obezite oranlarının en yüksek olduğu ülke olarak belirlenmiştir (WHO European Regional Obesity Report, 2024). Obezite görülme sıklığının Dünya'da ve Türkiye'de giderek arttığı bilimsel çalışmalarla ortaya konmaktadır. Bu güncel veriler ışıkında, Türkiye'de obezite görülme sıklığı giderek artış gösterirken ve obezite tanısı almış bireylerin sayısı nüfusun önemli bir bölümünü oluşturmasına karşın, sağlık politikalarında, medyada ve toplumsal farkındalığı arttırmada önemli bir araç olan medyada sınırlı temsillerinin olduğu görülmektedir.

Obezite Dünya'da ve Türkiye'de son yıllarda yalnızca tıp, beslenme ve diyet alanında değil sağlık ve sosyal bilimlere mensup farklı meslek grupları arasında da tartışılan ve araştırılan bir konu olmuştur. Nedenleri ve sonuçları bağlamında obezite çalışmalarının obezitenin farklı boyutlarına dikkat çektikleri görülmektedir. Obezite görülme sıklığının ülkemizde giderek artmasıyla beraber önleyici sağlık hizmetlerinin yanı sıra günümüzde tedaviye yönelik çok çeşitli alternatiflerin de ortaya çıktığı gözlemlenmektedir. Obezitenin neden olduğu sağlık sorunlarına yönelik çeşitli tedavi alternatifleri geliştirilmiştir. Obeziteye yönelik farklı disiplinlerde yapılan çalışmaların artması sağlık alan yazınında, özellikle son yıllarda, obezitenin tedavisinde yalnızca tıbbi müdahalelerin değil, multidisipliner ekip çalışmasını ve tıbbi ve psikososyal müdahaleleri içeren bütüncül bir bakış açısının gerekliliğini de ortaya koymaktadır (WHO, 2024).

Obezitede de cinsiyetler arasındaki etkilenme düzeyleri ve psikososyal faktörlerin çeşitliliği bakımından anlamlı farklılıklar görülmektedir (Aslan, 2018). Kadınlarda arasındaki yaş, gelir düzeyi, aile içi dinamikler, medeni durum ve ocuk sahibi olma, ekonomik özgürlüğe sahip olma, psikososyal açıdan farklılıklar gibi faktörlerin obezite üzerindeki etkisi bu faktörler arasında sayılmaktadır (Aslan, 2018). Buradan hareketle Türkiye'de 1975'te erkeklerde obezite görülme sıklığı %4,13 iken kadınlarda %13,53'tür. Günümüzde erkeklerde oran %25,29'a kadınlarda obezite yaygınlığı %40,71'lere yükselmiştir. İstatistiki verilerden de görüldüğü üzere kadınlarda obezite görülme sıklığı erkeklerden daha fazladır. Cooper vd. (2021) obezite görülme sıklığı üzerinden eş tanı ve tedavi konulu çalışmalarında cinsiyet farklılıklarını inceledikleri çalışmada, obezite görülme sıklığının kadınlarda

erkeklerden daha fazla olmasının fiziksel, çevrsel ve sosyal faktörlerle ilişkisi olduğunu vurgulamışlardır. (NCD-RisC, 2017: Akt. Cooper vd., 2021).

Aile yaşam döngüsü perspektifi, ailenin kurulduğu andan eşlerden birinin ölümüne kadar devam eden süreçte geçirdiği gelişimsel dönemleri kapsayan ve sistem yaklaşımları içinde yaygın olarak kullanılan bir modeldir. Aile bireylerin biyolojik, sosyal, psikolojik iyilik hallerini hem olumlu hem olumsuz yönde etkileyebilen bir sistemdir. Berge vd. (2012), aileyi birbirlerine sosyal ve duygusal destek sağladıklarında olumlu ve iyilik hali artmış, bu destek olumsuz olduğunda da bireylerin yaşamlarında olumsuz etkileri olabilecek birbiriyle ilişkili alt sistemlerden oluşan bir sistem olarak tanımlamaktadır. Aile yaşam döngüsü çeşitli dönemlerden oluşmaktadır ve her bir dönemde ailenin farklı ihtiyaçları vardır. Aile yaşam döngüsü perspektifinden sorunların ve rahatsızlıkların incelendiği çalışmalarda aile sistemini ve bu sistemi oluşturan alt sistemleri, tek tek bireyler ve ilişkiler bağlamında incelemek önemlidir (Novak vd., 2023). Bu model, bireylerin yetişkinlik yıllarından başlayarak evlilik, çocuk sahibi olma, çocukların okul çağında olması, evden ayrılması, boş yuva ve yaşlılık dönemleriyle devam eden bir döngüyü tanımlar (Carter ve Mc Goldrick, 1989). Bu döngü içerisinde bireyler yaş alır, olumlu ve olumsuz aile içi deneyimler yaşar.

Obezite bu çalışmada bireyi, aileyi ve toplumu çeşitli açılardan etkileyen biyopsikososyal bir sorun olarak incelenmiştir. Aile yaşam döngüsü perspektifi, ailenin yaşam döngüsünde yaşanan bütün süreçlerin obezite ile ilişkisini anlamada yardımcı önemli bir perspektif sunmaktadır. Aile yaşam döngüsü perspektifi obezite tanısı almış kadınların geçirdiği yaşamsal süreçlerini anlamada sistemli bir bakış açısı sağlamaktadır (Berge vd., 2012). Bu perspektif, genç yetişkinlik dönemi ile başlayarak, yaşlılık süreçlerine kadar giden yolda kadınların aile ilişkilerinde, evlilik, eş ilişkileri, iş yaşamı, çocuk sahibi olma, annelik gibi birçok deneyimin obezite ile ilişkisini anlamada bir yol haritası sunmaktadır. Obezite tanısı almış kadınların sosyal hizmet gereksinimlerini anlamayı kendine amaç edinmiş bu çalışmanın, aile yaşam döngüsü perspektifiyle birlikte düşünülmesi, kadınların obeziteye bağlı yaşam deneyimlerinin aile ilişkileri ve ailenin yaşam deneyimleriyle birlikte değerlendirilmesini sağlamaktadır.

Çalışmada aile yaşam döngüsü perspektifinin yanı sıra bireyin yaşam döngüsünün de önemi vurgulanmıştır. Bireyin yaşam döngüsü ile ailenin yaşam döngüsü iç içe geçmiş süreçlerden oluşmaktadır. Birey kendi yaşam döngüsünde ilerlerken, aile dinamikleri ve ailenin alt sistemleri de kendi içlerinde bir devinim içindedirler. Çocukluk, ergenlik, evlilik, annelik, kadın olma ve çalışma deneyimi gibi deneyimler obezite tanısı almış kadınların

bireysel yaşam döngüleri dâhilinde değerlendirilmiştir. Obezite tanısı almış kadınların kendi yaşam döngülerindeki deneyimleri aile yaşam döngüsünden bağımsız ancak zaman zaman kesişen yönlerinin değerlendirilmesi açısından önemli bir perspektif sağlamaktadır.

Sosyal hizmet alan yazınında obezite tanısı almış kadınlarla ilgili çalışmaların kısıtlı olduğu düşünüldüğünde, alana katkı sağlayacak yeni çalışmalara olan ihtiyaç artmaktadır. Obezite tanısı almış bireylere ve kadınlara ilişkin olarak aile içi iletişim ve aile yaşam döngülerindeki yaşam olaylarının obeziteye etkisine yönelik derinlemesine çalışmaların yapılması; obezitede cinsiyetler arası farklılıklara yönelik deneyimlerin incelenmesi; çocukluk çağı obezitesinin yetişkinlikte obezite ile ilişkisinin bütüncül bir perspektifle değerlendirilmesi, obezitede koruyucu önleyici psikososyal müdahale modellerinin geliştirilmesi gibi konular araştırılmayı beklemektedir. Bu çalışmada obezite tanısı almış kadınların yaşadıkları sorunlara, çözüm önerilerine ve sosyal hizmet gereksinimlerinin değerlendirilmesine yönelik bütüncül ve genel bir çerçeve sunulması hedeflenmiştir. Bu çalışma bu temel ihtiyacı kendine problem edinmiş ve obezite tanısı almış kadınların sosyal hizmet gereksinimlerini aile yaşam döngüsü perspektifinden değerlendirmeyi amaçlamıştır.

Bu amaç doğrultusunda obezite tanısı almış kadınların sosyal hizmet gereksinimleri beş gelişim boyutu olan fiziksel, bilişsel, duyuşsal, sosyal ve tinsel boyutlarıyla değerlendirilmiş ve sosyal hizmetin temel işlevleri kapsamında sonuç ve öneriler sunulmuştur.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu tez çalışmasının amacı nitel desen ve fenomenolojik yaklaşımla aile yaşam döngüsü perspektifinden obezite tanısı almış kadınların sosyal hizmet gereksinimlerini anlamaktır.

Bu genel amaç doğrultusunda farklı aile yaşam döngülerindeki obezite tanısı almış yetişkin kadınlarla derinlemesine görüşmeler yapılmıştır. Bu doğrultuda belirlenen alt amaçlar şöyledir:

Obezite tanısı almış kadınların;

1. Fiziksel, bilişsel, duyuşsal, sosyal ve tinsel boyutta gelişimleri nasıldır?
2. Aile yaşam döngüsü evrelerindeki deneyimleri gelişimlerinin fiziksel boyutunu nasıl etkilemektedir?

3. Aile yaşam döngüsü evrelerindeki deneyimleri gelişimlerinin bilişsel boyutunu nasıl etkilemektedir?

4. Aile yaşam döngüsü evrelerindeki deneyimleri gelişimlerinin duyuşsal boyutunu nasıl etkilemektedir?

5. Aile yaşam döngüsü evrelerindeki deneyimleri gelişimlerinin sosyal boyutunu nasıl etkilemektedir?

6. Aile yaşam döngüsü evrelerindeki deneyimleri gelişimlerinin tinsel boyutunu nasıl etkilemektedir?

7. Çocukluk dönemi yaşantıları ve aileleriyle ilişkileri nasıldır? Bu dönemdeki yaşam deneyimlerinin obezite ile ilişkisini nasıl ilişkilendirmektedirler?

8. Ergenlik dönemi yaşantıları nasıldır? Aileler bu dönemde kadınların deneyimlerine nasıl yaklaşmaktadır?

9. Evlilik deneyimleri nasıldır, evlilik süreçlerindeki gelişimsel yaşam olaylarını nasıl deneyimlemektedirler?

10. Annelik deneyimlerini nasıl tarif etmektedirler, bu deneyimle gelişen yaşantılara yönelik değerlendirmeleri nasıldır?

11. Çalışma deneyimleri nasıldır, bu deneyimler kadınlar tarafından nasıl tarif edilmektedir?

12. Kadın olmaya yönelik deneyimleri nasıldır, obezite tanısı almış kadın olmayı nasıl deneyimlemektedirler?

13. Obeziteye bağlı yaşadıkları sorunların çözümüne yönelik görüş ve önerileri nelerdir?

Sorularına cevap aranmış ve bu alt amaçlar yarı yapılandırılmış soru formu ile yapılan derinlemesine görüşmelerin temel içeriğini oluşturmuştur.

1.3. Araştırmanın Önemi ve Özgünlüğü

Bu araştırma ile sosyal hizmet alanında bir müracaatçı grubu olarak tanımlanan ancak henüz Türkiye’de sosyal hizmet uygulamalarında, eğitiminde ve alan yazınında kısıtlı

alışmalarla tartışılan bir konu olan obezite tanısı almış kadınlara ilişkin kapsamlı bir bilgi temeli sunulması hedeflenmiştir.

Obezite Dünya’da ve Türkiye’de her geçen yıl giderek daha fazla insanı olumsuz etkileyen bir sağlık sorunu olarak farklı bilim dalları ve meslekler tarafından araştırılmaya açık bir konudur. DSÖ’nün 2024 yılı raporuna göre Türkiye %66.8’lik bir oranla Avrupa lkeleri arasında obezite oranların en yüksek olduğu ülke konumundadır. Dünya Obezite Atlası (2023), verilerine göre Türkiye’de kadınlarda obezite görülme sıklığı erkeklere oranla daha yüksektir. Türkiye’nin de değerlendirdiği bu rapora göre 2035 yılında Türkiye’de her iki yetişkinden biri obez olabilir.

Araştırmanın probleminin belirlenmesi aşamasında, sosyal hizmet alan yazınında obeziteye yönelik çalışmaların kısıtlı olduğu görülmüştür. Bu doktora tez çalışması, araştırmacı olarak, sosyal hizmet mesleğinde obeziteye yönelik çalışmaların araştırmakla başlamıştır. Tez yazma sürecinin en başında konu seçimi ile ilgili araştırmalarda obezitenin özellikle kadınlardan açısından nasıl deneyimlendiği araştırmacı tarafından merak edilmiştir. Bu merak Türkiye’de obezite tanısı almış kadınların obeziteye bağlı yaşadıkları sorunların farklı boyutlarının olabileceğini düşünmekle başlamıştır. Obezite ile mücadelede multidisipliner çalışmaların önemine değinen çalışmalar dikkat çekici olmuştur. Obezite ile ilgili alan yazın incelendiğinde çalışmaların tıp, hemşirelik, beslenme ve diyet ve psikoloji gibi alanlarda yoğunlaştığı görülmüştür. Sağlığın biyopsikososyal belirleyicilerini irdeleyen bir meslek olarak sosyal hizmette obezite tartışmalarının kısıtlı olduğu görülmüştür. Karmaşık ve çoklu faktörlerin rol oynadığı obezitede aile üyelerinin, sosyal destek mekanizmalarının ve toplumun da rolü merak edilen konu başlıkları olmuştur.

Altı farklı aile yaşam döngüsü evresinde yaşamını sürdüren ve birbirinden farklı yaşam koşullarına sahip kadınların deneyimlerinin derinlemesine incelendiği bu araştırmanın sonuçları ve nerileri bağlamında sosyal hizmet alan yazınında ve uygulamasında bir boşluğu dolduracağı düşünülmektedir. Yeni bir müracaatçı grubu olarak obezite tanısı almış kadınların, aile yaşam deneyimlerinin anlaşılması konunun bütüncül bir şekilde irdelenmesine de olanak sağlamaktadır. Alan yazında aile yaşam döngüsü perspektifinden kadınların sosyal hizmet gereksinimlerinin belirlenmesi konusunda herhangi bir araştırmaya rastlanmamıştır. Konunun derinlemesine görüşmeler yoluyla bütüncül bir şekilde araştırılması hem tıbbi hem de psikososyal boyutlarının sosyal hizmet mesleği açısından öneminin tartışılmasını sağlamaktadır.

D'Archivio vd. (2024), obezite ve cinsiyet farklılıkları ile ilgili yapılmış çeşitli makaleleri inceledikleri derleme çalışmalarında, kadın ve erkekler arasındaki farklılıkların obeziteye etkilerinin, kadınlarda özellikle yaşanan biyopsikososyal sorunlar açısından daha karmaşık olabileceğini vurgulamışlardır. Bu doktora tez çalışması, aile yaşam döngüsü perspektifi ile obezite tanısı almış kadınların her bir aile yaşam döngüsü evresindeki deneyimlerinin; fiziksel, duyuşsal, sosyal, bilişsel ve tinsel boyutlarını ve aynı zamanda aile yaşam döngüsündeki bireyin yaşam döngüsü ile ilişkili; çocukluk, ergenlik, evlilik deneyimi, annelik, çalışma ve kadın olma deneyimlerini ve obezite tanısı almış kadınların obeziteye yönelik çalışmalar konusundaki görüş ve önerilerini incelemektedir. Bu boyutuyla sosyal hizmet alan yazınında ilk kez yapılmış bir araştırmadır. Araştırma yalnızca kadınların yaşadıkları olumsuz deneyimler ve zorlukları değil hem aile yaşam döngüleri hem de bireysel yaşam döngülerinde karşılaştıkları olumlu süreçleri ve destek mekanizmalarını da kapsamaktadır.

Sosyal hizmetin sosyal refah sistemi içerisinde güncel sorunları takip etme ve güncel sorunlara yönelik uygun sosyal hizmet müdahale planları oluşturma konusunda etik sorumluluğu vardır. Sosyal hizmet mesleği sorunların ve/veya hastalıkların çevresi içinde birey anlayışı ile irdelenmesi gerektiği anlayışına sahip bir meslektir. Sosyal hizmet uzmanları çalıştıkları kurum ve kuruluşlarda mesleki çalışmalarını multidisipliner çalışma prensiplerine uygun bir biçimde planlamak ve uygulamakla yükümlüdürler. Aynı zamanda sosyal hizmet uzmanları kuruluşlar arasında akışkanlığı sağlayarak ekip çalışmalarında sorumluluk alan meslek elemanları içerisinde yer almaktadırlar. Bu etik sorumluluğun bilincinde, güncel psikososyal sorunlarla mücadelede rol alması gereken meslek elemanları içerisinde sosyal hizmet uzmanları önemli bir yerdedir. Bu nedenle obeziteye neden olan faktörlerin ve obezitenin yarattığı sonuçların kişi ve çevreleri açısından anlaşılması ve ihtiyaç duyulan psikososyal hizmetlerin ve gereksinimlerin değerlendirilmesi çalışmanın ana çıkış noktasıdır.

Bu bilgiler doğrultusunda Türkiye'de görülme sıklığı oldukça yüksek oranlarda olan ve hem bireylerin hem de ailelerin yaşamlarını çeşitli boyutlarda etkileyen obezite ile mücadelede sağlık kuruluşlarında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının rol ve sorumlulukları bulunmaktadır. Bu rol ve sorumluluklar sosyal hizmetin mikro, mezzo ve makro uygulama düzeylerinde, koruyucu önleyici çalışmalar ve müdahale düzeylerinde planlanmalıdır. Sosyal hizmet uzmanları mikro düzeyde obezite sorununu yaşayan bireye yönelik psikososyal müdahaleler gerçekleştirebilir. Aynı zamanda alan yazında yer yer bir aile hastalığı olarak tanımlanan obezite ile çalışmada aile sistemi ile çalışmak oldukça önemlidir. Mezzo düzey

uygulama sosyal hizmet uzmanlarının aile sistemi ile çalışmalarını içerir. Sosyal hizmet uzmanları sorun alanını tanımlamak, soruna yönelik uygun sosyal hizmet müdahale çerçevesi oluşturmak ve uygulamak ve uygulamaların sonuçlarını izlemekle yükümlüdür. Bu araştırmanın sosyal hizmet uzmanlarına obezite tanısı almış kadınların sosyal hizmet gereksinimlerinin belirlenmesi konusunda bir kaynak olabileceği düşünülmekte aynı zamanda sosyal hizmet mesleğinde obezite konusunda bu araştırmadan sonra yapılacak çalışmalara da ışık tutacağı düşünülmektedir.

Bu çalışmanın aile yaşam döngüsü perspektifinden obezite tanısı almış kadınların sosyal hizmet gereksinimlerinin belirlenmesi ve kadınların aile dinamiklerinin obeziteye etkisinin irdelenmesi açısından sosyal hizmet alan yazınına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

1.4. Araştırmanın Tanımları

Bu bölümde araştırmanın tanımlarına yer verilmiştir.

Obezite Tanısı Almış Kadınlar: Bu çalışmada Beden Kütle İndeksi 30'un üzerinde olan kadınları ifade etmektedir. Araştırmada herhangi damgalayıcı ve ayırıcı bir dil kullanmamak üzere, özellikle *obezite tanısı almış kadın* olarak kullanılmaya özen gösterilmiştir.

Aile Yaşam Döngüsü: Aileyi zaman içerisinde değişen ve gelişen bir sistem olarak tanımlayan, Carter ve Mc Goldrick (1989) tarafından tanımlanmış altı evreden oluşan aile yaşam döngüsü modelidir.

Aile Yaşam Döngüsü Evreleri: Carter ve Mc Goldrick (1989) tarafından tanımlanmış aile yaşam döngüsünün 6 evresini tanımlamak için kullanılmıştır. Bu evreler; (1) Yetişkinlik, (2) Evlilik, (3) Küçük Çocuklu Aileler, (4) Ergenlik Döneminde Çocuğu Olan Aileler, (5) Çocukların Evden Ayrılması, (6) Yaşlılık ve Emeklilik evreleri olarak tanımlanmıştır.

Ekolojik Değerlendirme: Sorunların ve hastalıkların teşhis ve tedavisinde 1960'lı yıllarda yaygın bir biçimde kullanılan medikal modele karşı geliştirilmiş olan bir modeldir. Bireyi çevresi içinde ele alarak, içinde bulunduğu ekosistem ile değerlendiren ve sorunların kaynağını da yine bu ekosistem içerisinde gelişen ilişkiler bağlamında ele alan, sosyal hizmette oldukça yaygın kullanılan kuramsal bir yaklaşımdır.

Gelişim Boyutları: Bireylerin sosyal çevreleri ile sürekli etkileşim içerisinde olduğunu savunan ekolojik yaklaşım insan gelişimini fiziksel, bilişsel, sosyal, duyuşsal ve tinsel olmak üzere beş gelişim boyutunda ele alır. Bu beş gelişim boyutunun her biri diğeri ile etkileşim içerisinde. Çevresel ve ilişkisel faktörlerin bu gelişim boyutları üzerinde oldukça fazla etkisi vardır.

Bireyin Yaşam Döngüsü: Obezite tanısı almış kadınların çocukluk, ergenlik, evlilik, annelik, çalışma ve kadın olma gibi bireysel deneyimlerini kapsayan zamansal bir döngüyü tanımlamaktadır. Carter, Preto ve Mc Goldrick tarafından 2015 yılında beşinci baskısı yayınlanmış “Expanding Family Life Cycle” kitabına göre kuramsal temeli oluşturulmuştur.

Sosyal Hizmet Gereksinimleri: Obezite tanısı almış kadınların fiziksel, bilişsel, duyuşsal, sosyal ve tinsel gelişim boyutlarına yönelik ihtiyaçlarını tanımlamaktadır.

1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışma nitel araştırma deseni ile yazılmıştır ve çalışma 18 yaşını doldurmuş, 6 farklı aile yaşam döngüsü evresinde olup obezite tanısı almış 27 kadın katılımcı ile sınırlıdır.

Araştırma çalışma grubunu oluşturan 27 katılımcı ile yapılan 27 derinlemesine görüşmeden elde edilen verilerle sınırlıdır. Bu araştırma Carter ve Mc Goldrick (1989) tarafından 2011 yılında revize edilen altı evreli aile yaşam döngüsü modeline uygun evrelerde yaşamlarını sürdüren kadınların deneyimleri ile sınırlıdır.

Araştırmanın başında bütün görüşmelerin yüz yüze yapılması planlanmıştır ancak bazı görüşmeciler ile şehir dışında yaşamları ve zaman kısıtlılığı nedeniyle, bazıları ile de yüz yüze görüşme yerine çevrimiçi görüşmeleri tercih etmeleri nedeniyle 12 görüşme çevrimiçi araçlar kullanılarak yapılmıştır. Bu görüşmelerin yüz yüze yapılamaması araştırmanın sınırlılığıdır.

Araştırmanın görüşmeleri 2023 Mayıs ve Haziran aylarında yapılmıştır. Araştırmanın verileri 2 ayda yapılan 27 görüşme ile sınırlıdır.

1.6. Obezite Tanımı ve Kapsamı

Obezite tanımı ve kapsamı açısından oldukça geniş bir çerçevede değerlendirilebilecek bir konudur. Obezitenin birden fazla tanımını yapmak mümkündür. Obezitenin nedenleri ve sonuçlarını yalnızca klinik veya psikososyal perspektiften açıklamak

zordur. Bu bölümde obezitenin tanımı ve kapsamı farklı ekol ve yaklaşımlarda nasıl ele alınmaktadır, nasıl tanımlanmaktadır, nedenleri ve sonuçları nelerdir ve nasıl değerlendirilmektedir sorularına cevap aranacaktır. Bu çalışmada obezitenin birbirinden farklı tanımları yapılacak, bu tanımların birbirini tamamlayan yönleri tartışılacak ve araştırmanın ruhuna en uygun obezite tanımı ve kapsamı araştırmanın ilerleyen bölümlerinde temel yaklaşım olarak belirlenecektir.

Obezite biyolojik, gelişimsel, davranışsal, çevresel ve genetik faktörlerle ilişkili bir halk sağlığı sorunu ve modern pandemi olarak tanımlanmaktadır (Dünya Obezite Atlası, 2023). DSÖ, obeziteyi en riskli on hastalıktan birisi olarak kabul etmektedir. Sonuçları açısından birçok insanın fiziksel, psikolojik, duygusal, sosyal ve ekonomik sorunlar yaşamalarına yol açabilen obezite hem dünyada hem de ülkemizde son yıllarda en çok tartışılan konular arasındadır. Obezite aynı zamanda birçok çalışmada halk sağlığı sorunu olarak değerlendirilmekte ve günümüz dünyasının pandemisi olarak nitelendirilmektedir (Dünya Obezite Atlası, 2023).

Dünya’da 2023 yılı verilerine göre 800 milyon yetişkin, 400 milyon çocuk obezite tanısı almıştır ve bu sayının 2035 yılında 1 milyon 900 bin olması beklenmektedir (DSÖ, 2023). Türkiye’de her geçen yıl obezite görülme sıklığı artmaktadır. 2019 yılında yapılan Türkiye Sağlık Araştırması sonuçlarına göre obezite tanısı almış yetişkinlerin oranı erkeklerde %17,3 kadınlarda ise %24,8 olarak belirlenmiştir. Dünya Sağlık Örgütü’nün 2024 yılının ilk yarısında yayınladığı DSÖ Avrupa Bölgesel Obezite Raporu’na göre ise Türkiye günümüzde obezitede birinci sırada yer almaktadır. Rapora göre Türkiye’de yetişkin nüfusun yüzde 66,8’i fazla kilolu, obez olarak nitelendirilenlerin oranı ise yüzde 32,1 olarak belirlenmiştir (WHO European Regional Obesity Report 2024). Beş yıl içerisindeki bu yükseliş dikkat çekicidir. Bu verilerden yola çıkarak Türkiye’de obezite görülme sıklığının giderek arttığını gözlemlemek mümkündür.

Dünyada ve Türkiye’de oldukça ciddi bir sağlık sorunu olarak görülme sıklığı artan obezite ile mücadelede hem tıbbi hem de psikososyal müdahalelerin önemi günden güne artmaktadır. Obezitenin nedenlerini ve sonuçlarını tartışmadan önce farklı disiplinlerin obeziteye yönelik tanım ve kapsamı içerisinde değerlendirilen konulara göz atmak önemlidir. Obezitenin farklı disiplinlerde farklı yaklaşımlarla yapılmış tanımına rastlanmaktadır. Bu çalışmanın kuramsal temelini güçlendiren, obezitenin tanımına ve kapsamına yönelik farklı yaklaşımlar Şekil 1.1.’de görülmektedir.



Şekil 1.1. Obezite Tanımı ve Kapsamı

Şekil 1.1.'de görüldüğü üzere, bu çalışma kapsamında obezitenin tanımı ve kapsamı üç yaklaşım çerçevesinde yapılmıştır. Bu yaklaşımlar medikal, psikososyal ve psikodinamik ve psikanalitik yaklaşımlardır.

Medikal yaklaşım, obeziteyi insan sağlığı üzerinde olumsuz etkileri olan bir sağlık sorunu olarak tanımlayan bir perspektif sağlamaktadır. Obezite medikal yaklaşımda, bedenın yağ kütlesinin yağsız kütleye oranının aşırı artması sonucu boy uzunluğuna göre vücut ağırlığının arzu edilen düzeyin üstüne çıkması olarak tanımlanmıştır (TC Sağlık Bakanlığı, 2024). DSÖ, obezite öyküsü bulunan bireylerde tıbbi hastalıkların ve rahatsızlıkların görülme oranlarının obezite görülmeyen kişilere göre daha yüksek olduğunu vurgulamıştır. Bu hastalıklar ve rahatsızlıklar kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, hipertansiyon, astım, eklem hastalıkları ve sorunları ve ruhsal hastalıklar olabilmektedir (Dünya Obezite Atlası, 2023; Tai vd., 2024). DSM-5 Tanı Ölçütleri kitabında “Tanımlanmış Diğer Bir Beslenme ve Yeme Bozukluğu” başlığı altında *tıknırcasına yeme yeme bozukluğu* ve *gece yemek yeme bozukluğu* olarak obeziteye yönelik tanı ölçütlerine yer verilmiştir (DSM-5, 2013).

Biyopsikososyal yaklaşım, obeziteye yönelik net bir tanım iddiası taşımayan ancak obeziteye yönelik bütüncül bir perspektif oluşturmada oldukça yararlı bir yol haritası sunabilecek yaklaşımdır. Biyopsikososyal yaklaşım obezitenin değerlendirilmesinde biyolojik, psikolojik, sosyal ve çevresel faktörlerin etkisini anlamaya yardımcı ve obezitenin psikososyal yükünü görmeye elverişli bir yaklaşım olarak tanımlanmıştır (Sarwer ve Polonsky, 2016).

Biyopsikososyal yaklaşım ilk olarak 1977 yılında George Engel tarafından kavramsallaştırılmış, sağlık bilimleri araştırmalarında kullanılmaya başlanmıştır. Biyopsikososyal model rahatsızlığın biyolojik, sosyal, çevresel, psikolojik ve davranışsal yönlerinin tümüne hitap eder. Bu, temelde hastalığın biyolojik nedenlerine odaklanan, geleneksel sağlık bakım modelinin (medikal model) kapsamını genişletmektedir.

Biyopsikososyal yaklaşımda hasta ruhsal ve biyolojik sistemler olmak üzere iki sisteme sahiptir; ruhsal sistemler; duygular ve düşüncelerden, biyolojik sistemler de; hücre, organ ve merkezi sinir sisteminden oluşan bir bütündür (Bolton ve Gillet, 2019). Bu bütünlüğü oluşturan parçalardan birinin olmayışı dengenin bozulması anlamına gelmektedir. Bu sebeple insan ve insan sağlığı bütüncül bir perspektif ile değerlendirilmeli ve sağlanacak tedavi ve hizmetler de bu bütünlük çerçevesinde oluşturulmalıdır. Bu bütünlükçü bakış açısı kaçınılmaz olarak disiplinlerarası bir iş birliğini zorunlu kılacaktır.

Biyopsikososyal yaklaşım hastalığın tıbbi olmayan nedenleriyle biyolojik bileşenlerini beraber ele alır. Örneğin bir hastalığa ilişkin bir tedavi modeli oluşturulurken, sadece hastalığın ortaya çıkardığı tıbbi ve fiziksel sonuçları değil aynı zamanda hastalığı tetikleyen ya da tedavinin seyrini olumsuz etkileyen, psikososyal ve ekonomik sorunları ya da yoksunluğu da göz önünde bulundurur. Obezitenin biyopsikososyal etkilerinin ve biyolojik, psikolojik ve sosyal ve çevresel etkilerinin kesişim noktalarındaki sorunları The Open University'nin (2020) biyopsikososyal yaklaşım çalışmasından uyarlanmıştır.



Şekil 1.2. Biyopsikososyal Yaklaşım ve Obezitenin Etkileri

Obezite tanımı, nedenleri ve sonuçları incelendiğinde, hastalığın sadece tıbbi ya da fiziksel sonuçları yoktur. Hastalığın neden olduğu sorunları bütüncül bir bakış açısı ile değerlendirmek ve hastalığın biyopsikososyal açıdan sonuçlarını değerlendirmek yararlı olacaktır. Obezitenin tanımlanmasında biyopsikososyal yaklaşım bütüncül bir perspektif sunmakla beraber, biyolojik, psikolojik ve sosyal ve çevresel faktörlerin obeziteye etkisinin

anlaşılmasına yardımcıdır (Gunawardana vd., 2021; Nguyen vd., 2016). Obeziteye yönelik değerlendirmede ve obezite tedavisinde biyopsikososyal yaklaşımdan yararlanarak (Nguyen vd., 2016; Russell ve Russell, 2019), obezitenin biyolojik, psikolojik, sosyal ve çevresel etkileri;

- Obezitenin biyolojik etkileri, obeziteden kaynaklanan hastalıklar, rahatsızlıklar, biyolojik sorunlar ve öz bakım sorunlarını,
- Obezitenin psikolojik etkileri, obezitenin depresyon, kaygı, stres, olumsuz beden imajı algısı ve olumsuz benlik saygısı ve özgüven duyumsamalarına etkilerini,
- Obezitenin sosyal ve çevresel etkileri, obezitenin sosyal ilişkilere etkisi, dışlanma, ayrımcılık ve ötekileştirilmeye maruz kalma, sosyal eşitsizlikler, kültürel ve etnik farklılıkların obeziteye etkisi ve toplumsal baskı ve ön yargılara maruz kalma gibi süreçlerin bütüncül bir değerlendirilmesini kapsar.

Psikolojik yaklaşımlar, bilişsel davranışçı, psikodinamik ve psikanalitik yaklaşımın obeziteye bakış açısını, obeziteyi nasıl tanımladıkları ve kapsamını nasıl belirlediklerine yönelik bir bakış açısı sağlamaktadır. Obezite çeşitli psikolojik yakınmalar ve rahatsızlıklar için risk faktörüdür ve obezite değerlendirme ve tedavisinde bilişsel davranışçı, psikodinamik ve psikanalitik yaklaşımların olumlu etkisi çeşitli çalışmalar aracılığıyla kanıtlanmıştır (Sanahuja, 2016; Alves vd., 2024). Psikolojik yaklaşımlar, obezitede, kısa ve uzun süreli terapi ve destekler aracılığıyla bireylerin kendilerine, obezite farkındalıklarına ve tedavi süreçlerine destek sağlayabilmelerini ve farkındalık kazanmalarını sağlamayı amaçlar (Warshburger ve Zitzmann, 2018; Castellini vd. 2022; Krupa-Kotara vd., 2024).

Bilişsel davranışçı yaklaşım obezite tanısı almış bireyleri anlamada bilişsel ve davranışsal süreçlere yönelik kabulleri ve dışavurumları, inanışları, algıları ve davranış biçimlerini görmemize yardım eden bir yaklaşım olarak değerlendirilebilir (Van Riel vd., 2020). Psikodinamik ve psikanalitik yaklaşım bireylerin bağlanma stilleri ve yeme davranışı arasındaki ilişkiye odaklanarak yeme bozukluklarında dinamik ve psikanalitik süreçlere odaklanırlar (Castellini vd., 2022). Bowlby'nin bağlanma kuramına göre beslenme ve uyumlu ilişkisel deneyimler, benliğin ve başkalarının olumlu içsel temsillerini teşvik eder (Bowlby, 1973; Akt: Castellini vd., 2022). Ayrıca anne ve bebek arasındaki duygusal durumları ve bakımı paylaşmadaki etkileşimler, bedene ilişkin ilk deneyimi ve farkındalığı sağlar ve bedensel öz bilincin gelişimi için orijinal dayanağı sağlar (Kobak ve Esposito, 2004; Akt: Castellini vd., 2022). Şema terapi, bilişsel davranışçı terapi, odak grup terapileri,

psikodinamik yönelimli psikoterapi ve psikanalitik psikoterapi, yeme bozukluklarının bireysel düzeyde tedavisinde önerilen psikolojik tedavi yaklaşımlarıdır (National Institute for Health and Care Excellence, 2017).

1.7. Obezitenin Kadınlar Üzerindeki Etkisi

Obezite ve cinsiyet farklılıklarına yönelik son yıllarda yapılan çeşitli araştırmalarda obezite görülme sıklığı oranlarının her geçen gün kadınlarda erkeklerden daha fazla olduğu görülmektedir (Muscoguri vd., 2023; D'Archivio vd., 2024; Feraco vd., 2024; Cooper vd., 2021). Her geçen gün daha fazla kadının risk altında olduğunu gösteren bu araştırmalarda, cinsiyet farklılıklarına odaklanan çalışmalara olan ilginin arttığına vurgu yapılmaktadır.

Muscoguri vd. (2024), obeziteye bağlı gelişen hastalıklardan ve psikososyal sorunlardan kadınların ve erkeklerin farklı düzeylerde etkilendiklerini vurgulamış ve kadınların cinsiyet rollerinden dolayı, obezitenin medikal ve psikososyal boyutlarını erkeklere oranla daha dezavantajlı bir konumda yaşamak zorunda kalabildiklerini ifade etmişlerdir. Günümüzde obezite tedavilerinde cinsiyete bağlı farklılıkların ve kişiye özgü tedavi yöntemlerinin geçmişe oranla sıklıkla gündeme geldiğini belirten Muscoguri vd. (2024), kadınlarda dış görünüş, fiziksel ve psikolojik sorunlarla ilgili yakınmaların erkeklere oranla daha fazla olduğunu ifade etmişlerdir.

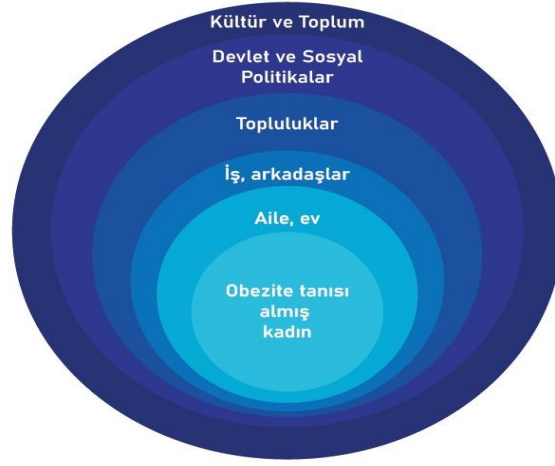
Obezite görülme oranlarının çoğu ülkede kadınlarda daha yüksek oranlarda olmasının birden fazla faktörle ilişkisi vardır (Koleva, 2017). Bu faktörler biyolojik, psikososyal ve ekonomik faktörlerle ilişkilidir. Biyolojik faktörler, kadın ve erkeklerdeki cinsiyet hormonlarının etkisi, vücut kompozisyonu ve yağ dağılımının her iki cinsiyette farklılıklar göstermesi, beslenme seçimlerinin farklılığı ve fiziksel aktivite farklılıkları ile ilişkilidir (Tramunt vd., 2019; D'Archivio vd., 2024; Feraco vd., 2024). Psikososyal faktörler cinsiyetler arasındaki duygu duruma etki eden yaşam deneyimleri, hamilelik süreçlerinin kadınların duygusal ve sosyal yaşantıları üzerindeki etkisi, cinsiyet eşitsizliklerinden doğan yüklerle ilişkili psikolojik sorunlardır (Sample ve Davidson, 2018; Williams vd., 2015). Çalışmalar gelir eşitsizliklerinin fazla olduğu, kişi başına düşen gayri safi yurt içi hasılanın düşük olduğu ve cinsiyet eşitsizliklerinin fazla olduğu ülkelerde obezitenin görülme sıklığının erkeklere oranla daha yüksek olduğunu göstermektedir (Wells vd., 2012). Burdan hareketle kadınlarda obezite görülme sıklığının erkeklere oranla yüksek olması sosyo-ekonomik koşullarla yakından ilişkilidir. Ekonomik geliri düşük ailelerde ve bireylerde obezite görülme oranları ekonomik gelir düzeyi yüksek ailelere oranla yüksek, aynı zamanda

ilkokul altı, ilkokul, lise ve lise üstü eğitim düzeyinde olup obezite görülen bireylerin düşük sosyo-ekonomik düzeyinde olduğu bulunmuştur (Wells vd., 2012).

Birçok çalışmada Dünya’da obezite görülme sıklığı oranları kadınlarda daha yüksek bulunmuştur, ancak bazı ülkelerde kadınlar arasında alt grupların özellikleri farklılık göstermektedir ve kadınlar arasında obezite görülme sıklığını farklılaştıran sebepler fırsat ve imkanlara diğer bireyler kadar sahip olamayan dezavantajlı kadınlara işaret etmektedir (Cooper vd., 2021). Bazı araştırmalar kadınların erkeklerden daha fazla tektipleştirildiği ve ayrımcılığa uğradığını vurgulamaktadır (Cameron vd., 2018). Obezitenin sağlık ve beden imajı üzerine olumsuz etkileri halihazırda ayrımcılık ve ötekileştirilmeye maruz kalan kadınlarda sıklıkla görülmektedir (Cameron vd., 2018). Siyahi, engelli, yaşlı, boşanmış, yoksul ve ekonomik yetersizlikleri olan ve psikiyatrik hastalığı olan kadınlar obezite görülme sıklığında artış görülen ve obezitenin olumsuz etkilerine en fazla maruz kalan kadınlar arasındadır (Sipahi, 2020; Cooper vd., 2021; Alami vd., 2021).

Dünyada ve Türkiye’de istatistiki veriler ışığında kadınlarda obezite görülme sıklığının erkeklerden daha fazla olduğu görülmektedir (Dünya Obezite Atlası, 2023). Ayrıca erkeklere kıyasla kadınların obezite tanısı alma, ilaç kullanımı ve ameliyat olma isteği de dahil olmak üzere her türlü obezite tedavisini arama olasılığı da daha yüksek bulunmuştur (Cooper vd., 2021). Kadınların tedavi arayışlarının erkeklerde daha yüksek oranlarda olması, erkeklerin tedavi taleplerinin kadınlardan daha az olabileceğine ve bu bağlamda toplumsal cinsiyet rolleri ve yardım arayışı arasındaki ilişkiye işaret etmektedir. Yaygın toplumsal cinsiyet algısı kadınların yardım talep etmeye erkeklerden daha açık olduğu yönündedir ancak kadınların yardım isteme motivasyonuna etki eden nedenlerin toplumsal cinsiyet rolleri ve kadınlara atfedilen “zayıf, ince ve güzel kadın olma” anlayışıyla birlikte gelişen olumsuz beden imajı algısı ile yakından ilişkili olduğu bazı çalışmalarda vurgulanmıştır (Cameron vd., 2018; Cooper vd., 2021; Tiwari, 2014).

Sonuç olarak, obezite tanısı almış kadınların, bireysel ve çevresel faktörlere bağlı olarak içinde bulundukları sistemlerle ilişkilerinden ortaya çıkan sorunlarla karşılaşma riskleri daha yüksektir (Hill, 2021). Kadınları etkileyen çevresel faktörler Şekil 1.2.’de görülmektedir.



Şekil 1.3. Obezite Tanısı Almış Kadın ve Ekolojik Çevre

Hill'in (2021), sosyo-ekolojik çevre tanımından uyarlanmış Şekil 1.3.'te görülen ekolojik çevre, obezite tanısı almış kadınları çevreleyen sistemleri anlamak açısından önemlidir. Kadınları çevreleyen ilk sistem aile ve evdir. İş ve arkadaşlar, toplumlar, devlet ve sosyal politikalar ve kültür ve toplumun, kadınların obezitesi üzerine etkilerinin anlaşılması iyi bir ekolojik değerlendirme yapmayı zorunlu kılar.

1.8. Aile Yaşam Döngüsü Perspektifi

Aile yaşam döngüsü perspektifi (Carter ve Mc Goldrick, 1989), bu çalışmada kuramsal olarak temel alınan yaklaşımdır. Obezite tanısı almış kadınların sosyal hizmet gereksinimleri aile yaşam döngüsü perspektifi ile ele alınmış ve değerlendirilmiştir.

Toplumun en küçük birimi olarak tanımlanan aile, insan hayatı boyunca fiziksel, duygusal, sosyal açıdan bireyin gereksinimlerini karşılayabileceği bir kurum olarak tanımlanmaktadır (Gladding, 2017). Ailelerle çalışırken göz önünde bulundurulması gereken konular; aile bağlamı; aile sistemlerinin harici sınırları ve aile alt sistemlerinin dâhili sınırları, aile iktidar yapısı, karar alma süreçleri, dışa vurulan duyguların etkisi ve çeşitliliği, hedefler ve bilişsel yapılar, roller, iletişim tarzları, güçlü yanlar ve yaşam döngüsüdür.

Aile yaşam döngüsü ile ilgili son yıllarda yapılmış çalışmaların bazılarında aile yaşam döngüsünde yaşanan stresli yaşam olayları ve değişimlerin bireylerin hastalıkları ve rahatsızlıkları üzerinde etkili olduğu ortaya konmuştur (Hemmingson, vd., 2022). Hemmingson vd. (2022), bu stresli yaşam olaylarını ailenin gelişimsel süreçlerinden ortaya çıkan stres faktörleri ve nesiller arası aktarılan stres faktörleri olarak 2'ye ayırmışlardır. Aile üyelerinin birinde bir rahatsızlık veya sağlık sorunu ortaya çıktığında birey ve ailenin

etkileşimini aynı zamanda incelemek faydalı olacaktır. Bunu sağlayan kuramsal yaklaşımlardan biri hem ailenin zamansal gelişimini hem de yaşamsal deneyimlerini inceleyen aile yaşam döngüsü yaklaşımıdır. Ailenin yaşam döngüsü hem zamansal hem de deneyimler açısından düzenli bir gelişim sürecini akla getirir. Bu düzen içerisinde bireyin ve ailenin etkileşiminden kaynaklanan sorun ve gereksinimler kendisini bir zamansal kesit içinde gösterir (Carter ve Mc Goldrick, 1989).

Aile yaşam döngüsü kavramı, 1930'lu yıllardan bu yana ailenin gelişimini, aile üyelerinin birbirleriyle etkileşimlerini değerlendirmek üzere tartışılmıştır (Carter ve Mc Goldrick, 1989). Aile yaşam döngüsü bir ailenin geçirdiği bütün yaşam evrelerini ve gelişimsel aşamaların bütününe ifade etmektedir (Berge vd., 2012). Goldenberg (1999), aile yaşam döngüsünü ailenin yaşamında önemli olan deneyimler ve olaylar dizisi olarak tanımlar.

Bu çalışmada araştırmanın amacına ve kuramsal temeline uygun olduğu düşünülen Carter Mc Goldrick (1989) tarafından geliştirilen altı evreli yaşam döngüsü modeli temel alınmıştır. Aile yaşam döngüsü evreleri ve özellikleri Çizelge 1.1'de gösterilmiştir.

Çizelge 1.1: Aile Yaşam Döngüsü Evreleri (Carter ve Mc Goldrick, 1989)

Aile Yaşam Döngüsü Evreleri	Evrenin Özellikleri	Gelişimsel Görevler
Yetişkinlik	Diğer adı ile bağımsızlık evresidir. Bu evre, ergenlik döneminden çıkıp kendi başlarına yaşayan yetişkinlerin aileden ayrılmasıyla başlar. Bu evre, bireyin kendi kimliğini ve bağımsızlığını geliştirmesi açısından önemlidir. Kişi bu evrede çeşitli sosyal ilişkiler ve mesleki beceriler elde etmekle meşgul olur.	- Ebeveynlerden bağımsızlaşma, - Yeni sosyal ilişkiler kurma, - Evlilik için hazırlanma.
Evlilik	Bu evre, iki yetişkinin bir araya gelerek evlilik kurumunu kurmasıyla başlar. Bu evre, çiftin yeni bir aile sistemi oluşturması açısından önemlidir. Bu yeni birliktelik eşlerin ilişkilerini yeniden düzenledikleri bir evre olma özelliğini taşır. Kişiler birlikte yaşamayı öğrenmeye başlarlar.	- Birlikte yaşama geçiş için hazır olma, - Aile hayatına hazır olma, - Evliliğin getirdiği sorumlulukları üstlenebilme.
Küçük Çocuklu Aileler	Bu evre, çiftin çocuk sahibi olmasıyla başlar. Bu evre, ailenin en dinamik ve değişimli evresidir. Bu evrede karşılaşılabilecek sorunlar; - Genç çiftin büyüklerin müdahalelerine karşı koyamamaları, - Ebeveyn olma rolünde karşılaşılan zorluklar, - Çocuğun bakımında yaşanan psikolojik ve maddi güçlüklerle ilişkili sorunlar olabilirler.	- Ebeveyn olmaya hazır olma, - Çocuk için ebeveynlik rollerini yerine getirme, - Sosyal ve ekonomik açıdan değişen dengelere uyum sağlama, - Çocuğun değişen ihtiyaçlarına uyum sağlama.

Çizelge 1.1: Aile Yaşam Döngüsü Evreleri (Carter ve Mc Goldrick, 1989) (Devamı)

Ergenlik Döneminde Çocuğu Olan Aileler	Bu evrede çocuklar ergenlik dönemindeydir. Ailede yeni bir denge ve aile yaşantısı için geçiş dönemidir. Bu evrede eşler genellikle orta yaş dönemine girmiştir. Kadında menopoş süreci, erkekte ise andropozdan dolayı oluşan çeşitli ruhsal problemler oluşabilir. Ergen çocuklar ailenin ortak benliğinden ayrı olarak kendi kimliklerini bulmaya başlarlar. Bu evreye özgü karşılaşılabilecek sorunlar; • Ergenle kurulan iletişimin sağlıklı olması • Ailenin farklı bireyleri arasında kurulan iş birliğinden kaynaklanan sorunlar • Bu evreye kadar çözölemeyen ailevi sorunların ergen genç üzerindeki olumsuz etkileri, • Çok çocuklu ailelerde kardeşler arası yaşanan problemler ve ebeveynlerin ebeveynlik tutumları ile ilişkili sorunlar olabilir.	• Çocuğun bireyselleşme ihtiyacını ve sosyal ihtiyaçlarını karşılayabilme, • Yeni ebeveyn rollerine uyum sağlama, • Çocuğun gelişimsel özelliklerine uyum sağlama, • Eşler arasında oluşan yeni dengeye uyum sağlama.
Çocukların Evden Ayrılması	Bu evre, çocukların kendi başlarına yaşamaya başlaması ve evlilik, iş, eğitim gibi nedenlerle evden ayrılmasıyla başlar. Bu evre, ailenin yavaş yavaş küçölmeye başlamasıyla karakterize edilir. Çocukların tek tek evi terk etmeleri üzerine eşler yeniden iki kişilik aile sistemine dönerler. Bu dönemin zorlukları; • Çocukların evden ayrılıp kendi düzenlerini kurmada ekonomik ve duygusal olarak zorlanmaları, • Çocukların evden ayrılmasıyla oluşan yeni ilişkilerde ertelenen aile sorunlarının yeniden gündeme gelmesi, • Ebeveynlerin büyük anne, büyük baba olmak gibi yeni rollerinden kaynaklanan sorumlulukların getirdiği zorluklar olabilir.	• Çocukların evden ayrılmasına izin verme, • Yeni ebeveynlik rollerine uyum sağlama, • Evlilikte değişen dengelere uyum sağlama, • Çocukların yeni aileler kurmalarını destekleme, • Büyük anne, büyük baba olma gibi gelişimler değişikliklere hazırlıklı olma.
Yaşlılık ve Emeklilik	Bu evre, ebeveynlerin emekli olması ve yaşlanmasıyla başlar. Bu evre, aile üyelerinin rollerinin yeniden tanımlanması açısından önemlidir. Kişiler yaşlılığın getirdiği maddi ve manevi sorunlarla baş etmeye çalışır. Torunlarla kurulan ilişkiler önem kazanır. Bu dönemde; • Emekli olmayla gelen hareketsizlik ve boşluğun getirdiği stres • Çocuklarla ve torunlarla kurulan ilişkilerde kopukluk, • Aile meselelerinin ve kararlarının dışında tutulma, • Yaşlılıkla gelen sağlık problemleri, • Ölüm ile ilgili korkular gibi zorluklar yaşanabilir.	• Yaşlanmaya hazırlanma, • Çocuklarla ilişkilerin değişen boyutlarına uyum sağlama, • Emeklilik ve yaşlanmayla beraber gelen yaşam olaylarına uyum sağlama, • Yaşlılığa bağlı gelişen sağlık sorunlarına yönelik destek almaya hazırlıklı olma.

Bu evreler, tüm aileler için aynı şekilde gerçekleşmez. Bazı aileler, bu evrelerin bir kısmını atlayabilir veya bazı evreleri daha uzun süre yaşayabilir. Bununla birlikte, bu evreler, ailenin gelişimini anlamak ve sosyal hizmet müdahalesinde kullanılabilecek önemli

kavramları ortaya koymak için faydalıdır. Aile yaşam döngüsü modelinin temel kavramları şunlardır:

- *Döngüsellik*: Aile, sürekli olarak değişen ve gelişen bir sistemdir. Ailenin yapısı ve işlevi, ailenin yaşam döngüsünün farklı evrelerinde farklılaşır. Döngüsellik ailede sık sık gündeme gelen konular veya ortaya çıkan sorunla bağlantılı aile yapılarının izini sürerek uygulayıcıların bir aile içerisindeki ilişki süreçlerini ve ağları değerlendirmesine olanak tanır.
- *Sistemiklik*: Aile, birbirleriyle etkileşim halinde olan bireylerden oluşan bir sistemdir. Aile üyelerinin davranışları, diğer aile üyelerinin davranışlarını etkiler.
- *Adaptasyon*: Aileler, değişen koşullara uyum sağlamak için sürekli olarak yenilenme ve kendini yeniden düzenleme ihtiyacı duyar.

Ailelerin sağlık sorunları ve rahatsızlıklarla etkileri alan yazında geçmişten günümüze, farklı disiplinlerde tartışılmaktadır. Ailenin incelenmesine yönelik sistem yaklaşımı ilk olarak Bertalanffy (1968) tarafından geliştirilmiştir (Hill, 2021). Bertalanffy aile sisteminin birbiriyle ilişki bir dizi etkileşimli sistemlerden oluştuğunu ve bu sistemlerin her birinin aynı zamanda kendi içerisinde bulunduğu ortamdan farklı olduğunu savunur. Açık bir sistem olarak tanımladığı alt sistemler daha büyük ve karmaşık ilişkilere doğru gelişmek için çevreyle alışveriş içindedir. Alt sistemler aile içerisinde örneğin; bireyler, anne ve baba alt sistemi, anne ve çocuk alt sistemi, baba ve çocuk, anne, baba ve çocuk alt sistemleri şeklinde olabilirler ve her bir sistem birbiriyle hem ilişkilidir hem de bağımsızdırlar. Bu alt sistemlerin birbiriyle etkileşimleri sorunların ve gereksinimlerin aile içerisinde nasıl ortaya çıktığına ve karşılanıp karşılanmadığına dair bize bilgiler verir (Hill, 2021).

Aile bir sistemdir ve bu sistem yaşam olaylarından etkilenir. Ailenin kurulması, çocuğun dünyaya gelmesi, çocuğun büyümesi, çocuğun evden ayrılması, ebeveynlerin bir arada kalmaya devam etmesi veya boşanması, geniş aile ile yaşamak, tek ebeveynli aileler, hastalıklar, kayıplar, travmatik yaşam deneyimleri, ekonomik konular, yaşlılık, emeklilik ve ölüme hazırlanmak gibi süreçlerin tamamı aile yaşam döngüsü içinde gerçekleşir. Aile yaşam döngüsü perspektifine göre, aile yaşam döngüsü evrelerin her birinde belirli özel sorunların baş göstermesi beklenir ve bu sorunların başarılı biçimde çözülmesi, bir sonraki evreye geçişe olanak tanır. Bu evrelere dair bilgi ve her bir evrede ortaya çıkması beklenen sorunlara yönelik iyi bir değerlendirme, ailelerle çalışan meslek uygulayıcıları açısından hayati önemdedir. Öncelikle, böyle bir bilgi sayesinde uygulayıcılar ortaya çıkan sorunlarla başa çıkma konusunda danışanlarına yol gösterici olabilirler. İkinci olarak, ailenin döngüsel

gelişimine dair bu bilgi, ailelere ve uygulayıcılara, ailelerin yaşadıkları değişim ve dönüşümün, gelişimin normal bir unsuru olduğu konusunda bilgi sağlayacaktır (Kaplan vd., 2014). Sonuç olarak ailenin karşılıklı sevgi, saygı, sorumluluk ve zamansal olarak bir arada olan birbirlerine bağımlı ya da çeşitli bağlarla bir arada olan bir sosyal sistem olduğu düşüncesinden yola çıkarak, bu bağlamda ailede gelişen sağlık sorunlarının bütün aile sistemi etrafında irdelenmesi gerekmektedir. Sağlık hizmetleriyle ilgili teorik bir yaklaşım; bireyin dinamikleri, aile sisteminin dinamikleri ve bunların birbiriyle olan ilişkilerinin incelenmesine ve araştırılmasına izin vermelidir.

Aile yaşam döngüsü perspektifi, obezite tanısı almış kadınların gereksinimlerini değerlendirmede, ailenin zamansal olarak gelişimi, değişimi ve bu gelişimin, değişimin bireyin obezite öyküsündeki rolü ile ilgili bilgileri sağlar.

Aile yaşam döngüsü perspektifi obezite tanısı almış kadınların sorunlarına;

- Fiziksel boyutta, ailenin beslenme, spor ve fiziksel aktiviteye teşviki, sağlıklı yaşamı destekleme ve hastalıklar konusunda destek almaya teşvik etme,
- Duyuşsal boyutta, karşılıklı sevgi ve güven ortamını temin etme, duygusal destek, duygu düzenlemede yardımcı olma, her türlü kötü muameleden koruma,
- Bilişsel boyutta, birbirlerinin gelişimini destekleme, bilişsel becerileri güçlendirme, zihinsel ve ruhsal sağlığı koruma,
- Sosyal boyutta, sağlıklı sosyal destek ağları oluşturma, sosyalleşme, birbirine zaman ayırma, ayrımcılık ve ötekileştirilmenin farkında olma ve bireyi bu muamelelerden koruma,
- Tinsel boyutta, ortak manevi değerler oluşturma, birlikte ve doğada zaman geçirme, yalnız zaman geçirmeye teşvik etme, sağlıklı manevi ilişkileri sürdürme, gibi konularda geniş bir perspektifle bakmamıza yardımcı olur.

Aile danışmanlığı, aile terapilerinde sıklıkla kullanılan, problemlerin veya sorunların değerlendirilmesinde ve çözülmesinde doğrudan aile üyeleri arasındaki etkileşimlerin incelenmesini ve bu etkileşimin soruna ya da probleme etkisini değerlendirmeye yardımcı bir yaklaşımdır (Turan, 1999, Akt: Demirbilek, 2015). 1950’li yıllardan itibaren kullanılmaya başlanan aile danışmanlığı yaklaşımı, Nathan Ackerman, Ivan Murray Bowen, Dan Jackson, Salvador Minuchin, Virginia Satir, Jay Hayley gibi isimler tarafından geleneksel

psikoterapilerden ayrılarak aileye özgü sorunların çözümlenmesi amacıyla geliştirilmiştir (Özgüven, 2009).

Aile danışmanlığını diğer psikoterapi yaklaşımlarından ayıran en önemli özelliği, sorunların ve problemlerin odağına aile sistemini, aile bireylerinin etkileşiminden doğan problemlerin soruna etkisini araştırması ve yine aile sistemi ile çalışarak sorunları çözmeye çalışmasıdır (Demirbilek, 2015). Aile danışmanlığı alanında uzmanlaşmış, aile danışmanlarının kullandığı bazı yaklaşım ve teknikler kökenini, psikanalitik terapi, bilişsel davranışçı terapi, yapısal aile terapisi, stratejik aile terapisi, çözüm odaklı aile terapisi, sorun odaklı aile terapisi, aile ve çift terapileri ve psikodrama gibi terapi yaklaşımları ve ekollerden alabilmektedir (Nichols, 2013). Sosyal hizmet uzmanları için obezite tanısı almış bireylerin gereksinimlerini değerlendirmede ve obeziteyle çalışmada aile danışmanlığı yaklaşımı önemli teknikler ve müdahaleler sunabilir. Obezite yalnızca bireyi değil, aile bireylerini de etkileyen bir yaşam deneyimi olmakla beraber ailedeki etkileşim ve iletişim biçimleri, obezite yolculuğunda bireyler için olumlu ve olumsuz sonuçlar doğurabilir. Aile danışmanlığı yaklaşımı obezite ile çalışırken; bireyi ve aileyi tanımayı, bireyin sorunlarını aile sistemi içerisinde keşfetmeyi, aileyi destek ve hizmetlere yönlendirmeyi ve ailenin bütünü için bir müdahale planı oluşturmayı hedeflenmelidir.

1.9. Bireyin Yaşam Döngüsü

Bireyin yaşam döngüsü perspektifi aile yaşam döngüsü perspektifinin sunduğu ve aile yaşam döngüsü perspektifi temelinde yapılan çalışmalarda, değerlendirilmesi gereken, çocukluk, ergenlik, evlilik, çalışma ve aile yaşam döngüsünde kadın olma gibi deneyimleri kapsayan kuramsal bir bakış açısıdır (Carter vd., 2015). Bu çalışmada aile yaşam döngüsü ve bireyin yaşam döngüsündeki bu önemli yaşam deneyimleri birlikte değerlendirilmiştir. Bireyin yaşam döngüsüne yönelik farklı görüşler de bulunmaktadır. Bu görüşlerden biri de yaşam akışı teorisidir.

Cockerham (2022), tarafından tanımlanan yaşam akışı teorisi, insanların yaşamları boyunca vücut ağırlıkları da dâhil olmak üzere sağlıklarını etkileyen, belirli sosyal yapılar içindeki bir dizi zamansal süreçten ve sosyal rollerden geçtiklerini savunur. Yaşam akışı teorisinin altında yatan temel önerme, (1) aynı zaman diliminde doğan insan gruplarının deneyimleri (2) aynı sırada yeni rollere geçişler ve (3) birlikte belirli sonuçlara yol açan yaşam yörüngelerini oluşturan yaşam olayları (önceki olayların daha sonraki olayları koşullandığı) sonuçlar. Odak noktası, bireyin ömrü boyunca uzanan davranış kalıplarının yörüngelerini incelemektir.

Cockerham (2022) tarafından formüle edilen sağlıklı yaşam tarzı teorisi, insanların benimsediği ve vücut ağırlıklarındaki değişimi olumlu veya olumsuz yönde etkileyen davranışsal uygulamalara ilişkin bir model sunar. Sağlıklı yaşam tarzları, yaşam koşullarına göre insanların erişebileceği seçenekler arasından yapılan seçimlere dayalı, sağlıkla ilgili davranışların kolektif kalıpları olarak tanımlanmaktadır. Birey bu yaşam tarzı davranışlarını seçse de seçimler, bireyin yaşam durumuyla veya yaşamdaki fırsatlarıyla tutarlı olan ve onunla aynı sosyal çevreyi paylaşan diğer kişilerle birlikte yaşamasını sağlayan normlar, değerler ve maddi kaynaklar tarafından şekillenir. Sağlıklı yaşam tarzı teorisi, 4 kategorideki yapısal değişkenleri savunur: (1) sınıf koşulları (2) yaş, cinsiyet ve ırk/etnik köken; (3) topluluklar (sosyal akrabalık ağları, din, politika ve ideoloji, işyeri vb.); ve (4) yaşam koşulları (konut kalitesi, temel hizmetlere erişim, mahalle tesisleri, kamu güvenliği vb.) (Cockerham, 2022).

Bireyin yaşam döngüsündeki yaşam deneyimlerinin obezite öyküsündeki önemini ele almak en az ailenin yaşam döngüsünün obezite öyküsüne etkisini anlamak kadar önemlidir. Bireyin yaşam döngüsü, aile yaşam döngüsü yaklaşımı içerisinde bireyin yaşam döngüsündeki önemli dönüm noktalarına yaşam olaylarına odaklanmamızı sağlar (Carter vd., 2015). Aile yaşam döngüsü içerisinde bireyin yaşam döngüsüne yönelik gelişimsel aşamalar; obezite tanısı almış kadınların çocukluk ve ergenlik deneyimleri, evlilik, annelik ve çalışma gibi deneyimleri ve kadın olma deneyimleri, bireysel yaşamlarında kendi içsel süreçlerine, çevreyle etkileşimlerinden ortaya çıkan duygu, düşünce ve davranış sistemlerine yönelik bilgi sağlar. Obezite gibi bireyi biyopsikososyal açıdan etkileyen bir konuyu anlamada ve değerlendirmede bireyin içsel ve dışsal dinamiklerini ve bu dinamiklere etki eden rol ve sorumlulukları anlamak önemlidir.

Bireyin yaşam döngüsü perspektifi (Carter vd., 2015), birey merkezli terapilerin obezite değerlendirmesindeki önemine işaret etmektedir. Literatürde birey merkezli yaklaşımlar olarak da adlandırılan bireyi merkeze alan yaklaşım hastalıkların, sorunların veya problemlerin özgün deneyimlerine vurgu yapar. Birey merkezli obezite tedavisi olarak karşılaştığımız, bireyin obeziteye yönelik yaşadığı sorunlara bütüncül bir perspektifle değerlendirmeyi amaçlayan bazı çalışmalarda (Bischoff ve Schweinlin 2020), hasta biyolojik, psikolojik ve sosyal olarak obezitenin olumsuz etkilerinden birincil düzeyde etkilenen kişidir. Bireysel tedavi planları, diyet planları ve obezite cerrahisine yönelik tedavi ve operasyonlar konusunda bireyle çalışmak önemlidir. Bütün bunlarla beraber bireyin bir çevre içinde yaşadığı ve çevreyle ilişkisinde yaşadığı sorunların obezite öyküsündeki yeri ve

önemi hem birey hem de aile odaklı çalışmaların eş değerde önemli olduğu sonucuna götürmektedir.

Obezite tanısı almış kadınların sosyal hizmet gereksinimlerinin değerlendirilmesinde ekolojik sistem yaklaşımı ve ekolojik değerlendirme basamakları kullanılmıştır. Bu yaklaşım bireylerin aile yaşam döngüsünde, beş gelişim boyutu olan fiziksel, bilişsel, duyuşsal, sosyal ve tinsel boyutlarda ve bu gelişim boyutlarına etki eden yedi faktöre yönelik detaylı bir değerlendirme sağlamaktadır.

1.10. Ekolojik Sistem Yaklaşımı ve Ekolojik Değerlendirme

Sosyal hizmet mesleğinde 1960'lı yıllara kadar sorunların bireysel sistemlerden kaynaklandığını savunan medikal modelin hâkim olduğu bir tarihsel süreçten söz etmek mümkündür. 1960'lı yıllardan sonra önemli bir gelişme olan “çevresi içinde birey” yaklaşımı kabul edilmiştir. Bu yaklaşım hastalıkların ve sorunların bireylerin içerisinde yaşadıkları ve etkileşim içinde oldukları diğer sistemlerle birlikte değerlendirilmesini önemli bulmuştur (Payne 2014). Bu gelişme insan davranışlarının anlaşılması ve uygun sosyal hizmet değerlendirme yöntemlerinin gelişmesine katkı sunmuştur. Bir anahtar kavram olarak “çevresi içinde birey” yaklaşımı ekolojik yaklaşımın temellerini oluşturmuştur (Duyan, 2010).

Sosyal hizmet mesleği, insanların çevreleriyle etkileşimleri ve bu etkileşimlerden doğan sonuçlara odaklanır (Corliss ve Corliss, 1999). Sosyal hizmet uzmanları, bireyleri anormal veya bozukluğu olan bireyler olarak sınıflandırmaya karşıdır. Bunun yerine hastalıkları ve sorunları çevresi içinde birey bakış açısıyla, bireyin yaşamını zorlaştıran veya engelleyen transaksyonel bir süreç olarak görmektedir (Bronfenbrenner, 1979). Sosyal hizmet mesleği insan davranışlarını insanların içinde yaşadıkları çevreyle birlikte ele alan bütüncül bir yaklaşımı benimser (Zastrow ve Kirst-Ashman, 2013). Bu yaklaşım bireylerin, çiftlerin, ailelerin ve grupların yaşadıkları sorunların ve/veya hastalıkların ekolojik değerlendirmesini yapmayı gerektirir.

Sosyal hizmet uygulamalarında etkili bir değerlendirme yapabilmek kapsamlı bir süreçten geçmeyi gerektirir. Ekolojik yaklaşım, müracaatçı sistemini ve bu sistemin ilişki olduğu içsel ve dışsal bütün faktörlerin birbiriyle ilişkili tüm yönlerini inceleyen bütüncül bir bakış açısı ve araştırılan konuya ilişkin sistematik bir çerçeve sağlar (Baykara Acar ve Acar, 2002). Ekolojik değerlendirme sosyal hizmet uzmanının, herhangi bir özel durumla ilişkili

birçok faktör hakkında mümkün olan en eksiksiz araştırmayı yapmasına yardımcı olur (Derezotes, 2000).

İyi bir sosyal hizmet değerlendirmesi, sorunların çözüme kavuşması için hayati önem taşımaktadır. Sosyal hizmet mesleğinde, sosyal hizmet gereksinimlerinin değerlendirilmesi amacıyla yaygın olarak kullanılan yaklaşım ekolojik yaklaşımdır. Ekolojik yaklaşımla benimsenen amaç hastalıkların ya da sorunların hem bireysel hem de çevresel belirleyicilerini birlikte anlamaktır. İleri genelci uygulamada ekolojik yaklaşım bütüncül bir perspektif ile sorunların detaylı bir resmini çizmek için sosyal hizmet uzmanlarına yol gösterici bir yaklaşımdır (Derezotes, 2000).

Sosyal hizmet uygulamasında başlangıç, orta ve bitiş aşamaları tanımlanmıştır. Özellikle başlangıç aşamasında iyi bir değerlendirme yapmak sonraki aşamalarda uygulayıcının çalışmasını zenginleştirecektir. Ekolojik bir değerlendirme yapmak uygulamaya başlamadan önce müracaatçı sisteminin deneyimlediği fenomen ile ilgili detaylı bir resmi ortaya koyar.

Sosyal hizmet uygulamasında değerlendirme, müracaatçı sisteminin ve çevresinin incelendiği ve bir müdahale planı geliştirmek için kullanıldığı bir sosyal değerlendirme basamağı olmuştur (Bronfenbrenner, 1979). Ekolojik değerlendirmede, sosyal hizmet uzmanları danışan sisteminin ve çevresinin hem güçlü hem de zayıf yönlerinin (sınırlamaları veya zayıf yönleri) önemini vurgulayabilir (Northern, 1987).

Ekolojik yaklaşım çerçevesinde, sosyal hizmet uzmanları üç farklı alana odaklanabilir. İlk olarak, sosyal hizmet uygulamaları birey ve onun baş etme, sorun çözme ve gelişimsel kapasitesini artırmayı hedefleyebilir. İkinci olarak, birey ve bireyin etkileşimde bulunduğu sistemler arasındaki ilişkiler üzerine odaklanabilir ve insanları gereksinim duyduğu hizmetler, kaynaklar ve fırsatlarla bağlantılıdır. Üçüncü olarak, sosyal hizmet, sistemler üzerine odaklanabilir ve bireylerin gereksinimlerini daha etkili bir şekilde karşılamaları için sistemler üzerine odaklanarak, hizmet alınan kurumlarda reform yapmaya çalışabilir (Zastrow, 1999; akt: Duyan 2010; Zastrow ve Kirst-Ashman, 2013).

Bu çalışmada obezite tanısı almış kadınların sosyal hizmet gereksinimlerini ekolojik bir perspektif ile değerlendirmek önemli bulunmuştur. Obezitede cinsiyetler arası farklılıkları ele alan bazı çalışmalarda kadınların erkeklerden daha dezavantajlı olduklarını söylemek mümkündür (Muscoguirri vd., 2023; D'Archivio vd., 2024; Feraco vd., 2024). Bu sebeple bu çalışmanın örneklemini farklı aile yaşam döngüsü evrelerinde yer alan yetişkin

kadınlar oluşturmaktadır. Bu bağlamda çalışmada ekolojik yaklaşım kullanılarak yapılacak görüşmeler insan gelişimini etkileyen beş boyut (fiziksel, duygusal, bilişsel, ruhsal ve sosyal) ve bunlarla doğrudan ilgili yedi ekolojik düzey (biyo-genetik faktörler, ailevi faktörler, kültürel faktörler, çevresel koşullar, kaynaklar ve fırsatlar, öz bakım kalıpları ve gelişimsel ve sağlıkla ilgili güncel göstergeler) çerçevesinde gerçekleştirilmiştir.

Derezotes (2000), etkili bir ekolojik değerlendirme için insan gelişiminin beş boyutuyla ilişkili yedi ekolojik düzeyi tanımlamıştır. Bu beş gelişim boyutu fiziksel, duygusal, sosyal, bilişsel, sosyal ve tinseldir. Bu boyutlara etki eden yedi faktör, biyogenetik, ailesel ve kültürel faktörler, çevresel koşullar, kaynaklar ve fırsatlar, kendine bakım kalıpları, gelişimin ve sağlığın güncel göstergeleri olarak tanımlanmıştır (Derezotes, 2000).

Ekolojik yaklaşımda, beş gelişim boyutuna etki eden yedi faktör şöyledir:

Biyogenetik Faktörler, bireyin kalıtsal özellikleri ve diğer fiziksel özelliklerini kapsar. Ailenin geçmiş yaşantısı muhtemel genetik faktörlere ve yatkınlıklara etki eder,

Ailevi Faktörler, bireyin çekirdek ve geniş ailesinin özelliklerini kapsar, aile terimi bireyin birincil destek sistemlerine ilişkin detaylı bir kapsam sağlar,

Kültürel Faktörler, bireyin psikososyal çevresindeki etkileşimleri kapsar. Psikososyal çevre bireyin ilişki ve etkileşim içinde olduğu aile bireylerini ve grupları kapsar. Bu kişi ve gruplar birincil (sevgili, arkadaş gibi) ve ikincil (bireyle çalışan profesyoneller) ve resmi ve resmi olmayan destek sistemleridir,

Çevresel Koşullar, bireyin yaşam alanında onun yaşam kalitesini etkileyen unsurlardır. Bu unsurlar yerel ve evrensel düzlemde doğal çevre ile ilişkili olabileceği gibi insan eliyle oluşturulmuş bir çevre de olabilir,

Kaynaklar ve Fırsatlar, bireyin sahip olabileceği güvenlik, özgürlük, kabul, zenginlik, güç ve hizmetleri kapsar. Kaynaklar ve fırsatlar bireyin içsel motivasyonu ile ilgili olabileceği gibi, politikalar gibi dışsal bazı konularla da ilişkilidir,

Öz Bakım Kalıpları, bireyin kişisel gelişimini besleyen ve geliştiren çabalar. Bu çabalar bireyin motivasyonu, enerji ve bilinç seviyesi gibi içsel faktörlerle ilişkilidir,

Gelişim ve Sağlığın Güncel Göstergeleri, bireyin, çiftlerin, ailenin ve toplumun refahını ve iyilik halini geliştiren ölçülebilir işaretlerini kapsar (Derezotes, 2000).

1.10.1. Fiziksel Boyut

Beslenme, egzersiz, uyku, kendine bakım, hastalıklar, ilaç kullanımı gibi kişinin kendine bakım ve gelişimi ile ilgili sağlığına olumsuz etki eden bedensel birtakım konuları içermektedir. Beden, zihin ile bir bütündür ve bedensel rahatsızlıklar aynı zamanda ruhsal rahatsızlıkları da tetikleyebilir (Derezeotes, 2000).

Bireyin fiziksel gelişim boyutunun 7 ekolojik seviyenin her birinde değerlendirilmesi için Derezeotes'in (2000) önerdiği klavuz ilkeler temel alınmış ve obezite tanısı almış kadınlar için aşağıdaki şekilde düzenlenmiştir:

Biyogenetik Faktörler: Ailenin genetik olarak obeziteye yatkınlığı,

Ailevi Faktörler: Bireyin ebeveynler ve diğer aile üyeleri tarafından, sağlıklı beslenme için teşvik edilmesi ve fiziksel gelişimi konusunda uygun rol ve sorumlulukları üstlenmesi,

Kültürel Faktörler: Hem bireyin hem de ailenin fiziksel gelişimini destekleyici modellerin olması,

Çevresel Koşullar: Bireylerin tüketim alışkanlıklarını destekleyici temiz hava, su ve yiyeceğe erişimlerinin olması,

Kaynaklar ve Fırsatlar: Sosyo-ekonomik koşullar, tedavi ve destek için gerekli kaynaklara erişimin olması

Öz Bakım Kalıpları: Beslenme, egzersiz, uyku, çalışma, eğlenme, boş vakit ve sigara, alkol kullanımı,

Gelişim ve Sağlığın Güncel Göstergeleri: Dış görünüş, fiziksel sağlık, obezite farkındalığı ve beden farkındalığı.

İnsan gelişimi anne karnından başlayarak yaşam boyu çeşitli boyutlarıyla devam eden bir yaşam döngüsünü kapsamaktadır. Aile yaşam döngüsü içerisinde bireyin sağlıklı fiziksel gelişim gösterebilmesi, ailenin de sağlıklı fiziksel sağlığı destekleyici alışkanlıklarının oluşması önemlidir. Bireyin, ebeveynler ve diğer aile üyeleri tarafından, sağlıklı beslenme alışkanlığına sahip olması, fiziksel aktiviteye teşvik edilmesi, öz bakım becerilerinin gelişmesi, uyku, dinlenme, eğlence gibi temel ihtiyaçların karşılanması konusunda desteklenmesi gerekmektedir. Fiziksel olarak yeterli ve dengeli alışkanlıkları ve sınırları olan ailelerde büyümek obezite riskini azaltmada temel bir faktördür.

1.10.2. Duyuşsal Boyut

Duyuşsal boyut, birbiriyle ilişkili üç unsurdan oluşan ve kişinin duygusal kapasitesini tanımlayan bir kavram olarak sosyal hizmet literatürüne girmiştir. Bu boyut kişinin kendine ilişkin farkındalığı ve kendini kabulü, duyguları yaşayabilme, hissedebilme kapasitesi ve ifade edebilme kapasitesi ile ilişkilidir (Derezeotes, 2000).

Bireyin duyuşsal gelişim boyutunun 7 ekolojik seviyenin her birinde değerlendirilmesi için Derezeotes'in (2000) önerdiği klavuz ilkeler temel alınmış ve obezite tanısı almış kadınlar için aşağıdaki şekilde düzenlenmiştir:

Biyogenetik Faktörler: Ailede ruhsal ve mental bir rahatsızlık veya ve hastalık öyküsü, aile bireylerinin duygu durum bozukluğu öyküsü,

Ailevi Faktörler: Ebeveynlerin veya diğer aile üyelerinin bireyin duyguları yaşama, duygu düzenleme ve olumsuz duygulanımlarla baş edebilme becerilerini güçlendirmede rol model olması

Kültürel Faktörler: Okul, çalışma yaşamı ve sosyal çevrede duygusal gelişimi güçlendirmeye yardımcı modellerin olması,

Çevresel Koşullar: bireyin duygusal gelişimine katkı sağlayacak çevresel faktörlerin varlığı,

Kaynaklar ve Fırsatlar: bireyin yardım isteme, duygularını aylaşma ve duygu düzenleme konusunda destek alabilme fırsatının olması,

Öz Bakım Kalıpları: duygusal öz bakım ve ruhsal öz bakım becerilerinin olması,

Gelişim ve Sağlığın Güncel Göstergeleri: duygularını kabul etme, duyguların ve duygusal gelişiminin farkında olma, duygusal esneklik.

Duyuşsal boyut, bireyin kendi duygularının farkında olması, kendi içsel yaşantısında duygularının anlamını keşfedebilmesi ve olumlu ve olumsuz duyguları hissedebilme kapasitesi ile karakterizedir. Bireyin duygularının farkında olması kadar duygularını düzenleyebilme ve olumsuz duygularla baş edebilme kapasitesi de önemlidir. Bireyin olumlu duyguları olduğu kadar olumsuz duyguları da normal kabul edebilmesi, duygularını düzenlemede olumlu kaynaklara erişebilmesi olumlu baş etme becerilerinin güçlenmesi açısından faydalıdır. Olumlu olduğu kadar olumsuz duygu düzenleme yöntemleri de mevcuttur. Bireylerin

olumsuz duygu düzenleme yöntemlerinin farkında olması ve onların yerine olumlu baş etme mekanizmaları geliştirmeleri duyuşsal gelişimi açısından önemlidir.

1.10.3. Sosyal Boyut

Bireylerin aileleri, akrabaları, arkadaşları ve toplumdaki diğer bireylerle ilişkilerinde uyumu, dengeyi ve olgunlaşmayı kapsamaktadır. Bireyin çevresi ile denge kurma becerilerini içermektedir. Bireylerin güvenli bir sosyal çevreyle birlikte aidiyet ve güven duygularının gelişmesinde önemli bir boyuttur (Derezeotes, 2000).

Bireyin sosyal gelişim boyutunun 7 ekolojik seviyenin her birinde değerlendirilmesi için Derezotes'in (2000) önerdiği klavuz ilkeler temel alınmış ve obezite tanısı almış kadınlar için aşağıdaki şekilde düzenlenmiştir:

Biyogenetik Faktörler: Kişilik özelliklerinin etkisi,

Ailevi Faktörler: Ailede iletişim, roller ve ebeveynlik tutumlarının birey için psikososyal gelişim modellerinin olması,

Kültürel Faktörler: Toplumda, çalışma yaşamında, sosyal yaşamda psikososyal gelişim modellerinin olması,

Çevresel Koşullar: Çevresel koşullar ile ilişkinin nitelikli ve tatmin edici olması, ayrımcılığa ve ötekileştirilmeye maruz kalmama

Kaynaklar ve Fırsatlar: Sosyo-ekonomik durum ve sosyal etkileşim fırsatlarının olması,

Öz Bakım Kalıpları: Sosyalleşmek için zaman ayırmak, sosyal ilişkiler kurabilmek ve sosyal olarak kendini yeterli ve dengeli hissetmek

Gelişim ve Sağlığın Güncel Göstergeleri: Aile yaşam döngüsündeki etkileşim ve iletişim süreçlerinin bireyin iletişimini güçlendirecek, bireyin kendisini ifade edebileceği alanların yaratılması ve bireyin yaşadığı ailede ve sosyal çevrede kendini yeterli ve iyi hissetmesi.

Sosyal boyut, bireyin doğumuyla başlayan ve yaşam boyu sürdürdüğü aile, arkadaş ve akraba ilişkilerini, sosyal çevreyle etkileşim içinde olduğu süreçleri, okul, çalışma yaşamı gibi ortamlardaki iletişim ve etkileşim süreçlerini ve toplumsal olarak aidiyet geliştirdiği

topluluklarla ilişkilerini kapsamaktadır. Sosyal gelişim boyutunda obezite tanısı almış kadınların aileleriyle iletişim ve etkileşim süreçlerinde yaşadıkları olumlu ve olumsuz deneyimleri, sosyal destek mekanizmaları ve ayrımcılığa ötekileştirilmeye maruz kalma deneyimleri ilişkili alanlara içermektedir.

1.10.4. Bilişsel Boyut

Bireyin kendisi, yakınları, diğerleri ve evren hakkındaki inançlarının; etkili problem çözme, karar verme ve çatışma çözme becerilerinin kademeli olarak oluşturulmasını içermektedir (Derezotes, 2000).

Bireyin bilişsel gelişim boyutunun 7 ekolojik seviyenin her birinde değerlendirilmesi için Derezotes'in (2000) önerdiği klavuz ilkeler temel alınmış ve obezite tanısı almış kadınlar için aşağıdaki şekilde düzenlenmiştir:

Biyogenetik Faktörler: ebeveynlerin ve ailedeki diğer bireylerin zeka ve öğrenme potansiyeli

Ailevi Faktörler: Ebeveynler ve diğer aile üyeleri tarafından bireyin bilişsel gelişiminin desteklenmesi ve bireye model olunması,

Kültürel Faktörler: Toplumda, çalışma yaşamında, sosyal yaşamda bilişsel gelişim modellerinin olması,

Çevresel Koşullar: Bilişsel gelişimi destekleyici bir çevre içinde olma,

Kaynaklar ve Fırsatlar: Sosyo-ekonomik koşullar ve bilişsek gelişimi destekleyici hizmet ve materyallere ulaşabilme,

Öz Bakım Kalıpları: Bilişsel faaliyetlere zaman ayırma ve bu faaliyetlerden doyum alma,

Gelişim ve Sağlığın Güncel Göstergeleri: Problem ve çatışma çözme becerilerinin gelişmiş olması.

Bilişsel boyut, düşünme, öğrenme, problem çözme ve bilişsel becerileri olduğunun farkında olma süreçleri ile karakterizedir. Bilişsel gelişim, bireyin kendisi, çevresi ve evren hakkında sağlıklı düşüncelere sahip olmasını içerir. Bireyin kendisini bilişsel olarak gelişen ve dönüşen bir varlık olarak tanımlayabilmesi, öğrenmeyi ve zihinsel gelişimi sağlayan

süreçlere aktif katılımı ve karmaşık sorunları çözebilme becerisi bilişsel boyuta yönelik sağlıklı süreçlerdir.

1.10.5. Tinsel Boyut

Bireylerin dini ve dini olmayan bütün değer ve inanç sistemlerini içermektedir. Literatürde tinsellik kavramı kapsayıcı bir biçimde tanımlanmıştır. Tinselliği, bireyin kendisi ve evren arasındaki bağlantıları, mutlak gerçekliği anlamlandırma, derinlik arama, yaşamın amacını ve bireysel amacını keşfetme ve amaca yönelme çabası olarak tanımlamaktadırlar (Derezotes, 2000).

Bireyin tinsel gelişim boyutunun 7 ekolojik seviyenin her birinde değerlendirilmesi için Derezotes'in (2000) önerdiği klavuz ilkeler temel alınmış ve obezite tanısı almış kadınlar için aşağıdaki şekilde düzenlenmiştir:

Biyogenetik Faktörler: Ailede manevi ve dini konulara duyarlılık öyküsü

Ailevi Faktörler: Ebeveynler ve diğer aile üyeleri tarafından bireyin manevi gelişiminin desteklenmesi ve model olunması, sağlıklı manevi yaşantılar için uygun ve destekleyici ortamların yaratılması

Kültürel Faktörler: Toplumda, çalışma yaşamında, sosyal yaşamda tinsel gelişim modellerinin olması,

Çevresel Koşullar: Çevrenin, canlıların ve doğanın korunması, doğada zaman geçirme,

Kaynaklar ve Fırsatlar: Manevi gelişimi destekleyici kaynaklara erişebilme fırsatının olması,

Öz Bakım Kalıpları: Manevi yaşantılar için zaman ayrılması, kişisel farkındalığı destekleyecek aktiviteler için zaman ayırmak,

Gelişim ve Sağlığın Güncel Göstergeleri: yaşamın anlamı, yaşam ve ölümle ilgili farkındalık ve tutumlar, iç huzur ve esenlik duyumsamaları.

Tinsel gelişim boyutu bireyin diğer bütün gelişim boyutlarındaki inanç ve değerleri üzerinde etkilidir. Bireyin manevi yaşam deneyimleri, hayatı yaşamaya, yaşamda içsel huzura sahip olmaya yol açan önemli faktörleri barındırır.

Obezite fenomenini ekolojik yaklaşım ile değerlendirirken yukarıda tanımlanan beş gelişim boyutu ve yedi faktör ile değerlendirmek araştırmayı derinleştirecektir. Bireysel, ailesel, çevresel ve toplumsal bütün faktörlerin incelenmesi obezite tanısı almış insanların yaşamlarına ilişkin bütüncül bir bakış açısı kazandıracaktır.

Schwartz ve Brownell (2004) obezite ve beden imajı konulu çalışmalarında obezitenin; yetersizlik ve başarısızlık duygusu ile ilişkili bulunduğu değinmişlerdir. Bu bağlamda kişilerin vücut ağırlıklarında artış oldukça, bedenleriyle ilgili değişiklikler karşısındaki memnuniyetsizliğinin de arttığını belirtmişlerdir.

Obezite tanısı almış kadınların, sosyal hizmet gereksinimlerinin değerlendirilmesinde ayrıca eleştirel sosyal hizmet yaklaşımlarından faydalanılmıştır. Kadınların toplumsal cinsiyet eşitsizliklerinden kaynaklı yaşadıkları ayrımcılık, obezite tanısı almış kadınlarla çalışmada feminist yaklaşım ve baskı karşıtı uygulama yaklaşımının önemini gündeme getirmektedir.

1.11. Araştırmayı Destekleyen Diğer Sosyal Hizmet Perspektifleri

Feminist Perspektif, sorunların veya problemlerin anlaşılmasında bu sorunları ve problemleri ortaya çıkaran, cinsiyet eşitsizliklerinden doğan güç ilişkilerini ve bunun soruna veya probleme olumsuz etkilerine odaklanmayı sağlar. Feminist perspektifte odak noktamız kadınlar ve kadınların yaşadıkları sorunlardır. Bir sorunun veya problemin öznesinin daha fazla kadınlar olması, o soruna yönelik ataerkil, baskıcı ve ayrımcı bütün dinamiklerin irdelenmesini zorunlu hale getirir.

Obezite görülme sıklığı Dünya’da pek çok ülkede ve Türkiye’de kadınlarda daha fazla bulunmuş ve obezitenin olumsuz etkilerinden kadınların daha fazla muzdarip olduğu kanıt temelli çalışmalarla ortaya çıkarılmıştır (D’Archivio ve ark., 2024). Obezitenin erkekleri kadınlardan daha az etkilediği söylenemese de erkeklerde ve kadınlarda obezitenin etkilerine yönelik karşılaştırmalı çalışmalar özellikle mikro, mezzo ve makro düzeyde obezitenin kadınlarda daha farklı alanlarda soruna yol açtığı vurgulanmaktadır (Muscoguirı vd., 2024; Dumitraşcu vd., 2023). Obezite tanısı almış kadınların mikro düzeyde sorunları, depresyon, kaygı, stres gibi sorunlar, mezzo düzeyde, aile içi şiddet şiddet, istismar gibi sorunlar ve makro düzeyde de ön yargı, ayrımcılık ve dışlanmaya maruz kalmak, ötekileştirilmek ve damgalanmak gibi durumlara yoğun maruz kalabilmektedirler (Muscoguirı vd., 2024).

Feminist perspektifle, kadınların obeziteye bağılı yaşadıkları sorunlara bakıldığında, kadınların erkeklerle ilişkilerinden doğan güç ilişkilerinin kadınların özellikle duyuşsal ve sosyal gelişim boyutlarına etkisini anlamak önemlidir. Ailelerindeki ya da sosyal çevrelerindeki erkeklerin, ideal kadın algısına uygun bir fiziksel görünüşe sahip olmayan kadınların, beden imajlarına yönelik düşük benlik saygısı duyumsamaları yaşama ihtimalleri yüksek bulunmuştur (Çevik ve Yanıkkerem, 2020).

Baskı Karşıtı Uygulama, eleştirel sosyal hizmet odağında, sosyal hizmet uygulamalarında karşılaşılan, birey, aile ve topluluklar üzerinde baskı yaratan makro sistemlerle çalışma pratiğine yönelik bir anlayış geliştirilmesine yardımcıdır (Albayrak, 2021). Baskı karşıtı uygulama her türlü eşitsizliğe meydan okur. Marjinalize olmuş baskı altındaki çeşitli müracaatçıların özgürleşmesini hedefleyen radikal, yapısal, feminist, ırkçılık karşıtı gibi çeşitli sosyal hizmet yaklaşımlarını kapsayan genel bir anlayış sağlar (Tuncay ve İl, 2007). Baskı karşıtı uygulama 2000’li yıllardan sonra sosyal hizmet teorisine ve uygulamasına çeşitli gruplarla çalışma odağında dâhil edilmiştir. Baskı karşıtı uygulama toplumsal eşitsizliklerden etkilenen azınlık grupların güçlendirilmesine yönelik müdahalelerin oluşturulmasında önemli teorik temelleri sağladığı gibi uygulamalara da yön veren bir anlayış kazandırır (Cankurtaran vd., 2020).

Yapılan araştırmalarda obezite tanısı almış kadınların önyargı, damgalanma ve ayrımcılığa maruz kalma deneyimleri, kadınların toplumda marjinalize edilmiş gruplar arasında olduğuna işaret etmektedir (Kilgore- Bowling, 2017; Morris, 2019; Nutter vd., 2023). Morris (2019), vücut ağırlığının siyaseti başlıklı araştırmasında, birçok kadının bedeni ve cinsiyeti çevreleyen kültürel normlar hakkında tam bilgi sahibi olarak diyet yapmaya yöneldiklerini ve kadınsı bedeni oluşturan karmaşık güç mekanizmalarının farkında olduklarını vurgulamıştır.

Sosyal hizmette baskı karşıtı uygulama ve feminist perspektif, ayrımcılık karşıtı bir uygulama anlayışını sağlamada önemli bir bakış açısı sağlar (Kilgore Bowling, 2017). Bütün toplumlarda farklılıklara sahip insanların bu farklılıklar nedeniyle ayrımcılığa maruz kalmaları tarihsel bir gerçekliktir. Cankurtaran ve Beydili (2016), cinsiyet farklılıkları, fiziksel farklılıklar, yerleşmiş kalıplar, etkileşime ilişkin normlar ve medyanın etkisi gibi faktörleri önyargı ve ayrımcılığı etkileyen faktörler olarak vurgulamışlardır. Sosyal hizmet yaklaşımı bireyleri bu önyargı ve ayrımcılığın olumsuz etkilerine karşı korumalıdır. Feminist perspektif en temelde sosyal hizmet uzmanlarına kadınların maruz kaldıkları önyargı ve

ayrımcılıkla mücadelede ihtiyaç duydukları müdahaleyi gerçekleştirmede yardımcı bir bakış açısı sağlar.

Temel hedefi insan haklarını korumak ve sosyal adaleti sağlamak olan sosyal hizmet mesleğinde feminist perspektif kadınların yaşadığı cinsiyet eşitsizlerine karşı duran ve kadınların güçlenmesine yardım eden bir meslektir. Obezitenin biyopsikososyal sonuçlarından erkeklere oranla daha dezavantajlı durumda olmaları kadınların yaşadıkları sorunların feminist perspektiften, güç ilişkilerinde doğan eşitsizlikler bağlamında değerlendirmeyi zorunlu kılmaktadır.

Bu kuramsal bilgiler ışığında, bu araştırmanın amacı nitel desen ve fenomenolojik yaklaşımla, aile yaşam döngüsü perspektifinden, obezite tanısı almış kadınların sosyal hizmet gereksinimlerini değerlendirmektir.

Tez çalışmasının “giriş” bölümünde araştırılan konuya ilişkin temel bazı bilgilere yer verilmiş, araştırmanın problemi, amacı, önemi ve özgünlüğü açıklanmış, araştırmanın tanımları ve sınırlılıkları anlatılmıştır. Devam eden bölümde obezitenin tanımı ve kapsamı, medikal, biyopsikososyal ve psikolojik yaklaşımlar yardımı ile açıklanmıştır. Obezite tanısı almış kadınlar başlığı altında araştırmanın örneklem grubunun neden kadınlardan oluştuğunu destekleyen betimleyici bir bölüme yer verilmiştir. Kuramsal bölümün devamında, aile yaşam döngüsü perspektifi ve bireyin yaşam döngüsü perspektifin açıklanmış ve sosyal hizmette bu tez çalışmasını destekleyen feminist yaklaşım ve baskı karşıtı uygulama yaklaşımlarına yer verilmiştir. Giriş bölümünün son alt başlığını, bulgular bölümünde aile yaşam döngüsü perspektifinden obezite tanısı almış kadınların gereksinimlerini değerlendirmede temel araç olan ekolojik sistem yaklaşımı ve ekolojik değerlendirme bölümüne ilişkin kuramsal bölüm oluşturmaktadır. Aile yaşam döngüsü perspektifinden obezite tanısı almış kadınların ekolojik değerlendirmesi beş gelişim boyutu ve gelişim boyutlarına etki eden yedi ekolojik düzey ile tanımlanmıştır.

Çalışmanın bundan sonraki bölümünde araştırmanın “gereç ve yöntem” bölümü ayrıntılı bir şekilde ele alınacaktır. Gereç ve yöntem bölümünden sonra araştırmanın analizlerinden elde edilen bulgular ve bulguların yorumlarının yer aldığı “bulgular” bölümüne geçilmiştir. Bulgular bölümünden sonra alan yazın desteği ile bulguların tartışıldığı “tartışma” bölümü yer almaktadır. Son olarak çalışmanın alan yazına katkısını ortaya koyan ve sonuçlara yönelik önerilerden oluşan “sonuç ve öneriler” bölümüne yer verilmektedir.

2. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın modeli, çalışma grubu, veri toplama aracı ve verilerin analiz sürecine yer verilmiştir.

2.1. Araştırmanın Modeli

Bu tez çalışması nitel araştırma yöntemi ile yazılmıştır. Nitel araştırma, bireyler ve grupların bir sosyal soruna atfettikleri anlamlara değinen ve araştırma probleminin incelenmesini içeren yorumlayıcı/kuramsal çerçevelerin kullanımı ile başlar (Creswell, 2021). Bu, nitel araştırmacıların kendi doğal ortamlarındaki şeyleri insanların durumlara veya sorunlara verdiği anlamlar açısından anlamlandırmaya çalışması ve ortaya koyması anlamına gelmektedir. Kişilerin deneyimlerine ve yaşantılarına ilişkin derinlemesine verilere ulaşmayı hedeflemeyi amaçlayan bir araştırma yöntemi olan nitel araştırmada amaç, katılımcıların seslerini, araştırmacının derin düşüncelerini, problemin açıklama ve yorumlanmasını ve çalışmanın alan yazına katkısını veya değişim çağrısını içerir (Patton, 2002). Nitel araştırmacı belirli bir çerçevede tasarlanmış bir araştırmada ayrıntılardan daha genel bakış açılarına doğru, bu bakış açılarını kodlar, kategoriler, temalar ve boyutlar aracılığıyla tümevarımsal bir şekilde çalışarak analiz eder daha sonra tema ve yorumları desteklemek amacıyla kanıt toplamak için tündengelimli bir şekilde çalışır (Creswell, 2021).

Araştırmada, nitel araştırma yaklaşımlarından birisi olan fenomenolojik yaklaşımdan yararlanılmıştır. Fenomenolojik yaklaşımda araştırmacı merak ettiği ya da anlamaya çalıştığı konulara katılımcıların kendi gerçekliklerine, diğerlerine sundukları hikâyeleriyle ulaşır ve katılımcıların deneyimlerini aktardığı kendi ifadelerinden yola çıkarak analiz eder ve yorumlar. Fenomenolojik yaklaşım insanların kendileri tarafından başkalarının etkisi olmadan oluşturulan hikâyelerini yorumlamak için kullanılır.

Fenomenolojik yaklaşım neyin nasıl deneyimlendiğini bütünleştiren ve bireylerin deneyimlerinin özünün tartışıldığı betimleyici çalışmalarda kullanılır. Veriler fenomenle ilgili deneyimleri olan bireylerden ve onlarla yapılan derinlemesine görüşmeler yoluyla toplanmaktadır (van Manen, 1990). Bu tez çalışmasında veriler çalışmanın amacıyla bağlantılı olarak 18 yaş üzerinde olup farklı aile yaşam döngülerinde yer alan obezite tanısı almış 27 kadın ile yapılmış derinlemesine görüşmeler yoluyla toplanmıştır. Asıl olarak

obezite tanısı almış kadın katılımcıların deneyimleri üzerinde durulmuş ve deneyimlerin anlamı fenomenolojik araştırmaya uygun bir biçimde anlaşılmaya çalışılmıştır.

2.1.1. Araştırmanın Çalışma Grubu

Fenomenoloji araştırmalarında az sayıda katılımcı ile derinlemesine görüşmeler yapılarak elde edilen veriler kullanılabilir. Fenomenolojik yaklaşımın kullanıldığı nitel araştırmalarda amaç genellemeler yapmak değil araştırılan fenomene ilişkin derinlemesine bir çalışmayı ortaya koymaktır. Bu araştırmada derinlemesine görüşülen katılımcılara ilişkin dâhil edilme kriterleri şöyledir; (1) 18 yaşın üzerinde kadın olmak (2) beden kütle indeksi 30'un üzerinde olmak (3) herhangi bir hastalığa bağlı obezite tanısı almamış olmak (4) araştırmaya gönüllü katılmış olmak. Böylelikle bu araştırmanın hedef grubunu Türkiye'de yaşayan 18 yaşını doldurmuş ve obezite tanısı almış kadınlar oluşturmuştur. Araştırmaya katılan kadınların obezite tanılarının herhangi bir sağlık sorununa bağlı gelişmiş olmaması dikkate alınmıştır. Obezitenin herhangi bir kronik sağlık sorununa bağlı ortaya çıkması durumunda yaşam döngüsü içerisinde kadınların deneyimlerine yönelik kısıtlayıcı bir durum olabileceği düşünülmüştür ve araştırma sürecinde Tez İzleme Komitesi'nin Görüşleriyle bir dışlama ölçütü olarak belirlenmiştir.

Bu araştırmada nitel araştırmada kullanılan örneklem türlerinden olan amaçlı örneklem kullanılmıştır. Amaçlı örneklem, nitel araştırmalarda kullanılan bir kavramdır ve araştırmacının çalışma için katılımcıları seçmesi anlamına gelmektedir (Creswell, 2021). Katılımcıların belirlenmesinde amaç, 6 farklı aile yaşam döngüsünde bu evredeki yaşam olaylarını deneyimleyen kadınların seçilmesidir. Bu amaca yönelik olarak her üç evrede 4, 3 evrede de 5 olmak üzere 27 katılımcı araştırmaya dâhil edilmiştir.

Çalışmanın alt örneklem türü maksimum çeşitlilik örnekleme türü olarak belirlenmiştir. Maksimum örnekleme türü ortak fenomenlerle ilgili farklılıklar ve benzerlikleri gösteren durumların ortaya çıkarılmasına yardımcı olan bir örneklem türüdür ve nitel araştırmalar için idealdir (Creswell, 2021). Bu örneklem türlerine uygun olarak, farklı aile yaşam döngülerinde 18 yaşın üzerinde obezite tanısı almış ve mümkün olduğunca farklı sosyo-demografik özelliklere sahip kadınlar bu araştırmanın çalışma grubunu oluşturmaktadır.

Derinlemesine görüşme tekniğinin kullanıldığı nitel araştırmalarda çalışmanın başında örneklemin büyüklüğünü kesin olarak belirlemek güçtür. Bu nedenle nitel desenli çalışmalarda doygunluk noktası önemlidir. Doygunluk noktası aynı fenomeni deneyimleyen

katılımcılardan elde edilen verilerle ilgilidir ve artık yeni bir veriye ulaşılmayan noktayı ifade etmektedir (Schostak, 2006). Bu çalışmada da örneklem büyüklüğü doygunluk noktasına göre belirlenmiş ve çalışma doygunluk noktasına ulaştığında, başka bir ifadeyle veriler tekrar etmeye başladığında veri toplama süreci sonlandırılmıştır.

Katılımcılara; Aile Sağlığı Merkezi ve Sağlıklı Yaşam Merkezleri'nde çalışan doktorlar, sosyal hizmet uzmanları, diyetisyenler ve hemşireler aracılığıyla ulaşılmıştır. Araştırmacı olarak bu merkezlerdeki meslek elemanları ile görüşmeler yapılmış ve araştırmanın amacından söz edilmiştir. Araştırmaya dâhil edilme kriterlerine uygun bir biçimde BKİ'si 30'un üzerinde olup, obezite tanısı almış kadınların araştırmacı ile iletişim kurmalarını sağlayacak koşullar sağlanmıştır. Geri dönüş yaparak araştırma hakkında bilgi almak ve katılımcı olarak katkı vermek isteyen katılımcılarla ön görüşmeler yapılmış, araştırmanın örneklem seçimine uygunlukları göz önünde bulundurularak araştırmanın amacı, görüşme yöntemi ve ortalama süre ile ilgili katılımcılar bilgilendirilmiştir. Yüz yüze görüşmeler araştırmaya katılan kadınların yönlendirildikleri merkezlerde yapılmıştır. Bu merkezler Sağlıklı Hayat Merkezleri, Aile Sağlığı Merkezleri ve özel diyet klinikleridir.

2.1.2. Veri Toplama Araçları

Bu araştırmada veri toplama araçları ve yöntemine yönelik detaylı bilgilere yer verilmiştir.

Araştırmada veri toplama aracı olarak, kişisel bilgi formu ve nitel veri toplama araçlarından olan yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır. Kişisel bilgi formu katılımcıların yaşı, medeni durumu, eğitim durumu, mesleği, çocuk sayısı ve beden kütle indeksi bilgilerini içermektedir. Bu bilgiler ön görüşmeler sırasında katılımcıların aile yaşam döngüsü evrelerini belirlemek amacıyla sorulmuş ve notlar alınmıştır. Yüz yüze veya çevrimiçi görüşmelerin sonunda da kişilerle bu bilgiler yeniden teyit edilmiştir.

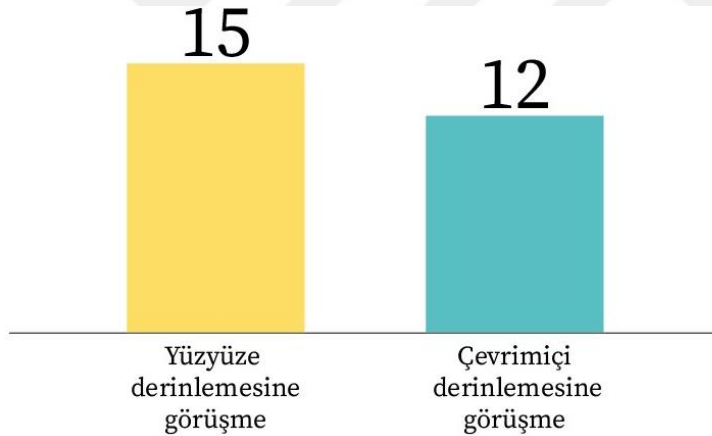
Araştırmada derinlemesine görüşmelerin yapılmasına olanak tanıyan yarı yapılandırılmış görüşme diğer bir veri toplama aracıdır. Yarı yapılandırılmış soru formu, katılımcıların kendilerini rahatça ifade edebilmelerini sağlamak amacıyla titizlikle hazırlanmış bölümlerden oluşmaktadır. Görüşme formundaki sorular kişilerin deneyimlerini tamamen onların gözünden anlamaya yönelmiştir. Görüşme formunda her bir soru kendi içinde takip eden soruları da barındırmaktadır. Temel soruların ve altında deneyimlenen fenomenin daha derinlemesine anlaşılmasını sağlayacak takip eden soruların yer aldığı görüşme formları nitel araştırmalarda yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu araştırmada

obezite tanısı almış kadınların deneyimlerinin derinlemesine anlaşılması amaçlanmış ve oluşturulan sorular kadınların yaşam deneyimlerini kapsamaları bakımından oldukça geniş bir bakış açısıyla hazırlanmıştır.

Yarı yapılandırılmış görüşme formu hazırlanırken literatüre ilişkin detaylı bir tarama yapılmış ve tez izleme komitesinin görüşlerine başvurulmuştur. Pilot görüşmeler sonrasında, görüşmelerde işlemeyen bazı sorular çıkarılmış ve yeni sorular eklenmiştir. Yeni sorular, iki akademisyen tarafından kontrol edilmiş ve forma son hali verilmiştir. Bu aşamadan sonra veri toplama aşamasına geçilmiştir.

Görüşmelerin katılımcıların uygunluk durumlarına göre, 15 görüşme yüz yüze, 12 görüşme de katılımcıların kullanım rahatlıklarına göre değişen, görüntülü ve sesli görüşmeye izin veren, WhatsApp ve Zoom programları kullanılarak yapılmıştır.

Katılımcılarla Yapılan Görüşmelerin, Görüşme Şekline Göre Dağılımı Şekil 2.1.’’de görülmektedir.



Şekil 2.1. Katılımcılarla Yapılan Görüşmelerin, Görüşme Şekli Dağılımı

Veri toplama aşamasında araştırmanın örnekleme uygun biçimde belirlenen görüşmeciler ile görüşme gün ve saatleri belirlenmiştir. Belirlenen gün ve saatte 15 katılımcı ile yüz yüze, 12 katılımcı ile çevrimiçi yapılmıştır. Görüşmelerin yapıldığı dönemin Covid-19 vakalarında artışın olduğu bir dönem olması nedeniyle, 7 katılımcı yüz yüze görüşmeyi tercih etmemişlerdir. Çevrimiçi görüşme yapılan diğer 5 katılımcı da il dışında ikamet etmektedir, katılımcıların görüşmeler için uygun oldukları zaman diliminde zaman ve seyahat kısıtlılığı nedeniyle görüşmeler çevrimiçi yapılmıştır. Bütün araştırmalarda ses kaydı alınmıştır. Alınan ses kayıtları görüşmelerden kısa bir süre sonra deşifre edilmiştir. Bütün görüşmeler ve deşifreler araştırmacı tarafından yapılmıştır.

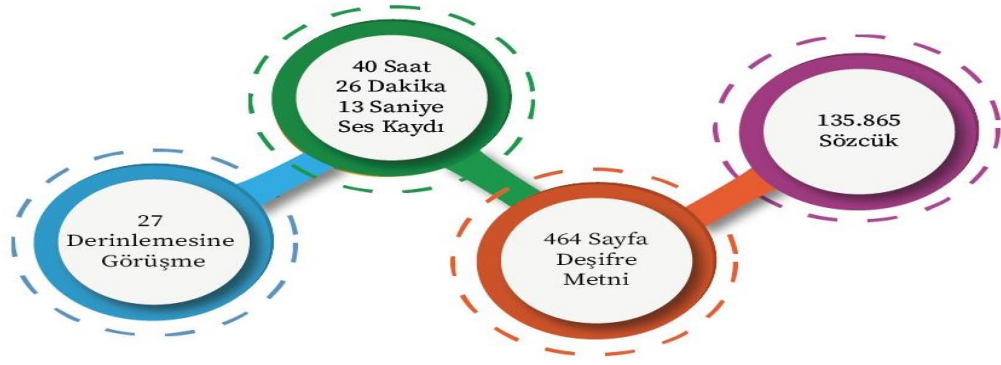
Pilot Çalışma

Bu bölümde araştırma kapsamında yapılan pilot çalışmalara ilişkin bilgilere yer verilmiştir. Araştırma kapsamında, birinci, üçüncü ve beşinci aile yaşam döngüsü evrelerinde yer alan 3 katılımcı ile pilot görüşme yapılmıştır. Bu görüşmeler 2023 yılı Mayıs ayı içerisinde ve yüz yüze gerçekleştirilmiştir. Görüşmelerde yarı yapılandırılmış soru formunda tek tek sorular halinde yer alan demografik bilgilerin görüşmelerin en başında katılımcılara sorulmasının görüşmeleri olumsuz etkilediği görülmüştür. Yarı yapılandırılmış görüşme formunda yer alan demografik bilgiler formdan çıkarılmış ve görüşmelerin sonunda ayrı bir kişisel bilgi formu aracılığıyla alınmıştır. Demografik bilgiler dışındaki soruların iyi yapılandırılmış olduğu ve görüşmecilerin kendilerini rahatlıkla ifade etmeleri açısından iyi bir akışta sorulduğu saptanmıştır. Yarı yapılandırılmış soru formunda yer alan sorulara ek olarak bir soru eklenmiştir. Bu soru katılımcıların görüşmeyi bitirirken araştırma konusunda katılımcıların bu deneyimi yaşayarak öğrenen ve önerilerini açıkça ifade edebilmelerini sağlamak amacıyla oluşturulmuş “obezite konusunda araştırma ve uygulama yapan kişilere önerileriniz nasıldır” sorusudur. Bu soru katılımcıların paylaşımlarındaki akışı bozmayacak şekilde, daha önceki sorulardan sonra yarı yapılandırılmış soru formunun sonuna eklenmiştir.

Pilot görüşmelerden sonra, görüşme yapılması için iletişim kurulan katılımcılarla ön görüşmeler yapılmıştır. Bu ön görüşmelerin içeriğini, kişilere araştırma hakkında bilgi vermek, görüşmelerin yüz yüze veya çevrimiçi seçeneklerini paylaşmak, görüşme süresi ve görüşmenin yapılacağı yer ve ortam hakkında bilgilendirmek, varsa görüşmecilerin araştırma hakkında diğer sorularını cevaplamak oluşturmaktadır.

2.1.3. Verilerin Analizi

Bu bölümde araştırma kapsamında yapılan derinlemesine görüşmeler aracılığıyla toplanan verilerin analizine ilişkin bilgilere yer verilmiştir. Araştırmada toplanan verilerin kapsamı Şekil 2.2.’de görülmektedir.



Şekil 2.2. Araştırmada Toplanan Verilerin Kapsamı

Şekil 2.2.'de görüldüğü üzere araştırma kapsamında hazırlanmış yarı yapılandırılmış görüşme formu ile 27 katılımcı ile derinlemesine görüşmeler yapılmıştır. Görüşmelerin tamamında katılımcıların onayı alınarak ses kaydı alınmıştır. Toplam ses kaydı süresi 40 saat 26 dakika 13 saniyedir. Görüşmelerden elde edilen ses kayıtlarının tamamı deşifre edilmiştir. Ses kayıtlarının deşifresi toplam 464 sayfa ve deşifre metinleri 135.865 sözcükten oluşmaktadır.

Verilerin analizi sürecinde nitel araştırmalarda kullanılan araştırma süreci adımları takip edilmiştir. Nitel araştırmalarda veri analizi verilerin toplanması, kodlanması ve kodların bir araya getirilerek temaların oluşturulması şeklinde ilerlemektedir. Oluşturulan temalar detaylı bilgi kategorileri ve destekleyici bulgular oluşturmak için benzer kodların gruplandırılmasıdır (Creswell, 2021).

Verilerin analizinde bir nitel veri analizi programı olan MAXQDA 2020 programı kullanılmıştır. MAXQDA araştırmacıya nitel metinleri sistematik olarak değerlendirmek ve yorumlamak için geliştirilmiş yardımcı bir programdır (Creswell, 2021). İlk olarak derinlemesine görüşmelerden elde edilen veri seti organize edilmiş ve programa yüklenmiştir. Verilerin analizinde görüşmelerde tutulan gözlem notlarından da yararlanılmıştır. Veriler tekrar tekrar okunarak detaylı kodlar oluşturulmuştur. Kodlar oluşturulurken araştırma alan yazında konuyu tartışabilecek en uygun kodlar oluşturulmaya çalışılmıştır. Verilerin kodlanmasının ardından benzer kodlar bir araya getirilerek temalar oluşturulmuştur. İlgili kodlar bu temalar altında bir araya getirilmiştir. Oluşturulan kodlar başka bir araştırmacı tarafından da kontrol edilerek, tez izleme komitesine sunulmuştur. Kodlar tez izleme komitesinin de görüşleri alınarak son haline getirilmiştir.

Bir sonraki aşamada betimleyici ve karşılaştırmalı analizler yapılmıştır. Temalar belirlenmiş ve bu temalar altında kategoriler, kodlar ve alt kodlar grafikler ve şekiller aracılığıyla hiyerarşik bir biçimde sıralanmıştır.

Bulgular bölümünün başlıkları üç tema altında, bu temaları destekleyici ve tümden gelim anlayışı ile kapsayıcı bir biçimde detaylandırılmıştır. Bulgular bölümünde öncelikle kavram haritasına yer verilmiştir. Bulgular bölümünün ilk üç ana başlığı bu temaların betimsel analizinden oluşmaktadır. Her bir temanın altında yer alan kodların analizleri şekiller aracılığıyla ve katılımcıların ifadelerinden alıntılarla verilmiştir. Alıntılar iç yorumlar ile desteklenmiştir.

2.1.4. Etik Konular

Araştırmaya 26.05.2022 tarihinde İstanbul Bilgi Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurul Başkanlığı tarafından 2022-40034-68 proje numarası ile etik kurul onayı verilmiştir.

Bu doktora tez çalışmasının kendi içinde etik konular dâhilinde tartışılacak birden fazla konuyu içerdiği düşünülmektedir. Bu konuların başında da katılımcılara yönelik, görüşme süreçlerine yönelik ve araştırmanın verilerine yönelik etik hassasiyetlere değinmekte yarar görülmektedir.

Katılımcılara yönelik etik hassasiyetler, katılımcılar ile tanışma, görüşme yerinin ve ortamının organize edilmesi, görüşmelerin yapılması, ses kaydı alınması, görüşmelerin sonlandırılması ve görüşme sürecinin tamamen sonlandırılmasına kadar geçen süredeki bütün yaklaşım, davranış ve yönlendirme süreçlerini kapsamaktadır. Bu süreçte dikkat edilen etik hassasiyetler, Ulusal Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği (NASW)'nin 2018 yılında güncellediği sosyal hizmetin etik standartlarına uygun olarak korunmuştur.

Katılımcılara yönelik etik hassasiyetlerin başında aydınlatılmış onam formu kullanımı gelmektedir. Aydınlatılmış onam formu araştırmacı tarafından hazırlanan ve katılımcıların araştırmanın amacı, konusu ve etik kurul onayı hakkında bilgi edinebildikleri ve istedikleri zaman görüşme sürecini sonlandırmak ve araştırmaya katkı vermekten vazgeçmek gibi haklarının olduğunu anlatan aydınlatıcı bir metindir. Aydınlatılmış onam formunu katılımcıların talebine göre bazı katılımcılara araştırmacı okumuş, bazı katılımcılar da kendileri okumak istemişlerdir.

Gizlilik bir diğer önemli etik konudur. Katılımcılara ön görüşmeler sırasında görüşmelerin nerede yapılacağı, görüşme ortamı, yapılacak görüşmelerin gizliliğinin

sağlanacağı ve görüşmelerde alınan ses kayıtlarının üçüncü bir kişi ile kesinlikle paylaşılmayacağı ve yazıya dökme aşamasının araştırmacı tarafından yapılacağına yönelik bilgilendirmeler yapılmıştır.

Görüşme süreçlerine yönelik etik hassasiyetler görüşmelerin nasıl yapılacağı, nerede ve hangi koşullarda yapılacağı gibi konuları içermektedir. Yüz yüze yapılacak görüşmeler için, görüşme yapılacak yerler görüşmelerden birkaç gün önce belirlenmiştir. Katılımcıların yönlendirildikleri merkezler görüşmelerin yapılması için tercih edilmiştir. Görüşme merkezleri ve odalarının sağlanması için öncelikle görüşme yapılması planlanan kuruluştaki ve/veya merkezde sosyal hizmet uzmanları varsa onlarla iletişime geçilmiştir. Sosyal hizmet uzmanlarının bulunmadığı sağlık merkezlerinde ise doktor, hemşire ve beslenme ve diyet uzmanlarından görüşme ortamları için destek talep edilmiştir. İlgili birim yetkililerinden gerekli izinler alındıktan sonra görüşme odaları kişilerin kendilerini rahatça ifade edebilecekleri ortamlara dönüştürülmüştür. Görüşme odaları ve odanın imkânları katılımcıların kendilerini rahatça ifade edebilmelerinde çok önemli bir etkidir. Bu araştırmanın katılımcıları belirli bir kilonun üzerinde olan kadınlardır, odanın ve oturdukları alanların önceden hazırlanması ve rahat koltuk, sandalye gibi malzemelerin temini önemlidir. Odada masa ve sandalye düzenleri gözden geçirilmiş, odanın yeteri kadar aydınlık olduğundan ve hava aldığından emin olunmuştur. Katılımcıların rahatça kullanabilecekleri su, peçete gibi malzemeler hazırlanmıştır.

Çevrimiçi yapılan görüşmelerde internet bağlantısının kesilmeyeceği bir yerden bağlanılmış, katılımcılar da bu konuda bilgilendirilmiştir. Katılımcılar görüşme için evlerinde veya iş yerlerinde kendilerini rahatça ifade edebilecekleri odaları ve alanları tercih etmeleri konusunda bilgilendirilmişlerdir.

Katılımcılar belirlenen gün ve saatte merkezde ve/veya çevrimiçi ortamda araştırmacı tarafından karşılanmış ve görüşme odasına/oturumuna alınmıştır. Görüşmelere başlanmadan önce araştırmacı ve araştırma hakkında kısa bilgiler verilmiş ve katılımcı hazırsa görüşmelerin başlatılabileceği konusunda bilgilendirme yapılmıştır. Ses kayıtları ses kayıt cihazı/programı aracılığıyla alınmış ve yüz yüze görüşmelerde ses kayıt cihazı katılımcı ile araştırmacı arasında, katılımcının görebileceği bir yerde konumlandırılmıştır. Görüşmeler esnasında sorular katılımcılara belirli bir düzen içerisinde sorulmuş ancak katılımcıların sorular arasında serbest dolaşımına izin veren, katılımcıları soru yağmuruna tutmayan, kendilerini rahatça ifade edebilmelerini teşvik eden bir anlayış benimsenmiştir.

Görüşmelerin sonuna doğru yaklaşırken katılımcılar görüşmelerin sonlanacağına yönelik bilgilendirilmişlerdir. Görüşme formundaki sorular bittiğinde katılımcılara ifade etmek istedikleri başka herhangi bir konunun olup olmadığı sorulmuştur ve görüşmeler sonlandırılmış, ses kaydı durdurulmuştur. Görüşmelerden sonra katılımcıların yaşadıkları duygusal ve fiziksel zorlanmalara ilişkin odadan çıkmadan önce dinlenmeleri sağlanmıştır. Kendilerini hazır hissettiklerinde görüşme odasından ayrılacakları konusunda bilgilendirilmişlerdir. Katılımcılardan bazıları ilerleyen süreçlerde herhangi bir yönlendirme yapıp yapılamayacağını, ne tür destekler ve hizmetler alabilecekleri konusunda bilgi talep etmişlerdir. Bilgi ihtiyacı içerisinde olan katılımcılar araştırmacının imkân ve koşulları dâhilinde bilgilendirilmiş ve merkezin/kuruluşun kaynaklarından yararlandırılmışlardır.

Son olarak araştırmanın verilerine yönelik etik hassasiyetler, verilerin ses kayıtlarının saklanması ve deşifre edilmesi, saha notlarının tutulması ve deşifre edilen metinlerin ve saha notlarının anonimleştirilmesi süreçlerini kapsamaktadır. Görüşmeler esnasında alınan ses kayıtları araştırmacı tarafından, olabildiğince her görüşmeden sonra hızlıca deşifre edilmiştir. Her görüşmeye yönelik saha notları da deşifre metinleriyle birlikte düzenlenmiştir. Deşifre metinleri içerisinde isim, mahalle, iş yeri gibi katılımcıların kimliklerinin belirlenmesine yönelik kişisel bilgiler anonimleştirilmiştir. Verilerin kodlanması ve analizi süreçlerinde bu bilgilerin anonimleştirilmesine devam edilmiştir. Katılımcılara öncelikle kendinize bir çiçek ismi verseydiniz bu hangi çiçek olurdu diyerek kendilerine bir kod isim vermeleri istenmiştir ancak verilerin analizi sürecinde katılımcılara yönelik genel bir izlenim geliştirmemek ve nitel araştırmanın doğasına ters davranmamak için verilerin en son analiz edildiği aşamada katılımcılara, verileri tamamen anonim kılmak amacıyla, K1, K2..K27 gibi kodlar verilmiştir.

2.1.5. Süre ve Olanaklar

Araştırmanın verileri Aralık 2022- Haziran 2023 tarihlerini kapsayan 6 ay süresince toplanmıştır. Araştırmanın tüm maliyeti, araştırmacı tarafından karşılanmıştır.

2.1.6. Geçerlik Güvenilirlik

Bilimsel bir çalışmada, çalışmanın niteliğini belirleyen faktörlerden biri araştırmanın güvenilir ve geçerli olmasıyla, yani çalışmanın sonuçlarının olgusal dünyada var olan durumları açıklama ve temsil edebilme özelliği ile doğru orantılıdır. Nitel araştırmalar nicel araştırmalardan farklı olarak insan davranışlarının “nasıl”ını derinlemesine araştırmayı amaçlar. Fenomenolojik araştırmalarda araştırmacı, araştırdığı konuyu tecrübe etmiş

katılımcılara ihtiyaç duyar (Silverman, 2013). Kaç kişiyle görüşme yapılacağı nitel araştırmalarda önceden belirlenemez (Patton, 2002).

Bu araştırmada, araştırılan fenomeni en iyi temsil ettiği düşünülen 27 katılımcı ile derinlemesine görüşmeler yapılmıştır. Katılımcılardan elde edilen veriler doygunluk noktasına ulaştığında görüşmeler sonlandırılmıştır. Katılımcılardan elde edilen verilerin analizinden ilk olarak bir kod listesi oluşturulmuştur. Araştırmanın kod listesi iki araştırmacı tarafından incelenmiş ve önerilen düzeltmeler yapılmıştır.

Araştırmanın analizleri nitel veria analizi konusunda uzman iki araştırmacı tarafından kontrol edilmiştir. Araştırma süresince altı ayda bir yapılan Tez İzleme Komitesi toplantıları aracılığıyla araştırmanın her aşamasına yönelik akademisyen geri bildirimleri alınmıştır.

2.1.7. Araştırmacının Rolü

Araştırmaların esas öznelere araştırmaya eşsiz katkılarıyla destek olan katılımcılardır. Bu araştırmanın esas öznelere kadınlardır ve araştırmayı benzersiz yapan en önemli etken de kadınların deneyimlerini açık yüreklilikle araştırmacıyla paylaşmış olmalarıdır.

Araştırmalarda araştırmacı, katılımcılardan sonra konuyu merak eden, konunun belirlenmesinde, araştırılmasında, araştırma tasarımında ve yazım aşamasında ikinci sırada gelen kişidir. Bu bölümde araştırmacı olarak kendi rolünden bahsederken kullanacağım dil değişecektir ve böylelikle belki de kendimi bir kadın, araştırmacı ve akademisyen olarak ifade etmem kolaylaşacaktır.

Araştırmacı ve Akademisyen Olarak

2011 yılında sosyal hizmet uzmanı olarak başladığım mesleğime yaklaşık beş yıl iki farklı hastanede tıbbi sosyal hizmet, hasta ve çalışan hakları birimlerinde devam ettim. Bir araştırmacı olarak doktora sürecime başladığım yıldan bu yana İstanbul Bilgi Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu'nda akademisyen olarak çalışıyorum.

Sosyal hizmet mesleğinin bilgi, beceri ve değer temelimi güçlenmesini sağlayan lisans, yüksek lisans ve doktora sürecimde çeşitli derslere katılarak biri lisans biri de yüksek lisans tezi olmak üzere iki tez çalışması tamamladım. Her iki tez çalışması da sosyal hizmette dezavantajlı gruplara yönelik sosyal hizmet değerlendirmesini ve müdahalesini içeren çalışmalardı. Doktora eğitimim süresince çalıştığım üniversitede akademisyen olarak

çeşitli dersler anlattım. Sosyal sorumluluk içeren çalışmalarda yer aldım ve insan hakları temelli çalışmalarda gönüllü olarak mesleğimi yapmaya devam ettim.

Bu tez çalışmasına başlarken özellikle çalışma grubu olarak seçtiğim katılımcılar hakkında, özellikle kendi görüş ve değerlendirmelerimden sıyrılmak üzere, etik hassasiyetleri düşünmeye ve etik davranmaya özen gösterdim. Görüşme yaptığım kadınlara bakış açımın veri topladığım bir birey olmasına değil, obezite fenomenini deneyimleyen ve güçlüklerle karşılaşmış bir kadın olmasına özen gösterdim. Araştırma sürecimde obeziteye yönelik çeşitli kaynaklardan faydalandım. Bu süreçte obezite fenomenini anlamaya yardımcı eğitimler ve seminerlere katıldım. Çeşitli ekollerde, özellikle ruh sağlığı ve sosyal hizmet alanına yönelik çalışmalar hakkında yazılmış kitaplar okudum. Obezite konusu ile ilgili televizyon dizileri, programları ve filmler izledim.

Tez çalışmamla eş zamanlı kendi bireysel terapi sürecime başladım ve bu süreçte bu konuyu neden çalışmak istediğime yönelik araştırmacı ve akademisyen kimliğimle birlikte bireysel, çevresel ve toplumsal konuları da anlamlandırma fırsatım oldu.

Son olarak, çalışmam boyunca önyargılı, ötekileştirici ve taraflı herhangi bir konumda bulunmamaya özen gösterdim. Obezite tanısı almış kadınların yaşam deneyimlerini ve sosyal hizmet gereksinimlerini hak temelli bir yaklaşımla anlamaya ve değerlendirmeye çalıştım. Araştırmanın esas öznelerinin katılımcılar ve onların deneyimleri olduğu anlayışını araştırmanın her bölümünde sürdürmeye özen gösterdim. Bu tez çalışmasının alan yazına ve sosyal hizmet uygulamalarına katkısı bir araştırmacı ve akademisyen olarak bundan sonraki çalışmalarına da ışık tutacaktır.

Kişisel Olarak

Bu doktora tez çalışmasının bana ayrılan bu bölümünde öncelikle bir insan olarak geçtiğim süreçlerden söz ederek başlamak istiyorum. Çalışmaya başlamaya karar verdiğim günden bu yana obezite konusunun bana farklı açılardan büyük ve geniş geldiğini ve sanki ne yaparsam yapayım bir türlü çalıştığım konunun hakkını veremezmişim gibi hissettim. Bu hissiyatın gerçeklik payı da sanırım her araştırılan konunun yeniden araştırılacak farklı boyutlarının her zaman olmasından geliyor. Bu noktada araştırma konumu seçme süreçlerimle ilgili bilinç düzeyimde gerçekleşen yaşantılardan bahsedeceğim çünkü bilinçdışı süreçlerim ile ilgili çalıştığım konunun derinliklerinden çıkmam ve bu yazıyı sonlandırmam zor olacaktır.

Bütün dünyayı ve Türkiye’yi derinden sarsan Covid-19 pandemisi sonrasında hem pandeminin hem de günümüzdeki sedanter yaşam tarzının obezite üzerine etkilerini düşündüğüm bir zaman diliminde bu konu hakkında bir doktora tez çalışması yapabilir miyim diye düşündüm. En çok da kız çocukları ve kadınların obezite deneyimlerini merak ediyordum çünkü ders anlattığım sınıflarda ve sokakta karşılaştığım, gördüğüm, neredeyse beş yetişkin kadından biri aşırı kilolu veya obezite sınırları içerisindeydi. Bu karşılaşmalar ve sohbet aralarında duyduğum “yemekten değil stresten kilo alıyorum” söylemleri de konu hakkındaki merakımı giderek daha da perçinliyordu. Kadın olmam, mesleğim, araştırmacı ve akademisyen kimliğim, kadınların vücut ağırlıklarının artmasının yalnızca beslenme sorunlarıyla açıklanmasının obezite ile mücadele eden kadınlara karşı haksızlık olacağını düşündürüyordu. Obezitenin nedenlerini ve sonuçlarını merak ederken, bir taraftan da bir kadın olarak kadınlarda obezite konusunu araştırmaya olan merakım ve ilgim daha fazlaydı.

Tez yazım sürecimin yeterince uzun olduğunu söyleyebilirim. Yaklaşık iki buçuk yılda tamamladığım sürecimin içerisinde konuyu düşünmeye başladığım ve bugünlerde sonlandırmaya yakın olduğum zamana kadar geçen sürede bu konuyu çalışmaya neden gönüllü olduğumu düşünmeye devam ettim. Bu tez çalışmasını yazıya dökerken, öncelikle çalışmaya yürekten katkı veren katılımcıları sonra da beni zorlayan, yarıda bıraktığım, silip yeniden yazdığım ifadelerin peşine düşmek bundan sonraki süreçte bir kadın olarak kendime sonra da obezite ile mücadele eden kız çocuklarına ve kadınlara borcumdur. Katılımcılarıma, kadınlara, önce deneyimlerini paylaştıkları için sonra da bu süreçte kendi deneyimlerime derinlemesine bakma cesaretimi güçlendirdikleri için teşekkür ederim.

2.1.8. Katılımcılara İlişkin Veriler

Bu bölümde araştırma kapsamında derinlemesine görüşme yapılan katılımcılara ilişkin tanıtıcı bilgilere yer verilmiştir. Katılımcılar 18 yaşını doldurmuş, herhangi bir sağlık kuruluşundan obezite tanısı almış, 6 farklı aile yaşam döngüsü evresinde yaşamlarını sürdüren kadınlardan oluşmaktadır. Aynı aile yaşam döngüsü evresinde yer alan katılımcılar seçilirken maksimum çeşitlilik örneklemine uygun seçilerek araştırmaya dâhil edilmişlerdir. Araştırmaya katılan obezite tanısı almış kadınlar birbirlerinden farklı sosyo-demografik özelliklere sahiplerdir. Yapılan görüşmelerde katılımcılar kendileri için özel olan ve hassas birçok konu hakkında paylaşımlarda bulunmuşlardır. Etik ilkeler doğrultusunda katılımcıların paylaşımlarında isimlere yer verilmemiştir. 27 katılımcıya, K1’den K27’ye kadar kodlar verilmiştir.

Katılımcılara ilişkin bilgiler; bulundukları aile yaşam döngüsü evresi, yaş, medeni durum, eğitim durumu, meslek, ekonomik gelir düzeyi, çocuk sayısı, beden kütle indeksinden oluşmaktadır. Bu bilgiler şekiller aracılığıyla düzenlenmiş ve aşağıda sunulmuştur.

Katılımcıların aile yaşam döngüsü evresi dağılımları Çizelge 2.1.'de görülmektedir.

Çizelge 2.1. Katılımcıları Tanıtıcı Bilgiler

Belge Adı	Yaşı	Medeni Durumu	Eğitim Durumu	Mesleği	Ekonomik Geliri	Çocuk Sayısı	Beden Kitle İndeksi (BKİ)	AYD EVRELER I
K1	27	Bekar	Lisans	Öğretmen-Çalışmıyor	Alt	Yok	36	1.Evre
K2	40	Bekar	Yüksek Lisans	Esnaf	Orta	Yok	34	1.Evre
K3	45	Bekar	İlkokul Terk	Çalışmıyor	Orta	Yok	40	1.Evre
K4	43	Bekar	Lise	Güvenlik Görevlisi	Alt	Yok	38	1.Evre
K5	45	Evli	İlkokul Terk	Ev Hanımı	Alt	-	42	2.Evre
K6	49	Boşanmış	Ön Lisans	Memur	Alt	2	32	2.Evre
K7	50	Evli	Lisans	Öğretmen	Orta	-	35	2.Evre
K8	34	Evli	Lisans	Bankacı	Orta	-	38	2.Evre
K9	47	Boşanmış	Ön Lisans	İşçi	Alt	2	37	2.Evre
K10	38	Evli	Lisans	Girişimci	Orta	1	40	3.Evre
K11	34	Evli	Lisans	Memur	Orta	1	35	3.Evre
K12	35	Evli	Lisans	Memur	Orta	1	31	3.Evre
K13	41	Evli	Ön Lisans	Güvenlik Görevlisi	Orta	2	44	3.Evre
K14	41	Evli	İlkokul Terk	Temizlik İşçisi	Alt	3	44	4.Evre
K15	40	Evli	Ortaokul	Ev Hanımı	Alt	2	45	4.Evre
K16	44	Eşini Kaybetmiş	Lisans	Memur	Orta	1	40	4.Evre
K17	43	Evli	Lisans	Doktor	Orta	2	42	4.Evre
K18	50	Evli	Lisans	Öğretmen	Orta	1	42	5.Evre
K19	42	Evli	Lise	Çocuk Bakıcısı	Orta	3	46	5.Evre
K20	40	Evli	Ortaokul	Ev Hanımı	Orta	2	36	5.Evre
K21	49	Evli	İlkokul	Ev Hanımı	Alt	2	42	5.Evre
K22	47	Evli	İlkokul Terk	Ev Hanımı	Orta	1	48	5.Evre
K23	62	Evli	Lise	Ev Hanımı	Alt	1	37	6.Evre
K24	65	Evli	Ortaokul	Ev Hanımı	Orta	3	48	6.Evre
K25	67	Evli	İlkokul Terk	Çiçekçi	Alt	5	40	6.Evre
K26	60	Evli	Ön Lisans	Emekli Röntgen Teknikeri	Orta	2	34	6.Evre
K27	64	Evli	Lise	Emekli Memur	Orta	2	36	6.Evre

Katılımcıların bulundukları aile yaşam döngüsü evreleri Carter ve Mc Goldrick tarafından (1989), tanımlanan altı evreli aile yaşam döngüsü evresi perspektifi temel alınarak belirlenmiştir. Katılımcıların 4'ü birinci evre: yetişkinlik, 5'i ikinci evre: evlilik, 4'ü üçüncü evre: küçük çocuklu aileler, 4'ü dördüncü evre: ergenlik çağında çocuğu olan aileler, 5'i beşinci evre: çocuğu evden ayrılmış aileler ve 5'i de 6. evre olan emekli ve yaşlılık dönemindeki aileler evresinde yer almaktadır. Katılımcıların yaşları 27 ile 67 arasında değişmektedir. Araştırmaya katılan katılımcıların yaş dağılımları; 20-30 yaş bir katılımcı, 30-40 yaş 5 katılımcı, en fazla katılımcının olduğu yaş 40-50 yaş 14 katılımcı, 50-60 yaş 2 katılımcı ve 60 yaş üzeri 5 katılımcı olduğu görülmektedir. Katılımcıların yaş ortalaması 46'dır. Farklı AYD evresinde yer alan katılımcıların yaşları da birbirinden farklılıklar barındırmaktadır. Farklı aile yaşam döngülerinde yer alan kadınların aile yaşam döngüsü evlilik ve çocuk sahibi olma ve en büyük çocuklarının yaşlarına göre belirlendiği için yaşları küçükten büyüğe doğru değil karmadır.

Katılımcıların medeni durumlarına bakıldığında; birinci evredeki katılımcılar bekâr, hiç evlenmemiş, ikinci evredeki 2 katılımcı boşanmış ve 3 katılımcı evli, üçüncü evredeki bütün katılımcılar evli, dördüncü evrede 1 katılımcı eşini kaybetmiş diğerleri evli, beşinci ve altıncı evredeki bütün katılımcılar evlidir. Katılımcıların eğitim durumlarından görüldüğü üzere, 5 katılımcının ilkokul terk, 3 katılımcının ortaokul, 4 katılımcının Lise, 4 katılımcının Ön Lisans, 9 katılımcının Lisans ve 1 katılımcının Yüksek Lisans mezunu olduğu görülmektedir.

Katılımcıların çalışma durumu dağılımına bakıldığında; aktif olarak çalışan katılımcıların daha çok 2,3,4 ve 5. AYD evrelerinde oldukları görülmektedir. Birinci AYD evrelerinde işsiz olup çalışmayan 2 kişi ve 6. evrede de emekli olup çalışmayan 2 kişi bulunmaktadır. 7 katılımcı ev hanımıdır. Çalışanlar arasında, temizlik işçisi, çocuk bakıcısı, bankacı, öğretmen, memur, doktor, güvenlik görevlisi, işçi ve girişimciler yer almaktadır. Katılımcıların ekonomik gelirlerine bakıldığında; katılımcılardan 10'u alt, 17'si de orta gelir düzeyinde olduklarını ifade etmişlerdir. Yüksek gelir düzeyinde olduğunu ifade eden katılımcı bulunmamaktadır. Katılımcıların çocuk sayısı dağılımlarına bakıldığında; birinci evredeki katılımcıların çocuğu yoktur. 2,3,4,5 ve 6. Evrelerdeki katılımcıların en az 1 en fazla 5 çocuğu olduğu görülmektedir.

Katılımcıların BKİ hesaplamaları araştırmacı tarafından basit hesaplama yöntemi kullanılarak yapılmıştır. Bu hesaplama kilo/boyun karesi şeklindedir. Bu hesaplamalara göre BKİ'si 30-40 arasında olan 14, 40-50 (morbid obezite) arasında olan 13 katılımcı olduğu

görülmektedir. Katılımcıların bazıları bir sağlık kuruluşundan obezite ve morbid obezite tanısını aldıklarını ifade etmişlerdir. Bazıları ise görüştükleri sağlık çalışanlarının onlara “kilolusun” dediklerini ifade etmişlerdir. Özellikle BKİ’si 30-40 arasında olan katılımcılar bu grupta yer almaktadır.



3. BULGULAR

Araştırma kapsamında elde edilen bulgulara bu bölümde yer verilecektir. Araştırmada gizliliği koruma adına katılımcılara K1-K27 kodları verilmiştir.

Araştırmanın bulgular bölümünde ilk olarak tema, kategori ve kod listesi sunulmuştur. Araştırmanın veri analizi sürecinde toplamda 3 tema, 16 kategori ve 91 kod kullanılmıştır. Kodlar listede, kavram haritası oluşturulurken kod listesinde belirlenen sıralamaya uygun bir biçimde tema, kategori ve kodlar şeklinde tımdengelim yöntemine göre verilmiştir. Kod listesinin ardından çalışmanın temalarının ve kategorilerinin görüldüğü kavram haritası gelmektedir. Kavram haritası aynı zamanda bulguların sunumunun yol haritasını göstermektedir. Bulgular bölümünün ilk üç ana başlığını kavram haritasıyla elde edilen temalar oluşturmaktadır. Her bir bölümde temalar açıklanmış ve temaları oluşturan kategoriler kavram haritasında kodların yoğunluğuna göre sıralı bir biçimde verilmiştir. Her bir kategoriye ilişkin bulgular alt başlıklar şeklinde verilmiştir. Bulgular kategorilerin şekil ile ifadesini, her bir kategoride ilgili kod ile ifade edilen katılımcı ifadelerinden bazılarını içerecek şekilde düzenlenmiş ve iç yorumlarla desteklenmiştir. Şekiller aracılığıyla ifade edilen her bir bulgu şekilden hemen sonra yorumlanmış ve katılımcı ifadelerinden hemen sonra da bu ifadeler yorumlanmıştır. Katılımcıların ifadeleri seçilirken her bir AYD evresindeki katılımcıların ifadelerinin verilmesine özen gösterilmiştir. Dördüncü ve son alt başlıkta çalışmanın karşılaştırmalı analizlerine yer verilmiştir. Bu bölüm altı AYD evresinde yer alan katılımcıların beş gelişim boyutunda deneyimlerinin ortaklaştığı ve farklılaştığı alanların karşılaştırılmalı bulgularından ve bulguların yorumlanmasından oluşmaktadır.

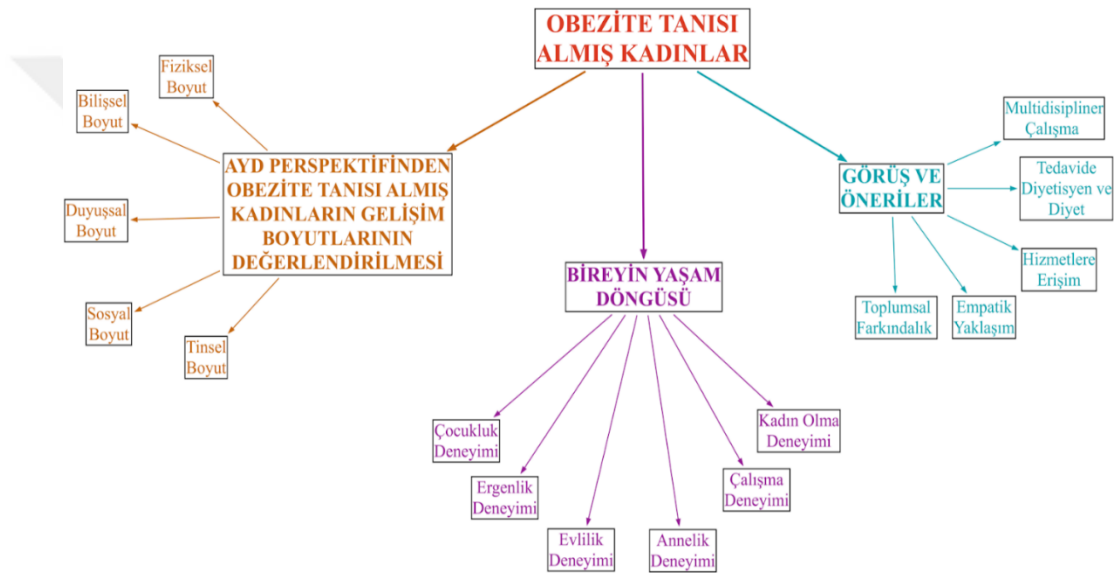
Araştırmada kullanılan tüm kategori ve kodlar Çizelge 3.1.'de tekrar sayılarıyla birlikte görülmektedir.

Çizelge 3.1. Kod Listesi

Kod Listesi	Sayı		
1. Obezite Tanısı Almış Kadınlar	5317	1.1.4.1.1.4. Diğer Aile Bireyleri	6
1.1. AYD Perspektifinden Obezite Tanısı Almış Kadınların Gelişim Boyutlarının Değerlendirilmesi	3283	1.1.4.1.2. Arkadaşlar	17
1.1.1. Fiziksel Boyut	632	1.1.4.2. Ayrımcılığa Yönelik Deneyimler	116
1.1.1.1. Bedensel Kısıtlılıklar	201	1.1.4.2.1. Dışlanma	24
1.1.1.1.1. Büyük Beden Olmak	35	1.1.4.2.2. Ötekileştirilme	34
1.1.1.1.2. Fiziksel Aktivite	34	1.1.4.3. Yoksulluk	21
1.1.1.1.3. Öz Bakım	13	1.1.5. Tinsel Boyut	42
1.1.1.1.4. Yürüme	11	1.1.5.1. İnanç ve Değerler	21
1.1.1.1.5. Fiziksel Ağrılar	9	1.2. Bireyin Yaşam Döngüsü	779
1.1.1.2. Sağlık Sorunları	130	1.2.1. Çocukluk Deneyimi	89
1.1.1.2.1. Covid-19 Pandemisi	17	1.2.1.1. Aileye Özgü Sorunlar	15
1.1.1.2.2. Kronik Sağlık Sorunları	8	1.2.1.2. Beslenme	9
1.1.1.2.3. Diz Ağrıları ve Sorunları	7	1.2.1.3. Kız Çocuk Olmak	6
1.1.1.2.4. Menopoz	8	1.2.1.4. Okul Terki	3
1.1.1.2.5. Uyku Sorunları	6	1.2.1.5. Akran İlişkileri	2
1.1.1.2.6. Düşük	2	1.2.1.6. Cinsel İstismar	3
1.1.1.2.7. Polikistik Over	4	1.2.1.7. Olumlu Deneyimler	1
1.1.1.3. Operasyonlar	64	1.2.2. Ergenlik Deneyimi	41
1.1.1.3.1. Mide Ameliyatı Olma Düşüncesi	2	1.2.2.1. Vücut Ağırlığında Artış	6
1.1.1.3.2. Mide Ameliyatı	28	1.2.2.2. Travmatik Deneyimler	6
1.1.1.3.3. Mide Botoksu	3	1.2.2.3. Göç	3
1.1.2. Bilişsel Boyut	733	1.2.2.4. Yatılı Okul	2
1.1.2.1. Obezite Algısı	224	1.2.2.5. Olumlu Deneyimler	1
1.1.2.1.1. Ailenin Yeme Alışkanlıkları	31	1.2.3. Evlilik Deneyimi	53
1.1.2.1.2. Bireyin Yeme Alışkanlıkları	18	1.2.3.1. Evlilikte Süregelen Sorunlar	7
1.1.2.1.3. Obeziteye Yönelik Düşünceler	22	1.2.3.2. Erken Evlilik	4
1.1.2.1.4. Obezite Farkındalığı	22	1.2.3.3. Görücü Usulü Evlilik	2
1.1.2.1.5. Genetik Yatkınlık	9	1.2.3.4. Ebeveynler Tarafından Desteklenmeyen Evlilikler	4
1.1.2.2. Kendilik Algısı	198	1.2.4. Annelik Deneyimi	103
1.1.2.2.1. Kendine Yönelik Düşünceler	50	1.2.4.1. İnfertilite	6
1.1.2.2.2. Kendini Başkalarıyla Kıyaslama	23	1.2.4.2. Hamilelik	7
1.1.2.2.3. Başkalarıyla Kıyaslanma	23	1.2.4.3. Doğum Sonrası	12
1.1.2.3. Beden İmajı	76	1.2.4.4. Çocuğun Bakım Yükü	14
1.1.2.3.1. Olumsuz Beden İmajı Algısı	30	1.2.4.5. Çocuğun Kilosuna Yönelik Endişeler	8
1.1.2.3.2. Olumlu Beden İmajı Algısı	8	1.2.5. Çalışma Deneyimi	70
1.1.3. Duyuşsal Boyut	682	1.2.5.1. Çalışma Koşulları	21
1.1.3.1. Psikososyal Sorunlar	261	1.2.5.2. Çalışan Anne Olmak	5
1.1.3.1.1. Öfke	9	1.2.5.3. Obeziteye Bağlı Çalışmak İstememe	6
1.1.3.1.2. Kaygı	17	1.2.5.4. Olumlu Deneyimler	3
1.1.3.1.3. Psikoterapi	22	1.2.5.5. Mobbing	2
1.1.3.1.4. Stres	21	1.2.6. Kadın Olma Deneyimi	176
1.1.3.1.5. Yardım İsteme	18	1.2.6.1. Şiddete Maruz Kalmış Olmak	110
1.1.3.1.6. Antidepresan	12	1.2.6.1.1. Eş	15
1.1.3.1.7. Depresyon	59	1.2.6.1.2. Ebeveyn	46
1.1.3.2. Duygusal Yeme	114	1.2.6.1.2.1. Anne	12
1.1.3.2.1. Olumsuz Duygulara Bağlı Gelişen Yeme İsteği	36	1.2.6.1.2.2. Baba	11
1.1.3.2.2. Olumlu Duygulara Bağlı Gelişen Yeme İsteği	7	1.2.6.1.3. Kardeşler	4
1.1.3.2.3. Gece Yeme	6	1.2.6.1.4. Flört Şiddeti	1
1.1.3.3. Özgüven ve Benlik Saygısı	106	1.2.6.2. Obezite Tanısı Almış Kadın Olmak	5
1.1.3.3.1. Olumsuz Özgüven ve Benlik Saygısı Duyumsamaları	28	1.2.6.3. Ebeveynin Bakım Yükü	4
1.1.3.3.2. Utanç	14	1.3. Görüş ve Öneriler	182
1.1.3.3.3. Olumlu Özgüven ve Benlik Saygısı Duyumsamaları	10	1.3.1. Empatik Yaklaşım	26
1.1.3.4. Duygusal Öz Bakım	1	1.3.2. Tedavide Diyetisyen ve Diyet	49
1.1.4. Sosyal Boyut	448	1.3.2.1. Diyetisyenin Rolü	13
1.1.4.1. Sosyal Destek Mekanizmaları	173	1.3.2.2. Diyetin Rolü	11
1.1.4.1.1. Aile	95	1.3.3. Multidisipliner Çalışma	10
1.1.4.1.1.1. Eş ve Çocuklar	21	1.3.4. Toplumsal Farkındalık	11
1.1.4.1.1.2. Ebeveynler	15	1.3.5. Hizmetlere Erişim	8
1.1.4.1.1.3. Kardeşler	6		

Çizelge 3.1.'de görüldüğü üzere araştırmada katılımcılar tarafından en sık tekrar edilen kod *depresyon* kodu olmuştur. Bu koddan sonra en sık tekrar edilen ilk 5 kod ise *olumsuz duygulara bağlı gelişen yeme isteği, büyük beden olmak, ötekileştirilme, fiziksel aktivite ve olumsuz beden imajı algısı* olmuştur. Araştırmanın kategori ve kod listesinde bu kodlar bir araya getirilerek oluşturulan temalar ve temaların altında toplanan kodların gruplandırılmasıyla oluşturulan kategorileri de göstermektedir.

Çalışmanın temalarının mantıksal bir akışta sıralanmasıyla elde edilen kavram haritası Şekil 3.1.'de verilmiştir.



Şekil 3.1. Kavram Haritası

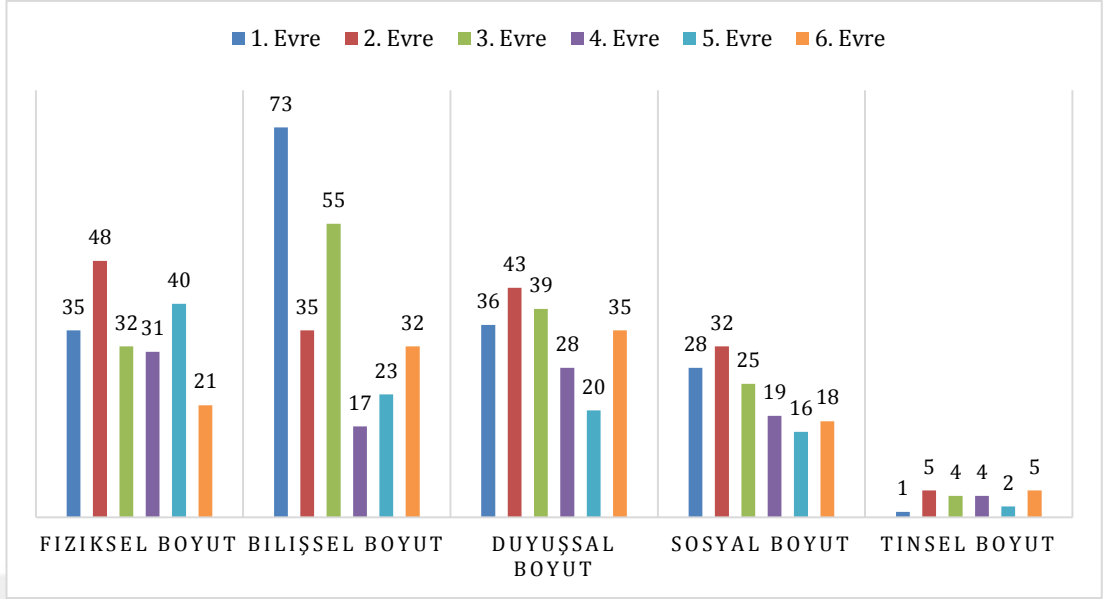
Şekil 3.1.'de görüldüğü üzere, araştırmada (1) *Aile Yaşam Döngüsü Perspektifinden Obezite Tanısı Almış Kadınların Gelişim Boyutlarının Değerlendirilmesi* (2) *Bireyin Yaşam Döngüsü* ve (3) *Görüş ve Önerilerden* oluşan üç tema elde edilmiştir. Bu temalar altında toplanan kodlar da kendi içinde gruplandırılmış ve kategoriler elde edilmiştir. Çalışmanın, aile yaşam döngüsü perspektifinden obezite tanısı almış kadınların gelişim boyutlarının değerlendirilmesi teması; fiziksel, sosyal, tinsel, duyuşsal ve bilişsel boyut olmak üzere beş kategoriden oluşmaktadır. Çalışmanın bireyin yaşam döngüsü teması; çocukluk deneyimi, ergenlik deneyimi, evlilik deneyimi, annelik deneyimi, çalışma deneyimi ve kadın olma deneyimi olmak üzere altı kategoriden oluşmaktadır. Son olarak görüş ve öneriler teması; empatik yaklaşım, toplumsal farkındalık, hizmetlerin erişilebilirliği, multidisipliner çalışma

ve diyetisyen ve diyet olmak üzere beş kategoriden oluşmaktadır. Her bir kategoride yer alan kodların yanlarında parantez içinde tekrar edilme yoğunlukları sayı olarak belirtilmiştir.

3.1. Aile Yaşam Döngüsü Perspektifinden Obezite Tanısı Almış Kadınların Gelişim Boyutlarının Değerlendirilmesi

Ana temalardan ilki olan aile yaşam döngüsü perspektifinden obezite tanısı almış kadınların gelişim boyutlarının değerlendirilmesi fiziksel, bilişsel, duyuşsal, sosyal ve tinsel boyutların değerlendirilmesinden oluşmaktadır. Bu temayı şekillendiren ifadeler kadınların beş gelişim boyutunda deneyimlerini keşfetmeye yönelik yöneltilen sorulara verilen yanıtlardan oluşmaktadır. Bu temaya ait bulgular, obezite tanısı almış kadınların; (1) Aile yaşam döngüsü perspektifinden fiziksel, bilişsel, duyuşsal, sosyal ve tinsel beş gelişim boyutunda deneyimleri nasıldır? (2) Aile yaşam döngüsü evrelerindeki deneyimleri gelişimlerinin fiziksel boyutunu nasıl etkilemiştir ve etkilemektedir? (3) Aile yaşam döngüsü evrelerindeki deneyimleri gelişimlerinin bilişsel boyutunu nasıl etkilemiştir ve etkilemektedir? (4) Aile yaşam döngüsü evrelerindeki deneyimleri gelişimlerinin duyuşsal boyutunu nasıl etkilemiştir ve etkilemektedir? (5) Aile yaşam döngüsü evrelerindeki deneyimleri gelişimlerinin sosyal boyutunu nasıl etkilemiştir ve etkilemektedir? (6) Aile yaşam döngüsü evrelerindeki deneyimleri gelişimlerinin tinsel boyutunu nasıl etkilemiştir ve etkilemektedir? Araştırma soruları ile ifade edilen amaçlara ulaşmak için yapılan analizlerden oluşmaktadır. Bu verilere ulaşmak için sorulan sorularda kadınların obezite deneyimlerine odaklanılmış ve obezitenin her bir gelişim boyutunda kadınları nasıl etkilediği ve etkilemekte olduğu keşfedilmesi amaçlanmıştır.

Aile yaşam döngüsü perspektifinden obezite tanısı almış kadınların gelişim boyutlarının değerlendirilmesi temasına ait bulgulara bu bölümde yer verilmiştir. Obezite tanısı almış kadınların gelişim boyutlarının değerlendirilmesi teması Şekil 3.2.'de görülmektedir.

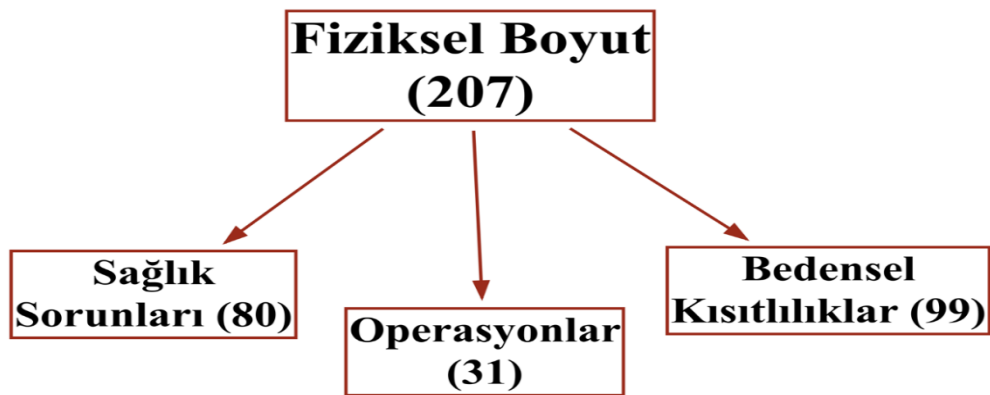


Şekil 3.2. AYD Perspektifinden Obezite Tanısı Almış Kadınların Gelişim Boyutlarının Değerlendirilmesi

Şekil 3.2.'de görüldüğü üzere, aile yaşam döngüsü perspektifinden obezite tanısı almış kadınların gelişim boyutlarının değerlendirilmesi teması 5 kategoride incelenmiştir. Bunlar (1) fiziksel boyut (2) bilişsel boyut (3) duyuşsal boyut (4) sosyal boyut ve (5) tinsel boyut kategorileridir. Aşağıda her bir kategoriye yönelik bulgular sunulmuştur.

3.1.1. Fiziksel Boyut

Aile yaşam döngüsü perspektifinden obezite tanısı almış kadınların gelişim boyutlarının değerlendirilmesi temasının ilk kategorisi olan fiziksel boyut kategori şekil 3.3.'te görülmektedir.

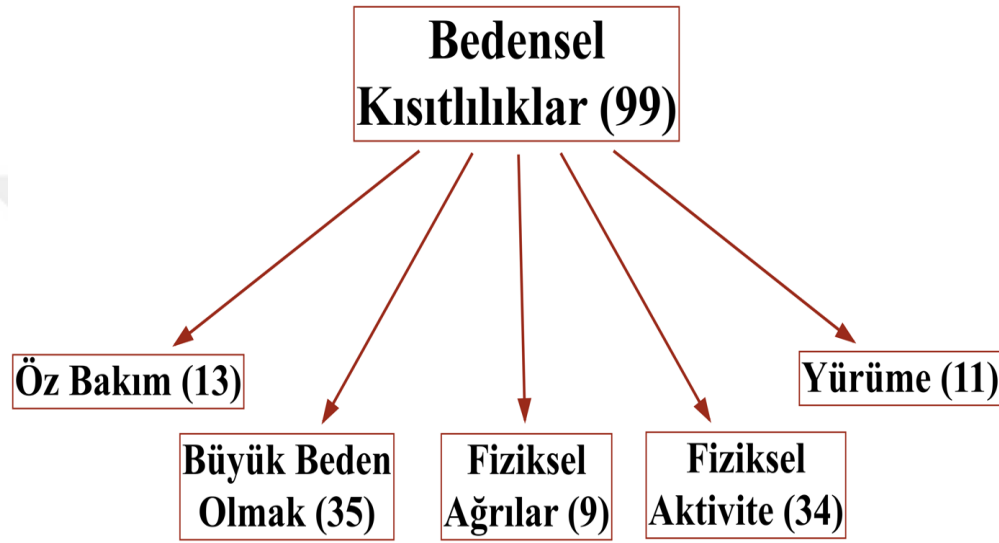


Şekil 3.3. Fiziksel Boyut

Şekil 3.3.'te görüldüğü üzere fiziksel boyut kategorisinde katılımcıların ifadeleri; bedensel kısıtlılıklar, sağlık sorunları ve obeziteye bağlı geçirilen operasyonlar olmak üzere 3 kategori ile ifade edilmiştir. Bu kategorilere ilişkin bulgular aşağıda verilmiştir.

3.1.1.1. Bedensel Kısıtlılıklar

Fiziksel boyut kategorisinde belirlenen üç alt kategoriden ilki olan bedensel kısıtlılıklar alt kategorisinde öne çıkan kodlar Şekil 3.4.'te görülmektedir.



Şekil 3.4. Bedensel Kısıtlılıklar

Şekil 3.4.'te görüldüğü üzere, bedensel kısıtlılıklar alt kategorisinde paylaşımların yoğunluğu sırasıyla; büyük beden olmak, fiziksel aktivite kısıtlılığı, öz bakımda güçlükler, yürümede zorluk ve fiziksel ağrılar kodları ile anlam bulmuştur.

3.1.1.1.1. Büyük Beden Olmak

Bedensel kısıtlılıklar alt kategorisinde yoğun olarak büyük beden olmak kodu ile ilgili ifadeler dile getirilmiştir. K1, K6, K7, K8, K9, K10, K11, K13, K15, K18, K19 ve K26 kodlu katılımcıların konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Kendine bir mağaza aramak zorundasın büyük beden satan şey sana uygun mu değil mi, kıyafeti beğeniyorsun, bu defa model beğenmiyorsun çünkü istediğin bir şekil değil ondan dolayı gerçekten kıyafetlerde sıkıntı yaşıyorsun.” (K1)

“Büyük beden kıyafetler bulmaya çalışıyorum, bulamadığım zamanda mecburen olanları yıkayıp, yıkayıp giyiyorum.” (K6)

“Kıyafet bulmakta sorun yaşıyorum, hani bu da beni daha da büyük gösteriyor, daha yaşımı daha büyük gösteriyor, tabi mutsuz oluyorum.” (K7)

“Ben kilolu olduğum için hep bol şeyler giyiyorum.” (K8)

“Dolayısıyla elbise giymeyi çok seviyorum ama bu bedenimin müsaade etmemesi kendime yakıştıramıyorum.” (K9)

“Öyle değişik atraksiyonlu çamaşırlar falan giyemiyorum, yani öyle şeyler ne yazık ki büyük bedende zor.” (K10)

“Kıyafet çok sorundu.” (K11)

“Bir de böyle hep böyle geniş, büyük beden iri şeyler giymek zorundasın.” (K13)

“Mesela gittiğim yerde benim aldığım yerde büyük beden olması lazım. Herkese bakıyorum imreniyorum ya herkes nasıl bakıyor internetten gidiyor, kıyafetlerini alıyor. Ben alıyorum ya boyu kısa geliyor ya dar geliyor ya olmuyor.” (K15)

“Renkli ve canlı şeyleri severim ama büyük bedene doğru gittikçe böyle griler gri demeyeyim de böyle mat renkler hani olur ve hiçbirini sevmem hiçbir mat rengi sevmem.” (K18)

“Hani onların giydiklerini onların hani şey ama diyorum ki ben de onun giydiğinin büyük bedenini giyiyorum diyorum, kendimi böyle avunduruyorum.” (K19)

“Tabi ki ilk başta gardırobunuz değişiyor, giyim şekliniz değişiyor sonra şaşırmaya başlıyorsunuz, benim gardırobuma büyük bedenler girmeye başlıyor deyip. Çok fazla sürede de çok ciddi kilolar aldığım için her seferinde bir beden büyük veya biraz daha geniş, daha salaş şeyler giyinmeye başladım.” (K26)

Katılımcı ifadelerinde de görüldüğü üzere, bu kod altında toplanan ifadeler çoğunlukla büyük beden kıyafet bulmakta yaşanan zorluklar, büyük beden kıyafetlerde seçeneklerin ve renklerin kısıtlı olması ile ilgilidir. Katılımcılardan biri kendisini beğendiği kıyafetlerin büyük bedenini giymekle avuttuğunu ifade etmiştir. Beş katılımcı büyük beden kıyafet bulmanın zorluğundan, iki katılımcı iri ve bol kıyafetler giymek zorunda kaldıklarını ve dört

katılımcı da büyük beden kıyafetlerde renk ve model seçeneğinin oldukça kısıtlı olduğunu ifade etmişlerdir. Kadınların kıyafet tercihlerinde model ve renk seçeneklerinin kısıtlı olması, kendilerini giydikleri kıyafetler içinde rahat hissetmeleri önünde bir engeldir. Katılımcıların anlatılarında büyük beden olmanın yaşlarını daha büyük gösterdiğine yönelik ifadeler yer vermişlerdir. Kadınlar büyük bedende kıyafetler iri, bol ve salaş kıyafetler olarak değerlendirmekte ve seçenekleri olmadığı için bu kıyafetleri giymek zorunda kalmaktadırlar. Giymek için tercih etmeyecekleri model ve renkteki kıyafetleri seçenekleri olmadığı giymek zorunda kalan kadınların kıyafet seçeneklerinin kısıtlı olduğu görülmektedir. Günümüzde her ne kadar büyük beden kıyafetlere erişim ile ilgili seçeneklerin arttığı düşünülse de katılımcı ifadelerinde erişim ile ilgili zorlukların devam ettiği görülmektedir. Bu erişim hem giyim sektöründe en popüler üretim, reklam ve satış imkânlarının zayıf bireylere yönelik olması hem fiziksel erişimin zorluğu hem de ekonomik kısıtlılıklardan kaynaklı olabileceği üzerine düşünülmesi gereken bulgulardandır.

3.1.1.1.2. Fiziksel Aktivite

Bedensel kısıtlılıklar alt kategorisinde yoğun olarak ifade edilen diğer kod fiziksel aktivitedir. K1, K2, K3, K6, K8, K11, K15, K16, K21, K24, K27 kodlu katılımcıların konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Ama dediğim gibi bazı hareketlerim gerçekten çok kısıtlanıyor.” (K1)

“O yüzden artık hareketlerimin farklılaştığını hissediyorum.” (K2)

“Nefes almak, merdiven çıkmak işte ne bileyim ruhen de öyle fiziken de öyle, hiçbir şekilde sağlığımy iyi hissetmiyorum kiloluyken.” (K3)

“Kıyafet alırken ederken bir kişinin yardımı olmayınca hani zor oluyor, sırt kısımlarını çekmek, ön tarafını çekiyorsunuz ama sırt kısımlarını çekmek bir kişinin yardımı olmadan zor oluyor, desteğe ihtiyaç oluyor evet.” (K6)

“Kilo aldıkça hantallaştım.” (K8)

“Üzüyor açıkçası üzücü yani hantal olarak tanımlıyorum.” (K11)

“Merdiven çıksam nefes nefese kalıyorum.” (K15)

“Markete gideceksiniz bir şey taşıyacaksınız nefes, nefese kalıyorsunuz.” (K16)

“Eğilmek kalkmak sıkıntı, yatmak sıkıntı, horluyorsun ne oluyor kilodan yani.” (K21)

Fiziksel aktivite ile ilgili anlatımlar çoğunlukla hareket kısıtlılıkları olarak ifade edilen, kadınların günlük yaşantılarını olumsuz etkileyen deneyimlerdir. Hareket etmek, eğilmek, merdiven çıkmak, markete gitmek ve bir şeyler taşımak kadınlar için gündelik hayatta karşılaştıkları, yorgunluk ve kısıtlılık yaratan işler olarak ifade edilmiştir. Katılımcılardan bazıları obezitenin kendilerini hantallaştırdığını, kendilerini eskiye oranla hantal hissettiklerini vurgulamışlardır.

Daha az sayıda katılımcı da fiziksel aktivite kodu altında farklı bir alana vurgu yapmışlardır. K7, K9 ve K19 kodlu katılımcıların ifadeleri şu şekildedir:

“Çünkü şimdi çok uzun hani spor yapamıyorum.” (K7)

“Dolayısıyla asosyal ve spor olmayan çok aktif ve çok hareketsiz bir yaşam sürdüğüm için de tabi ki bedensel olarak bozukluklar da oldu.” (K9)

“Zayıf halimde tabi ki daha dinamik daha yani dediğim gibi yürümeye de gidiyordum, koşuya da gidiyordum arkadaşlarımla, onları yapamıyorum, onun eksikliğini hissediyorum ama gerçekten çünkü hayatımız bir nevi monotonlaşıyor.” (K19)

Katılımcı ifadelerinde de görüldüğü üzere, daha az sayıda katılımcı spor yapamadıkları için kendilerini daha asosyal, hayatlarını daha monoton olarak ifade etmiş ve bedensel bozukluklarını hareketsiz yaşamla ilişkilendirmişlerdir. Spor obezite tanısı almış kadınlar için kilo aldıkça yapılması gerekli bir başlık olarak değerlendirilirken, kilo aldıkça zorlaşan, hareketleri kısıtlayan bir döngü içerisinde değerlendirilebilecek, üzerine düşünülmesi gereken bir konu başlığıdır.

3.1.1.1.3. Öz Bakım

Bedensel kısıtlılıklar alt kategorisinde yoğun olarak ifade edilen diğer kod öz bakımda kodudur. K3, K9, K10, K13, K21, K22, K26 kodlu katılımcıların konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Bu arada bakım şöyle bir şey var, 2, 3 yıldır cidden hiç kendime bakım falan da yapmıyordum.” (K3)

“Bedensel temizliği açısından zor, çok özür diliyorum lavaboya giriyorsunuz taharet alırken kendinizi temizlerken zorlanıyorsunuz, kendi öz temizliğinizi yaparken zorlanıyorsunuz.” (K9)

“Bir de mesela sağlıksal ve öz bakımsal temizlik anlamında diyorsak çünkü yriyş yapıyorsun bacak aran ıslanıyor, göbeğin alt tarafları ıslanıyor, amaşırim ıslanıyor, çok yani altına kaırmışsın gibi böyle bir nemli bir amaşırla gezmek çok kötü bir his yani kilolu insanın bir böyle bir sıkıntısı var bence.” (K10)

“Böyle ince giyinmek zorundasın, zaten bir potansiyel bir terin var ya onun daha çok olmaması mesela.” (K13)

“Tabi zorlanıyorsun tırnak keserken mesela kesemiyorsun.” (K21)

“z bakımla ilgili affedersiniz mesela göbek ve şişkoluk olduğu için alt katlarımızı göremiyoruz göremeyince de ben mesela kuafrlere gidip de ağda mağda.” (K22)

“Yani bunu söylemek çok zor ama asıl amacım kuafre gidip pedikr yaptırmak değil ama tırnağımı kesmek, yani bunu söylemek gerçekten üzüyor beni, çünkü kesemiyorum.” (K26)

Bu kod altında yoğunlaşan kodların büyük çoğunluğu öz bakımda yaşanan zorluklarla ilişkilidir. z bakım bireylerin yaşamları boyunca sağlıklı ve rahat hissedebilmeleri için yapılan tüm faaliyetleri ve becerileri kapsamaktadır. Katılımcılar kiloların özellikle göbek bölgesinde yoğunlaştığını ve özel bölge ve tırnak bakımı, hijyeni ve konusunda sorun yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Normalden daha fazla ve hızlı terlediklerini ifade eden katılımcılar kıyafet tercihlerinin daha ince ve terletmeyen kıyafetler olması gerektiğini ifade etmişlerdir. Anlatılar, kadınların özellikle temizlik ve hijyen ve öz bakım konusunda yaşadıkları sorunların büyük çoğunluğunun öz bakım alışkanlıkları ile değil, kilolarından kaynaklanan kısıtlılıklarla ilişkili olduğunu göstermektedir. z bakım becerileri kiloya bağlı olarak değişen, dönüşen kadınların alışkanlıkları, kendi kendilerine üstesinden gelemeyecekleri birer zorluğa dönüşmektedir.

3.1.1.1.4. Yürüme

Bedensel kısıtlılıklar alt kategorisinde yoğun olarak ifade edilen diğer kod yürümede zorluk kodudur. K4, K7, K13, K17, K19 ve K24 kodlu katılımcıların konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“İşte ben dışarı çıkacağım bir gezeceğim veya bir yürüyüş yapacağım bir alışverişe gideceğim mesela diyorum ama kilolu olduğum hani zamanında bunları diyemiyorum maalesef.” (K4)

“Daha önce yani kilometrelerce yürüyüp hiç tıkanmazdım şimdi birkaç merdiven çıkıp tıkanıyorum.” (K7)

“Geçen tartıldım, 128 kiloyum bunu taşımakta yani kolay değil bunu taşımak, ne kadar zor siz düşünün.” (K13)

“Yorgunluğu getiriyor kilo, yürümüyorsun” (K17)

“Yürümeye de gidiyordum, koşuya da gidiyordum arkadaşlarımla, onları yapamıyorum. Yürüme sıkıntım olduğu için biraz onda kilo beni üzüyor açıkçası diyeyim.” (K19)

“Tabi yürürken şey tıkanma oluyor.” (K24)

Katılımcı ifadelerinde de görüldüğü üzere, katılımcılar yürümeye bağlı problemleri yoğun olarak bir kısıtlılık olarak paylaşmışlardır. Yürürken yaşadıkları sorunları, *tıkanma*, *nefes nefese kalma*, *kiloları taşımakta zorlanma* gibi ifadelerle aktaran katılımcılar bu sıkıntılardan dolayı eskiye oranla daha kısa yürüdüklerini veya yürüyemediklerini, yürüyüş yapamadıklarını ve hemen yorulduklarını belirtmişlerdir. Bu kod altındaki bulgular, yürümenin fiziksel aktivite olarak, kadınlar için, en erişilebilir ve yapılabilir aktivite olduğu düşünüldüğünde, yürüme ile ilgili zorlukların katılımcıları özellikle fiziksel olarak aktif bir yaşam sürme konusunda kısıtladığını göstermektedir.

3.1.1.1.5. Fiziksel Ağrılar

Bedensel kısıtlılıklar alt kategorisinde yoğun olarak ifade edilen diğer kod fiziksel ağrılar kodudur. K2, K4, K13, K19, K25 kodlu katılımcıların konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Hani zayıfken mesela hani böyle tabi ki o zaman bel ağrılarım da hafifliyor zayıfken.” (K4)

“Eskiden böyle değildim ben hiçbir yerim ağrımazdı, yetiştirdim her şeye.” (K13)

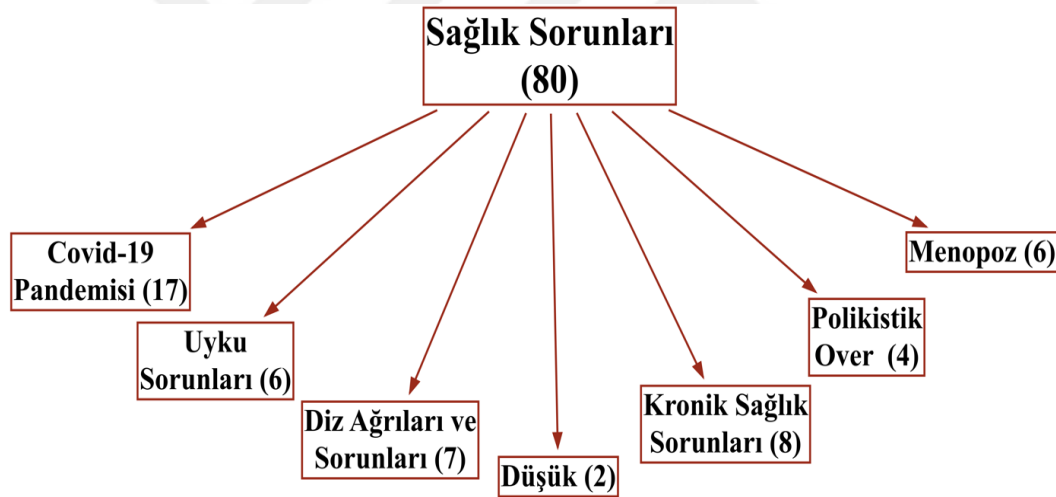
”En azından ağrı içinde uyumayacaksın ya da markete çarşıya pazara gittiğin zaman geldiğin zaman acı hissetmeden hani gün içinde devam edebileceksin hayatına.” (K19)

“Mesela benim belim çok kötü ağrıyor bazı sanki öleceğim diye bir bazı geceleri hiç yatamıyorum.” (K25)

Katılımcı ifadelerinden de görüldüğü üzere, katılımcıların fiziksel ağrıları çoğunlukla bel ağrıları olarak ifade edilmiştir. Zayıfken bu kadar ağrı çekmediklerini, kilo aldıktan sonra ağrıların ortaya çıktığını ifade eden, ağrılarından dolayı uyuyamadıklarını ifade eden katılımcıların paylaşımları, katılımcıların fiziksel ağrı yaşamalarına neden olan birincil faktörün fazla kilolar olduğunu işaret etmektedir.

3.1.1.2. Sağlık Sorunları

Fiziksel boyut kategorisinde belirlenen üç alt kategoriden ikincisi olan sağlık sorunları alt kategorisinde öne çıkan kodlar Şekil 3.5.’te görülmektedir.



Şekil 3.5. Sağlık Sorunları

Şekil 3.5 ‘de görüldüğü üzere, sağlık sorunları alt kategorisindeki paylaşımların yoğunluğu sırasıyla; pandemide obezite, kronik sağlık sorunları, diz ağrıları ve sorunları, polikistik over sendromu ve uyku bozukluğu kodları ile anlam bulmuştur.

3.1.1.2.1. Covid- 19 Pandemisi

Sağlık sorunları alt kategorisinde yoğun olarak ifade edilen kod pandemide obezite kodudur. K2, K7, K10, K13, K14, K16, K20, K21, K22 ve K24 kodlu katılımcıların konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Kilo işini belki pandemide bile işte ne bileyim ona sinir oluyor olmak bile bana bir şey veriyordu yani. Belki öyle olmasaydık o kadar eve kapanmasaydık bu kadar da hani daha dışarı çıksaydım, daha giyinip süslenseydim hani bu kadar bu kiloya varmadan fark ederdim.” (K2)

“Pandemi derken şu an 103’lerdeyim.” (K7)

“O dönem bir 15 kilo falan aldım yani genel 120’lerde 125’lerin ya hiç üstüne çıkmamışken 140’lara kadar çıktığım bir dönem var.” (K10)

“Evde olmak zorundayım, küçük çünkü bebeğim küçük korona var dışarı çıkamıyorum, ne yapayım çay demleyeyim içeyim, cips alayım yiyeyim.” (K13)

“Pandemi döneminde çok aşırı kilo aldım o zaman daha çok stres yapıyordum, çok takıyordum pandemi döneminde ondan dolayı çok kilo aldım.” (K14)

“Ben covid-19 oldum, şişmanım ve astımum var. Covid-19 insanları komalara soktu bana da bir şey öğretti ben önemliyim.” (K16)

“Sonra işte pandemi ondan sonra ben önünü alamadığım bir kiloya çıktım.” (K20)

“Korona oldum, hastaneye beş gün yattım ben, yani ciğerlerde bir sıkıntı var beş gün yatman lazım dedi, çocuklar evde geçirdi ben hastanede.” (K21)

“Bu sevgili saygıdeğer korona ve eve kapandığım dönemlerinde 18 kiloyu aldım, 100’den yukarı çıkmazdım.” (K22)

“Ya bir stres oluyor tabi çocuğunu göremiyorsun, şey yapamıyorsun, kimse gelmiyor gitmiyor.” (K24)

2019 yılında bütün dünyada ve Türkiye’de ortaya çıkan Covid-19 pandemisinin etkileri, kadınlarla görüşmeler yapıldığı zaman dilimi içerisinde de vücut ağırlığında artışı, stresi ve eve kapanmayı tetikleyen bir faktör olarak katılımcı ifadelerinde yer almıştır. Hastalanan katılımcılar hastalığı diğer aile bireylerine göre daha zor atlattıklarını, hastaneye yatışlarının yapıldığını ifade etmişlerdir. Katılımcılardan bazıları pandemide sosyal hayatın olmayışını vücut ağırlığında artış yaşandığını fark etmede olumsuz bir etken olduğunu vurgulamışlardır. Pandeminin zorunlu kıldığı eve kapanmalarda stresin önemli bir faktör olarak yeme istediğini tetiklemesi, pandeminin yarattığı stres ve kaygıya bağlı olarak gelişen yeme isteğine işaret etmektedir.

3.1.1.2.2. Kronik Sağlık Sorunları

Sağlık sorunları alt kategorisinde yoğun olarak ifade edilen diğer kod kronik sağlık sorunları kodudur. K3, K5, K6, K8 ve K24 kodlu katılımcıların konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Kiloya bağlı şeker hastasıyım zaten ben tip 2 kilo alınca şekerim yükseliyor.” (K3)

“Tansiyon hastası yaptım beni, tansiyonum 27’ye 17 iken gittim şu an 5, 6 ay oldu ilaç kullanıyorum.” (K5)

“Kiloya bağlı olarak şimdi karaciğerimde aşırı yağlanma var doktorların bana söylediği, tansiyon hani kalpte ritim bozukluğu var, doktorlar bana kilo vermen gerekiyor diyor ben aynı zamanda Akdeniz Ateşi teşhisi konuldu.” (K6)

“Hemen hemen her kilolu insanda olan insülin direnci var karaciğer yağlanması.” (K8)

“Şimdi tabi daha çok aldım, astımım var, rahatsız ediyor beni.” (K24)

Katılımcı ifadelerinde de görüldüğü üzere, obeziteye bağlı oluşan kronik hastalıklar kronik hastalıklar şeker hastalığı, tansiyon, kalp hastalıkları ve rahatsızlıkları, astım, insülin direncine bağlı sorunlar ve karaciğer yağlanmasıdır. Kronik hastalıklar obezitede en yaygın karşılaşılan ve bireyin hayatını olumsuz etkileyen faktörlerin başında gelmektedir. Katılımcıların erken yaşta, obeziteye bağlı yaşadıkları hastalıklar ilerleyen yıllarda hayatlarını oldukça olumsuz etkilemeye devam edecek ve sonuçları bağlamında ciddi boyutlara ulaşabilecek hastalıklardır.

Daha az yoğunlukta katılımcı ifadeleri kronik sağlık sorunları kodu ile ilgili farklı bir alana vurgu yapmışlardır K1 ve K6 kodlu katılımcıların ifadeleri şu şekildedir:

“Doktorumuz da şey yaptı, araştırma yapıldı ama maalesef hani şeylik olarak hiçbir şeyim yok sağlık yönünden.” (K1)

“Çoğu kadınlarda bence de hani bu obezite olan kilolu olanlar hani normal kalıtsal ya da genetik hastalıktan ziyade bence benim gibi çok üzüntüden, sinir ve stresten bunalımdan depresyona giren insanların da yemeyle mutlu olduğunu düşünüyorum ben.” (K6)

3.1.1.2.3. Diz Ağrıları ve Sorunları

Sağlık sorunları alt kategorisinde yoğun olarak ifade edilen diğer kod diz ağrıları ve sorunları kodudur. K2, K4, K6, K9, K10, K15 ve K17 kodlu katılımcıların konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Mesela bu sene şu dizimde ağrı hissediyorum yani oraya yük biniyor belli.” (K2)

“Bacaklarıma mesela hani baskı uyguluyor, ister istemez dizlerime.” (K4)

“Vücutta ağırlık çok olduğu için bacaklara da yük çok fazla biniyor” (K6)

“Ya her bir kilo diz kapağına 10 kilo olarak yansırmış her bir fazla kilo. Yani şimdi düşünün benim 40 kilo fazlam olduğunu düşünsek, 400 kilo.” (K9)

“Çünkü mesela dizimden ses geliyor ama bir ağrı hiç olmadı şu ana kadar hani ama uyartıyor. Dizimi yediğimin farkındayım.” (K10)

“Zaten azıcık bir yol yürüyeyim dizlerim ağrıyor.” (K15)

“Yani sanki hani ekstra bir şey çıkacak gibi ya dizimden yani, çünkü kilolusunuz dizinizde eklem ağrılarınız olabiliyor vesaire.” (K17)

Diz ağrıları ve sorunları katılımcıların ifadelerinde de görüldüğü üzere, kadınların yaşamlarını kısıtlayan, sınırlayan sorunlardan biridir. Diz kapağı ile ilişkili sorunlar yaşadıklarını ifade eden katılımcılar aldıkları her fazla kilonun dizlerinde baskıya ve eklem ağrılarına yol açtığını aktarmış ve dizleri için kaygılandıklarını vurgulamışlardır. İlerleyen yaşlarda yaşanması daha olağan görülen sorunlardan biri olan diz kapağı ağrıları ve ilişkili sorunlar kadınların hayatlarında daha erken yaşlarda yaşadıkları bir sorun olmuştur. Bu bağlamda ileri yaşlarda kadınlarda görülmesi daha olası sorunlardan olan kemik erimesi, eklem ağrıları gibi sorunların katılımcılarda daha erken yaşlarda görüldüğü bulunmuştur.

3.1.1.2.4. Menopoz

Sağlık sorunları alt kategorisinde ifade edilen diğer kod menopoz kodudur. K2, K8, K16, K19, K24 ve K27 kodlu katılımcıların konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Yarın öbür gün menopoza girersen zaten bunu kontrol etmek daha zorlaşacak, bari yüksek kilolarda girmeyeyim de o zaman zaten alınacak iyice abartmayayım kafasındayım”
(K2)

“Regl olmuyordum aylarca ama artık takmıyorum bile doktora dahi gitmiyordum. Çocuğum da bu süreçte oldu ben aylarca regl olmadığım bir zamanda.” (K 8)

“Obezite bana erken menopoza getirdi, erken menopoza girdim.” (K16)

“Mesela ben 20 yılda toplansanız menopozlu gibi bir şeyim yani toplansanız 22 yılda 4, 5 kez falan anca normal yollarla olmuşumdur. Benim doktorlar kemiklerimdeki ağrılarımın çoğunu da ona bağlıyor erken yaş menopoza.” (K19)

“Şimdi menopoza da girdiğim için ondan da biraz kaynaklanıyor kilom.” (K24)

“Erken menopoza girdiğim için, menopozdan sonra benim o göbeğim fazla oldu.”
(K27)

Katılımcıların ifadelerinde görüldüğü üzere, katılımcılar erken menopozun nedenini obezite ile ilişkilendirmektedirler. Bazı katılımcılar da vücut ağırlığında artışın bir sebebi olarak menopoza ve erken menopoza öne sürmüşlerdir. Bazı katılımcılar tarafından ifade edilen erken menopoza bağlı kemik ağrıları kemik erimesi sorununa işaret etmektedir.

3.1.1.2.5. Uyku Sorunları

Sağlık sorunları alt kategorisinde ifade edilen diğer kod uyku sorunları kodudur. K1, K22 ve K24 kodlu katılımcıların konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Herkesin ışıkları sönmük sen camdan dışarıyı seyre diyorsun çok kötü bir şey.” (K1)

“Mesela hareketlerimi engellenince uyku problemleri birbirini tetikleyen şeyler.”
(K22)

“Uykusuzluk vardı, korku vardı, böyle bir hava alamıyor gibiydim.” (K24)

Katılımcı ifadelerinde görüldüğü üzere, katılımcılar uyku sorunları yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Gelişim aşamalarında fiziksel boyut ile ilişkili konulardan biri bireylerin gelişim süreçlerine göre uygun bir uyku düzenine sahip olmasıdır. Uyku ile ilgili yaşanan sorunlar

katılımcıların fiziksel boyuta ilişkin gelişimlerini ve dolaylı olarak duygu durumlarına etki edebilecek alt yapıyı hazırlayabilmektedir.

3.1.1.2.6. Düşük (Abortus)

Sağlık sorunları alt kategorisinde daha az ifade edilen diğer kod düşük kodudur. K7 ve K8 kodlu katılımcıların konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Ben geçen yıl bir düşük yaşadım, o düşükte de yani kilomun rolünün olduğunu düşünüyorum.” (K7)

“Daha sonra ya öyle kaldı hani sonra da hamilelik süreci filan derken bebeği kaybetmem, biraz daha kiloyla ilgili şeyler geri planda kaldı.”(K8)

Katılımcı ifadelerinde de görüldüğü üzere, daha az yoğunlukta katılımcı ifadelerinden elde edilen düşük kodu ile ilgili olarak, katılımcı ifadeleri iki noktaya işaret etmektedir. Bunlardan ilki obezitenin düşük riskini tetiklemiş olması, ikincisi de düşük nedeniyle kilo ile ilgili meselelerin ikinci planda kalmasıdır. Düşük ile kilo arasındaki ilişki katılımcıların ifadelerinde anne olamamak, bebek sahibi olamamak gibi durumları gündeme getirmektedir. Obezite ve infertilite ilişkisi kadar önemli bir bulgu olan düşük nedeniyle çocuk kaybı üzerine düşünülmesi gereken önemli bir diğer alandır.

3.1.1.2.7. Polikistik Over

Sağlık sorunları alt kategorisinde daha az ifade edilen kod polikistik over sendromu kodudur. K8 ve K12 kodlu katılımcıların konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Polikistik over rahatsızlığı var bende doktor bana kilo aldıkça bu hastalık daha da sorun çıkarır, ikiniz birbirinizi tetikliyorsunuz o büyüdükçe sen kilo alırsın sen kilo aldıkça o büyümeye devam eder demişti.” (K8)

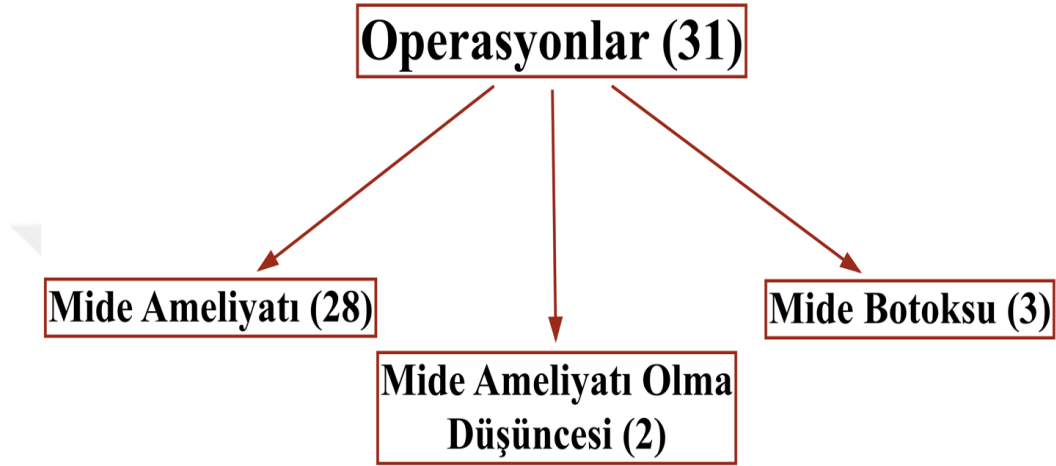
“Polikistik olarak var.” (K12)

Polikistik over sendromu bir sağlık sorunu olarak katılımcıların ifadelerinde bir hastalık olarak yer almıştır. Katılımcılardan biri doktorunun, vücut ağırlığında artış oldukça bu hastalığın da tetikleneceğini ifade ettiğini vurgulamıştır. Polikistik over sendromu infertiliteye neden olan hastalıkların başında gelmektedir. Bu bağlamda kilo aldıkça

tetiklenen bu hastalığın kadınların çocuk sahibi olamamalarında en başat sorun olarak üzerine düşünülmesi gereken bir sorun alanıdır.

3.1.1.3. Obeziteye Bağlı Geçirilen Operasyonlar

Fiziksel boyut kategorisinde belirlenen üç kategoriden üçüncüsü olan obeziteye bağlı geçirilen operasyonlar alt kategorisinde öne çıkan kodlar Şekil 3.6.'da görülmektedir.



Şekil 3.6. Obeziteye Bağlı Geçirilen Operasyonlar

Şekil 3.6.'da görüldüğü üzere, obeziteye bağlı geçirilen operasyonlar alt kategorisindeki paylaşımların yoğunluğu sırasıyla; mide ameliyatı olma düşüncesi, mide ameliyatı ve mide botoksu kodları ile anlam bulmuştur.

3.1.1.3.1. Mide Ameliyatı Olma Düşüncesi

Obeziteye bağlı geçirilen operasyonlar alt kategorisinde yoğun olarak ifade edilen diğer kod mide ameliyatı olma düşüncesi kodudur. K8, K11, K18, K19 kodlu katılımcıların konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Aslında bu ameliyatı olmazdım ama bebeğimden dolayı olmam lazım çünkü gerçekten artık yoruyor zamanı gelince ayaklanacak ve daha zor olacak şu an dahi sürekli oyun istiyor ama benim buna gücüm yetmiyor çabuk yoruluyorum. Bu ameliyatı olmak istiyorum artık çocuğuma yetebilmem için. Ameliyat için de kredi çekmek durumunda kaldık.” (K8)

“Şimdi bir dönem ameliyat düşünmüştüm ben acaba olsam mı falan biraz araştırdım. Sonra baktım evet zayıflıyor. Çok da güzel olunuyor ama bitmiyor. Bu sefer deri

sarkmaları var işte yağın çok hızlı bir şekilde kendini geri kendini yerine koyduğunu söylüyorlar, işte beslenme düzeni ölene kadar değişiyor.” (K11)

“Ama ameliyatta olsun istemiyorum, Bir kesi de oradan istemiyorum ya çünkü çocuğumu emziriyorum şimdi ameliyatta bir şey biliyorsunuz süreç, bir sürü narkoz alacaksın, ilaç alacaksın, o süre zarfında emziremeyeceksin belki çocuk memeyi bırakacak, çok düşünmem lazım.” (K13)

“Yani denemediğim yöntem sanırım bir mide ameliyatı kaldı.” (K18)

“Mesela mide balonu taktırmak istedim. Geçen sene mide balonu ya şey benim eşim de çok fazla sevmiyor açıkçası kilolu olmamı istemiyor.”(K19)

Katılımcı ifadelerinden görüldüğü üzere, mide ameliyatı olma düşüncesi katılımcılardan bazılarının zayıflamak için denemedikleri tek yöntem olarak ifade edilmiştir. Ameliyata yönelik endişeler bu kod altında da belirgin olarak görülmektedir. Bu koda ilişkin verilerden elde edilen ifadeler göstermektedir ki, katılımcılar mide ameliyatını bir çözüm olarak görmekte ancak ameliyat olup olmamaya ve ameliyat sonrasında yaşanabilecek endikasyonlara ve sorunlara yönelik endişeler yaşamaktadırlar. Katılımcıların aktarımları, ameliyat olma düşüncesinin genellikle eşleriyle veya çocuklarıyla ilişkilerinden yola çıkarak, eşlerinin açık ya da örtük taleplerini karşılamak ya da çocuğuna bakım vermek için geliştiğine yönelik bulgulara işaret etmektedir.

3.1.1.3.2. Mide Ameliyatı

Obeziteye bağlı geçirilen operasyonlar alt kategorisinde ifade edilen kod mide ameliyatı kodudur. K13, K16, K20 kodlu katılımcıların konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Ya ben kendim tüp mide ameliyatına girerken ilk defa kendimle ilgili endişelendim, ben öleceğimi düşünüyordum sürekli, gerçi biraz zor bir ameliyat ölüm riski de var ama bende çok fazlaydı yani.” (K3)

“Ben böylece verdiğim kiloları tekrardan aldım sonra mide ameliyatı olmaya karar verdim.” (K16)

“Ben bu mideyi kestim kurtuldum diye düşünürken aslında ben daha büyük bir şeye girdim şu anda dedim yani daha büyük bir sürece girdim şu an işin içinden çıkamıyorsun. Ben kusuyorum işte kızım geliyor ama anne bunları yaşayacaktın biliyorsun diyor.” (K20)

Mide ameliyatı kodu, katılımcı ifadelerinde de görüldüğü üzere, ameliyat olmuş kadınların ifadelerinden elde edilen verilerin yoğunluğunu göstermektedir. Ameliyat olan kadınların ifadelerinde ameliyata bağlı yaşadıkları sorunlara ilişkin endişeler dikkat çekicidir. Ameliyata bağlı endişeler, ameliyat öncesinde, kadınların ameliyat sonrasında yaşayabileceği endikasyonlara yönelik bilgilendirilmelerinin önemine işaret etmesi açısından önemli bir bulgudur.

3.1.1.3.3. Mide Botoksu

Obeziteye bağlı geçirilen operasyonlar alt kategorisinde daha az yoğunlukta ifade edilen kod mide botoksu kodudur. K16 ve K18 kodlu katılımcıların konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

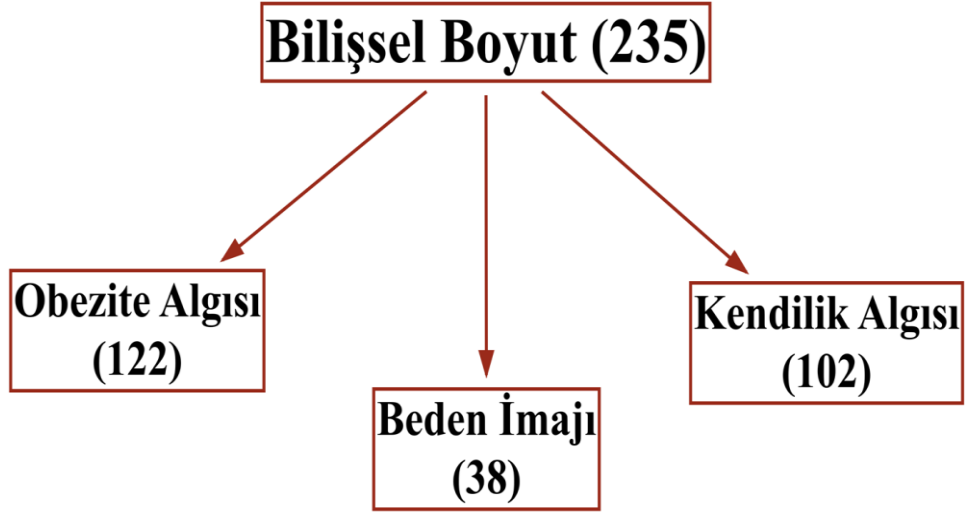
“Mideme balon taktırdım önce, 24-25 kilo verdim ama ne fark eder ki 110 kilolardan sonra, çok sıkıldım ben sok sıkıntılı bir süreçti midemde başka bir şeyin olması kötüydü, canım bir şeyler istiyor bu sefer yiyemiyorum balon var diye, balon çıkınca her şeyi yedim, iş yerinde iskender üzerine künefeler.” (K16)

“Yaz sonu şey denedim bu mide botoksunu denedim hiçbir işime yaramadı. Midemin bütün ayarlarını bozmasıyla ben zaten hani hep olumsuz şeyler okuyordum internette ve çoğu zaman o yüzden de uzak duruyordum.” (K18)

Katılımcı ifadelerinde de görüldüğü üzere mide botoksu kodu mide ameliyatından sonra daha az yoğunlukta ifade edilen bir bulgudur. Katılımcı ifadelerinde mide botoksu ile ilgili aktarımlar, bu yöntemin sıkıntılı ve rahatsızlık hissettiren bir yöntem olduğu ve kilo vermede işe yaramadığına ilişkin ifadeleri içermektedir.

3.1.2. Bilişsel Boyut

Obezite tanısı almış kadınların gelişim boyutlarına göre değerlendirilmesi temasının ikinci kategorisi olan bilişsel boyut kategorisi Şekil 3.7.'de görülmektedir.

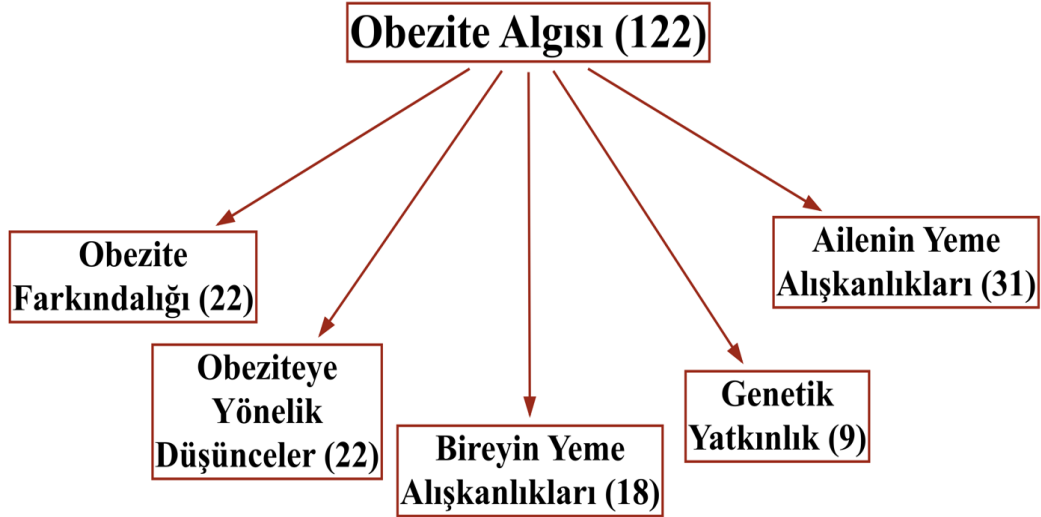


Şekil 3.7. Bilişsel Boyut

Şekil 3.7.'de görüldüğü üzere, bilişsel boyut kategorisinde katılımcıların ifadeleri; obezite algısı, kendilik algısı ve beden imajı algısı olmak üzere 3 kategori ile ifade edilmiştir. Bu kategorilere ilişkin bulgular aşağıda sunulmuştur.

3.1.2.1. Obezite Algısı

Bilişsel boyut kategorisinde belirlenen üç alt kategoriden ilki olan obezite algısı alt kategorisinde öne çıkan kodlar Şekil 3.8.'de görülmektedir.



Şekil 3.8. Obezite Algısı

Şekil 3.8.'de görüldüğü üzere, obezite algısı alt kategorisindeki paylaşımların yoğunluğu sırasıyla; ailenin yeme alışkanlıkları, obeziteye yönelik düşünceler, obezite farkındalığı, bireyin yeme alışkanlıkları ve genetik yatkınlık kodları ile anlam bulmuştur.

3.1.2.1.1. Ailenin Yeme Alışkanlıkları

Obezite algısı alt kategorisinde yoğun olarak ifade edilen kod ailenin yeme alışkanlıkları kodudur. K2, K3, K10, K15, K17, K24 ve K26 kodlu katılımcıların konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“İşte o yüzden yemek yeme alışkanlığımız da öyle, yani bizim yeme içme alışkanlığımız aileden gelen normal etrafımdaki insanlar gibi değil, herkes yiyici ailede.” (K2)

“Çok yiyorlar, ben de onlara bakarak çok yemeye alışmış olabilirim. Annem kilolu babam da eskiden kiloluymuş.” (K3)

“Kilo alma sürecim yani genel olarak aslında hep böyle yemeyi çok seven ve böyle hani ailecek böyle hani akşam ne yiyeceğiz diye böyle kahvaltıdan konuşan hani böyle bu tarz şeyleri seven bir ailede büyüdüm, genel olarak yemeyi seviyoruz. Dediğim gibi yemek konuşmayı seviyoruz, beraber yemek yapmayı seviyoruz. Bizim yeme alışkanlıklarımızda geç saatte akşam yemeği yemek yani babayı bekleyerek yemek yemektir.” (K10)

“Ben zayıf halimi hiç bilmiyorum, hiç zayıf olmadım ben benim babam 160 kilo iki metre boyunda ama 160 kilo, halam benim kilolu ondan sonra ben kendim de öyle yemeği biz çok seviyoruz yani yemek deyince akan sular duruyor diyorlar ya aynı o şekilde mideyi de büyüttük herhalde.” (K15)

“Bir de ailesel beslenme alışkanlığının çok önemli olduğunu düşünüyorum yani ailede aldığınız beslenme alışkanlığı.” (K17)

“Biraz hareketsizlikten de dolayı kilo oluyor, devamlı yemek ortamındayım ister istemez pişirdikçe yiyorsunuz, çocuklarım gelir akşam oldu mu beraber yeriz o şekilde.” (K24)

“Ben Antakyalıyım, Hatay'da yaşıyorum, bizim yemeklerimiz, yemek kültürümüz çok zengin olduğu için bunları da annem çok güzel yapardı. Bu arada tabi biz misafir olarak da çok yoğun bir evimiz vardı ama tabi bende ciddi bir iştah olayı oldu.” (K26)

Katılımcı ifadelerinde de görüldüğü üzere, ailenin yeme alışkanlıkları bireylerin yeme alışkanlıklarına etki eden önemli bir faktör olarak ifade edilmiştir. Beraber yemek yapmak, yemek sohbetleri ve hep beraber yemek yemeyi sevmek ifadeleri etrafında şekillenen aktarımlar, katılımcıların ailelerinde de yemekle ilgili paylaşımların yoğunluğuna işaret etmektedir. Aile bireylerinden özellikle anne ve babalarının da kilolu olduğuna yaptıkları vurgu ile katılımcılar kilolu olmayı ve obeziteyi ailenin yeme alışkanlıkları açıklamışlardır. Bu bulgular obezitede aileler ile çalışmanın önemini göstermektedir.

Katılımcılardan bazıları ailenin yeme alışkanlıkları kodu ile ilişkili farklı bir alana vurgu yapmışlardır. K9, K10, K16, K17 ve K23 kodlu katılımcıların ifadeleri şu şekildedir:

“Her şeyimizi çuvala alırdı, bir çuval un alırdı, bir çuval şeker alırdı, ana besin kaynağımız karbonhidrattı.” (K9)

“Bende paketli ürün sevme durumu vardı galiba. Tatlı konusunda özellikle hani kilo aldığım dönemlerde, çocuklukta annem gümrükte çalıştığı için çok şey gelirdi, o zamanlar işte donmuş gıdalar çok gelirdi.” (K10)

“Evime yaptığım alışveriş listelerini değiştirdim paketli gıdalardan kurtuldum. Çok canım isterse bir iki tane atıştırıyorum çünkü sınırimi biliyorum artık.” (K16)

“Ev arkadaşlarım mesela ekmeğe gerek yok derdi, mesela bizde muhakkak babam üç tane ekmek alıp gelirdi eve yani hani bu çünkü aç kalırsak o yenir vesaire gibisinden.” (K17)

“Ben tek kişi kaldığım süreler oldu. Kızım okuduğu zamanlar onun için dengeli beslenmemiz olmuyordu, ne bulursan onu yiyordun. Eşim de çiftçi olunca sabah gidiyordu, akşam geliyordu yani bir dengesiz beslenme şeyimiz çok vardı.” (K23)

Katılımcı ifadelerinde de görüldüğü üzere, ailelerin mutfak alışkanlıklarının karbonhidrat ağırlıklı, paketli gıdalar gibi besinlerden oluştuğu ifade edilmiştir. Kök ailelerindeki beslenme alışkanlıklarına yönelik paylaşımlarda anne ve babaların mutfak ve alışveriş alışkanlıkları yoğun olarak paylaşılmıştır. Bu kod altındaki paylaşımlar göstermektedir ki, yeterli ve dengeli beslenme ile ilgili özellikle aileden bağımsızlaşmadan önceki süreçte kadınların beslenme alışkanlıkları ailenin beslenme alışkanlıklarından etkilenmektedir.

Daha az yoğunlukta katılımcı ifadeleri ailenin yeme alışkanlıkları kodu ile ilişkili bulunmuştur. K2 ve K12 kodlu katılımcıların ifadeleri şu şekildedir:

“Çocukluğumdan beri bizim tek ortak beraber oturduğumuz sofraya ramazan ayı hani saat belli olduğu için iftarda yani biz hep böyle bir işte dedim ya hani tek kelime curcuna hep böyle çocukluğuma bakınca hep bir böyle kalabalıklar şeyler her şey böyle bir karambole geçmiş gibi bir durum var.” (K2)

“Geniş ailedeydik, şöyle diyebilirim mesela yeme konusuna hemen girebilirim burada, büyük aileydik ve yer sofrası kültürü vardı, yer sofrasında yiyorduk. Önce büyükler otururdu onlar kalkınca çocuklar otururdu o yüzden ne kadar hızlı yersem o kadar çok yerdim, hızlı yemem kesinlikle oradan geliyor çünkü yavaş yeme gibi bir şansın olmuyor, genelde yemek kalmıyordu büyüklerden sonra biz yediğimiz için. Şimdi de birlikte sofraya oturmak yok, eşim çok geç geliyor, birlikte sofraya oturmuyoruz, birlikte bir sofraya kültürümüz yok. Üçümüzün de oturup sohbet edip yemek yediği hiçbir gün olmuyor.” (K12)

Katılımcı ifadelerinden görüldüğü üzere, aile üyelerinin birlikte sofraya oturmaması, katılımcıların vurguladığı bulgulardan biridir. Katılımcılardan biri ailede önce büyüklerin sonra küçüklerin yemek yemesinin uygun görüldüğü sofraya alışkanlıkları nedeniyle aç kalmamak, yeterince yiyebilmek için hızlı yemeye alıştığını ifade etmiştir. *Sofra kültürü* ifadesi katılımcıların aktarımlarında yalnızca birlikte yemeğe oturmakla ilişkili değil, sofrada aile üyelerinin paylaşımlarının olabileceği bir alanın da kısıtlılığına işaret etmektedir. Ailenin bu alışkanlıklarının günümüzde kurulan çekirdek ailede de sürdürülmesi dikkat çekici bir bulgudur.

3.1.2.1.2. Bireyin Yeme Alışkanlıkları

Obezite algısı alt kategorisinde yoğun olarak ifade edilen diğer kod bireyin yeme alışkanlıkları kodudur. K1, K2, K10, K12, K15, K16, K17, K18, K19, K24 ve K27 kodlu katılımcıların konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Ama gerçekten hani yemeği çok yiyen bir insan değilim. Ben yemiyorum ama ben bu kiloyu neden alıyorum diye düşünüyorum sürekli.” (K1)

“Yani önüme geldiği zaman da gereksiz yiyorum ve bu aralar bu kadar artmamın sebebi de herhalde porsiyonlarım bir şekilde benim porsiyonlarım çok büyüdü.” (K2)

“Hani konumuzla alakalı olduğu için söylüyorum ama genel olarak böyle ya yiyorum doyamıyorum gibi bir sürecim hiç olmadı yani çünkü doyuyorum ya zaman zaman göz açlığı oluyor.” (K10)

“Bir şey alıyorum mesela markette aynı çocuk gibi eve gidene kadar bitiriyorum. Sonra hemen çöpümü çöpü ya cebime koyuyorum ve oğlum görmesin, evde olduğunu görmesin ya da o uyuduktan sonra bir şeyleri yemeye çalışıyorum, onun yanında yemiyim diye.” (K12)

“Yemeyi ben seviyorum zaten azıcık şundan yiyim azıcık bundan yiyeyim. O da elimde yemeyeyim diyorum ama bazen oluyor ki gece uykudan uyanıp yemek yediğimi biliyorum ya, ekmeğimin arasına domates peynir koyuyorum gece düşün saat 2, 3 kalkıp onu yiyip öyle yatıyorum. Ama elimde değil yemeği yiyorum, yemeği yediğim için de zayıflayamıyorum.” (K15)

“Zor bir süreçtir kilolu olmak, ben insanların çoğunun da yiyip yiyip kilo aldığını düşünmüyorum. Diyorlar ki yemeden de öyle şişman olunur mu, olunuyor.” (K16)

“Ders çalışırken tok olmam lazım, besinsel olarak iyi beslenirsem kafam daha iyi çalışır, küçüklüğümünden itibaren başladım, ders çalışırım daha iyi zihnimde kalır çünkü bütün vitaminleri alırım.” (K17)

“Yani yemek yemeyi seviyorum, işin bu tarafı da var, kendime yalan söyleyecek halim yok. Pisboğaz tarafım da vardır.” (K18)

“Yapıp yemeyi yedirmeyi seviyorum, diyorum ya ben yemeyi seviyorum yapmayı da seviyorum.” (K19)

“Ama işte yemeyi sevdiğim için onu da yapamıyorum.” (K24)

“Ama böyle sevdiğim yemek olduğu zaman Songül Hanım, böyle gire çıka, gire çıka, gire çıka onu böyle bitirene kadar, sonuna kadar yemek istiyorum. Hani o diyeteymişim falan böyle hiç unutmuyorum her şey gidiyor aklımdan.” (K27)

Katılımcı ifadelerinden görüldüğü üzere, bireyin yeme alışkanlıkları vücut ağırlığının artışında etkileri olmaktadır. Katılımcılardan bazıları vücut ağırlıklarındaki artışı çok yeme ile ilişkilendirmiş, bazıları da bu artışın sadece yemek yeme faktörü ile açıklanamayacağını ifade etmişlerdir. Bireysel yeme alışkanlıkları her ne kadar ailenin yeme alışkanlıklarından etkilense de, bu koda yönelik katılımcı ifadeleri, bireylerin özellikle sağlıksız ve aşırı yeme ile ilgili ailenin alışkanlıklarından farklı bir yeme alışkanlığı olduğunu göstermektedir. Aşırı yeme, çoğu katılımcının engel olamadığını ifade ettiği bir sorun olarak görülmektedir.

3.1.2.1.3. Obeziteye Yönelik Düşünceler

Obezite algısı alt kategorisinde yoğun olarak ifade edilen diğer kod obeziteye yönelik düşünceler kodudur. K1, K2, K3, K8, K9 ve K26 kodlu katılımcıların konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Hiç kimsenin isteyerek kilo aldığına inanmıyorum ben.” (K1)

“Niye bu kadar gevşek davrandık ya yani biraz da böyle işte bir insan kendini disipline etmeliydi, belki bu alışkanlığı farklı şekilde oturtmalıydık belki ama onu yapmadık, aileden yapmadık yani onu.” (K2)

“Tüp mide oldum ona rağmen hani sanki bu benim kaderimmiş gibi hissediyorum.” (K3)

“Hiçbir zaman çok zayıf biri olmadım ama buralara da gelebileceğimi hiç düşünmemiştim bir hastalık gibi hissettim tartıya çıkıp kilo aldığımı görüyordum ama yemeye yine de devam ettim ama anladım ki çok kilolu olmak bir hastalık benim kilom çok yemekten değil yeme bozukluğundan.” (K8)

“Sonrasında baktım basamak basamak yükseliyor bir şeyler ama kontrol edemiyorum, yiyorum edemiyorum, yemiyorum edemiyorum.” (K9)

“Herkeste gördüğüm kimse kilolu olmak istemez, yanlış olduğunu da bilir ama öyle bir onu bir kilolu yapan bir sebep vardır mesela benimkisi mesela tamam kiloluyum psikolojik şeylerden.” (K22)

“Üzülmemin yerinin olmadığını da fark ettim çünkü rahat yiyen biriyim, rahat yiyorum ama kilo almayacağımı düşünen bir yapım var yani biraz tembel demek istiyorum, tembellik diye düşünüyorum bu hareketimi.” (K26)

Katılımcı ifadelerin de görüldüğü üzere, obeziteye yönelik düşünceler katılımcılar tarafından bazı kavramlar kullanılarak aktarılmıştır. Bunlar *isteyerek kilo almama, gevşek davranmak, kader, yeme bozukluğu, kontrol edilemez, psikolojik şeylerden, tembellik* gibi kavramlardır. Katılımcılar bu ifadelerinde obezitenin ve obeziteye yönelik duygu ve düşüncelerin kendilerindeki yansımalarını paylaşmışlardır. İsteyerek kilo almadıklarını, ne yaparlarsa yapsınlar, ellerinde olmayan, kader olduğunu, kontrol edilemez olduğunu ve çok yemekle ilişkili değil yeme bozukluğu ile ilişkili olduğunu vurgulayan paylaşımlar obezitenin katılımcılar açısından kontrol edilemezliğine yönelik varsayımlarını destekleyen

paylaşımlardır. Öte taraftan gevşek davranmak, tembellik gibi ifadeleri içeren paylaşımlar, katılımcıların kendi süreçlerinde kendilerine yönelik hissettikleri duygulara ilişkin bazı aktarımları da içermektedir. Bu aktarımlar suçluluk, öfke, hayal kırıklığı gibi duyguları içermektedir. Bu duygulara yönelik bulguların aktarıldığı ilerleyen bölümlerde katılımcıların obezite tanısı almış olmalarına yönelik hislerini içeren aktarımlarına yer verilmiştir.

Daha az yoğunlukta katılımcı ifadeleri obeziteye yönelik düşünceler kodu ile ilişkili farklı bir alana vurgu yapmıştır. K10 ve K11 kodlu katılımcıların ifadeleri şu şekildedir:

“Bir de daha özgüvenli büyük ihtimalle kilolular şu an bilmiyorum.” (K10)

“İlk kilo aldığım dönemde çok üzücüydü ama şu an o kadar değil bu çok da önemli gelmiyor. Çok majör bir yerde değil yani hani en önemli şeylerde belki üçüncü sırada belki dördüncü sırada.” (K11)

Katılımcı ifadelerinde de görüldüğü üzere, az yoğunlukta ifade edilen ve bu kod altında toplanan aktarımlarında katılımcılar, kiloluların büyük ihtimalle günümüzde daha özgüvenli olduğunu ve kilolu olmayı hayatlarında artık çok majör bir yerde görmediklerini ifade etmişlerdir. Obeziteye yönelik düşünceler koduna yönelik daha az yoğunlukta ifade edilen bu görüşler bireylerin, hayatlarında obeziteyi birincil bir sorun alanı görmediklerini veya sorun alanları içerisinde daha az önemsedikleri aktarımları ile ilişkili bulunmuştur.

3.1.2.1.4. Obezite Farkındalığı

Obezite algısı alt kategorisinde yoğun olarak ifade edilen diğer kod obezite farkındalığı kodudur. K1, K2, K8, K10, K11, K19 ve K26 kodlu katılımcıların konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Tabi ki kilolu görüyorum yani bazen kendimi o bir obezite hissediyorum acaba öyle miyim diye tartıya çıkıyorum bakıyorum hani belli bir sınırı geçmediğimi düşünüyorum ama evet gerçekten kiloluyum.” (K1)

“Şu anda artık obez oldum ama yani hakikaten hiç ulaşmadım, hiç bu kadar kilolu olmamıştım hayatımda. Ondan sonra yani kilolu olduğum dönemlerde de hep kendime derim yani şişkosun derim kendi kendime.” (K2)

“Tartıya çıkıp kilo aldığımı görüyordum ama yemeye yine de devam ettim.” (K8)

“Hani yapı olarak belki hani bu düşünülebilir, yani incelenebilecek bir konu olabilir, mesela ben kendimi kilolu hissetmiyorum, yani aslında düşününce evet obezim yani ben bir obez grubuna giriyorum ve sağlığımın da aslında bir yerde kritik olduğunun farkındayım ama kendimi daha çok kilolu hissediyorum diyeyim yani.” (K10)

“Mesela kafamda hep eski halimdeyim sonra şey oluyor ama bu iyi oluyordu bu neden bana olmuyor, şaşırmasını yaşıyorum bence her şeyde. Biriyle iletişim kurarken bile mesela elimi kolumu koyacağım yerler dar geliyor ve çok garip geliyor bana, zaman zaman tahammül edilemez hale geliyor, eskiyi insan çok özliyor ve beynim kesinlikle kabul etmiyor, kilo aldın.” (K11)

“Ben şişman, morbid obezim, ameliyat derecesindeyim yani hatta ameliyat olmayı bile düşünüyorum yani bana konulan tanı bu diyetisyene gittim dedim ya, geçen sene diyetisyen orada kütlelere bakıyor ya işte yağ su işte kas şeylerine baktığı zaman, yani sen morbid obezsiz diyor bana cerrahi durum gerektirecek bir obezsiz diyor bana.” (K19)

“Aynaya hiç bakmıyorum, tartıya hiç çıkmıyorum ve tesadüfen geçen sizin araştırma için tesadüfen çıktım. Yürürken vitrinlerin camlarına bakmamaya çalışıyorum çünkü bilinçaltımda zaten kilo aldığımı farkındayım. Çok şaşırdım, beklemiyordum, beklemediğim bir şeydi çünkü öylesine çıktım yani hadi bu kadar da olmam dedim.” (K26)

Katılımcı ifadelerinde görüldüğü üzere, obeziteden önce katılımcıların farkındalıkları kilolu ve şişman olmak ifadeleri etrafında anlam bulmuştur. Katılımcılar kendilerini obez olmak, obez grubunda görmek, morbid obez olmak gibi ifadelerle tanımlamadan önce kilolarına yönelik farkındalıklarının nasıl oluştuğundan bahsetmişlerdir. Kendilerini obez grubunda gören, obez olarak tanımlayan daha az yoğunlukta aktarım bulunmaktadır. Buna karşılık kilolarını kabullenmeyen, kendilerini kilolu olarak tanımlayan yoğun paylaşımlar mevcuttur. Ölçümleri sonucunda obezite grubunda olduklarına yönelik farkındalığı diyetisyene giderek veya tartıya çıkarak edindiklerini belirten katılımcılar, bu durumu dışsallaştırarak, bir başka kişiden veya görsel olarak farkındalık yaratan sayısal bir ölçme aracıyla keşfederek, obezite ile aralarına koydukları mesafeyi ve obeziteye yönelik kaygılarını da dile getiren bir yaklaşım sergilemektedirler. Kilolu, şişman gibi ifadeleri kendileri için rahatlıkla dile getiren katılımcıların, kendilerine obez olmak, obez grubunda olmak gibi kavramları daha uzak gördüklerini ve kullanmakta ve ifade etmekte zorlandıklarını hem aktarımlarında hem de görüşmeler sırasında gözlemlemek mümkün olmuştur. Bu araştırmada da obezite tanısı almış kadınlar ifadesi tercih edilerek kadınlara

yönelik ayırıcı bir takım kavramların kullanılmamasına dikkat edilmiş ve katılımcıların da bu konudaki hassasiyetleri bulgular aracılığıyla doğrulanmıştır.

3.1.2.1.5. Genetik Yatkınlık

Obezite algısı alt kategorisinde yoğun olarak ifade edilen diğer kod genetik yatkınlık kodudur. K2, K6, K9, K19, K24 ve K27 kodlu katılımcıların konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Şimdi benim evde herkes kilolu bizim evde, ablam da şişman öteki de şişman, beriki de şişman, kuzenim de şişman hani şişmanız biz yani en zayıfları gene benim hâlâ buna rağmen herkes kilolu doğal olarak hani normal, artık bilmiyorum genetiğimiz mi bozuk ailecek ne var, evet biz kilolu bir aileyiz. Hepimiz birbirimizle dalga geçtik, bizim ailenin şarkısı var obeziziz biz obeziz.” (K2)

“Ama dediğim gibi son olarak ekleyeceğim şu, obeziteli insanların dediğim gibi genetik harici kilolu olmasındaki tek şey, tek etken, bütün erkekleri kastetmiyorum ama evlilikte olan sorunlar.” (K6)

“E tabi ki hep söylediğim gibi tek yönlü ve yanlış beslenmeden kaynaklı ve doğarken de biraz tumbul doğmanın verdiği muhtemelen bir şeker, bir insülin de var çünkü gizli insülin direnci de var bende, muhtemelen o çocukla, çocukluktan kaynaklı geliyor. Bebeklikten kaynaklı anne babada da şeker hastalığı var, anneannede de var öyle bir ırsilik durumu da söz konusu yani ondan kaynaklı zaten yanlış beslenmenin de verdiği şeyle bir böyle hep böyle bir palalık vardı.” (K9)

“Annem kilolu işte teyzelerim kilolu halalarım kilolu genetikle biliyorsunuz ki çok en önemli faktörlerden biri.” (K19)

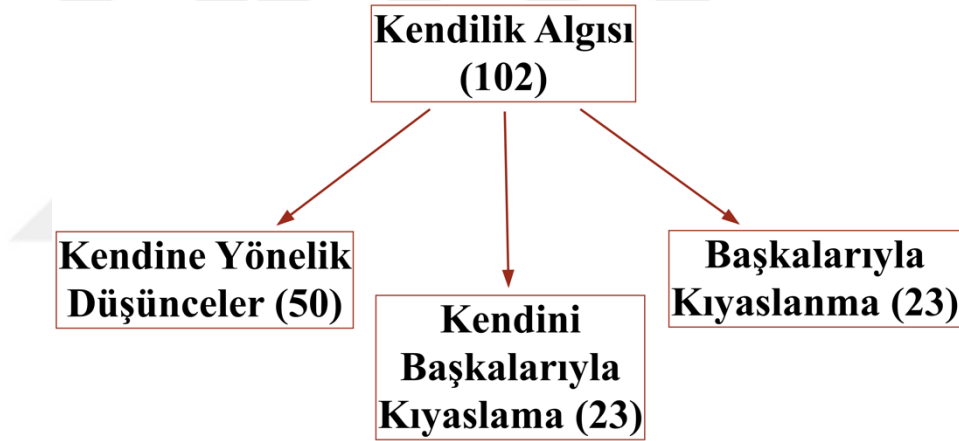
“Ya yani ailede yapıda da böyleyiz annem öyle ablam öyle yani yapımızda da var, yapıda da var.” (K24)

““Psikolojik mi, yoksa bir genetik mi anlamış değilim. Yani ben annemin yemek yediğini gördüğüm zaman böyle yani ekmeği elinde tutup böyle, bağımlı gibi tutuyor kadın sanki. Ailede de var zaten, teyzemler, anneannem. Hepsi böyle şeker hastası ve obezite hepsi obezite. Ben de mesela kendimi onlar gibi olmak istemiyorum.” (K27)

Katılımcı ifadelerinde görüldüğü üzere, katılımcılar obeziteyi genetik yatkınlık ile ilişkilendirmişlerdir. Ailede obezite tanısı almış bireylerin varlığı kadınların bu hipotezlerini doğrulayıcı bir faktör olarak değerlendirmelerini kolaylaştırıcı bir etkidir. Ailede obezite tanısı almış diğer bireylerin başında anne, teyze, abla, anneanne ve anne tarafından kuzenler gelmektedir. Ailede obezite tanısı almış bireylere yönelik aktarımlar yoğun olarak anne ve anne tarafından akrabalara ilişkin aktarımlardır. Kadınların obezitede genetik aktarımı anne ve anne tarafından akrabalar ile açıklamaları, kadınlığın, kadın olmanın farklı boyutlarının aile yaşam döngüsü içerisinde, nesiller arası aktarımıyla da ilişkili boyutlarını düşündürmesi açısından önemli bir bulgudur.

3.1.2.2. Kendilik Algısı

Bilişsel boyut kategorisinde belirlenen üç alt kategoriden ikincisi olan kendilik algısı kategorisinde öne çıkan kodlar Şekil 3.9.'da görülmektedir.



Şekil 3.9. Kendilik Algısı

Şekil 3.9.'da görüldüğü üzere, kendilik algısı alt kategorisindeki paylaşımların yoğunluğu sırasıyla; kendine yönelik düşünceler, kendini başkalarıyla kıyaslama ve başkalarıyla kıyaslanmaya yönelik düşünceler kodları ile anlam bulmuştur.

3.1.2.2.1. Kendine Yönelik Düşünceler

Kendilik algısı alt kategorisinde yoğun olarak ifade edilen kod kendine yönelik düşünceler kodudur. K2, K3, K4, K5, K6, K8, K9, K10, K13, K16, K20, K22 ve K26 kodlu katılımcıların konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Yani hiç böyle kendisini beğenen aynanın karşısında vakit geçiren işte ay şuram böyle işte bilmem ne ay işte ne bileyim o hani o genç kızlık döneminde makyaj yaparlar saatlerce hiç öyle dönemlerim olmadı benim, hani hiç o halime bakmıyorum yani kendimi bilmiyorum.” (K2)

“Yani obez olmanın bana en kötü şeyi, zararı şöyle söyleyebilirim, mesela hayatımda hiç böyle beni görüp de beğenen bir insan hiç olmadı. Yani ben şimdi şimdi üzülüyorum. Hiç farkında değildim desem yeri olur yani sonra farkına vardım, sevilmediğimin farkına çok sonra vardım, kimseye zararlı olan bir insan değilim ama obez olduğum için hiç yani hiç böyle bir erkek arkadaşım şöyle olmadı hani evde kaldıkça boş durdukça bunları hatırlayıp üzülüyorum. Mesela hani bir bakıp da hani seven bir insan olmadı. Evet, yani zayıflayabileceğime inancım yok. Ne kilo verebildim ne şekerimi düzeltebildim artık iyice böyle ümitlerim düşüyor. Yani ha bu arada bunu size hani şu an üzgün olduğum için bu şekilde söylemiyorum, her zaman böyleydi benim algım.” (K3)

“Fiziksel olarak görünüş olarak mesela kendimi mesela beğenmiyorum.” (K4)

“Öyle yapınca ben de işte kendimi iyice salıyorum aman bu bana böyle hakaret ediyor demek ki öyleyim böyle daha iyi boş ver, o düşünceyle işte hiçbir şey yapamıyorum.” (K5)

“Sanki kendimi beğenmeme ya da beni başkalarının hiç beğenmemesi gibi düşünüyorum. Yani çünkü bir kadın, eminim ki bile bile kendini çirkinleştirmeye çalışmaz.” (K6)

“Dışarıdan bakıldığı zaman kendine güvenen biri gibi gözükürüm ama içimde bir yerlerde eksiklik var kusurlu gibi hissediyorum. Kendimi çekici bulamıyorum. Belki zayıf olsam daha rahat olabilirdim Kısacası kilo aldıkça daha çok içime dönmeye başladım hayattan daha az zevk almaya başladım.” (K8)

“Tabi ki insanlar seni tanıdıktan sonra ilk gördüklerinde şöyle bakıyorlar, eşin zayıf kalem gibi sen gidiyorsun yani sen dünya gibisin.” (K9)

“Yani kilolu insanın kendisini sevmesi için bir sebebi olması lazım. Bence en büyük desteği insan çünkü kendini sevmediği ve kabul etmediği sürece hiçbir şeyden mutlu olma şansı yok bence. Yani başkasının onu beğenme şansı da yok yani öyle düşünüyorum.” (K10)

“Ben daha atik daha böyle yaşamak için heyecanı olan belki böyle mecali de olan biri olabilirdim. Kendimden kilolarım yüzünden vaz mı geçtim acaba. Aslında içten içe kendime

inanmıyor muyum acaba, hani ben zaten arada kendimi harcıyorum o kadar uzaklaştım ki kendimden de.” (K13)

“Çünkü düğüne gittiğinde giyinemiyorsun arkadaşlarınla bir bara gittiğinde çok sevdiğin beğendiğin elbiseyi giyemiyorsun paran cebinde oluyor ama o parayı harcamak istemiyorsun çünkü keyfin yok çünkü kendini sevmiyorsun boş ver başkalarını.” (K16)

“Hani derler ya dışarı yetiyorsun ama kendine yetemiyorsun öyle bir süreçteyim yani.” (K20)

“Şikâyet ettiklerim vardı ama dönüp kendimde farkındalığım hiç yokmuş.” (K22)

“Ben bunu tembellik olarak düşünüyorum, nefsim hâkim olamamayı ama ben neden yaptığımı ben de bilmiyorum, neden dikkat etmiyorum, neden bu tembellik içindeyim bilmiyorum. Yani bu konuda zayıf olduğumu düşünüyorum çünkü nefsim hâkim olamamak zayıflığımdan geliyor diye düşünüyorum.” (K26)

Katılımcı ifadelerinde görüldüğü üzere, kendine yönelik düşüncelere yönelik katılımcıların paylaşımları kendini beğenmeme ve beğenilmeme ile ilgili paylaşımlar etrafında kümelenmiştir. Nefsine hakim olamadıkları için kendilerini tembel olarak nitelendiren kadınların paylaşımları obezitenin kontrol edilemez bir şekilde geliştiğine yönelik bulgulara işaret etmektedir. Kendilerinden vazgeçmiş olabileceklerine yönelik paylaşımları obezitenin üstesinden gelebileceklerine yönelik umut etmelerini engelleyen önemli bir faktör olarak belirginleşmiştir. Katılımcıların kendine güvenmek ve inanmak ile ilgili inanç ve motivasyonlarının zayıflamasına yol açan obezite, katılımcıların duyuşsal gelişimlerini hem bireysel hem de çevresel bağlamda olumsuz etkilemektedir.

3.1.2.2. Kendini Başkalarıyla Kıyaslama

Kendilik algısı alt kategorisinde yoğun olarak ifade edilen diğer kod kendini başkalarıyla kıyaslama kodudur. K2, K3, K4, K6, K8, K9, K11, K18 ve K27 kodlu katılımcıların konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Hepsi de zayıflar hepsi hani ve hepsi çoluk çocuğa karışmış olmasına rağmen zayıflar sinir bozucu bir şekilde.” (K2)

“Ne yalan söyleyeyim, ben de zayıf olsam ben de güzel olsam diye sürekli kendini bir başkasıyla kıyaslıyorsun.” (K3)

“Diyorum yani iki tane çocuk doğurmuş mesela diyorum hani böyle benden daha zayıf diyorum baksana manken gibi diyorum, sen neden böylesin diyorum kendi kendime mesela yolda yürürken böyle konuşuyorum kendi kendimle yani ister istemez yani işte ne bileyim.” (K4)

“Mesela zayıf bir insanı görüyorum çok imreniyorum keşke ben de zayıf olsam.” (K6)

“Mesela eşimin arkadaşları eşleriyle berber bir araya gelmek istiyorlar ama ben çok katılma taraftarı olmuyorum, kendimce onların eşleri incecik güzel giyinmiş insanlar diye düşünüyorum. Eşimin abisinin eşi daha zayıf biri ben sürekli ona daha çok değer verdiklerini düşünüyorum.” (K8)

“İşte böyle daha alımlı çalımli daha böyle görsel olarak göze hoş gelen insanlara yaklaşımları ve sana yaklaşımlarının farklı olduğunu hissediyorsun.” (K9)

“Güzel değil şey yani o açıdan evet beni en çok aslında söyleyince düşündüm, en çok üzen o şöyle, çünkü bir erkekte bu kadar fark etmiyor.” (K11)

“Benim bütün arkadaşlarım zayıftır bir de işin kötüsü hani bir tane kilolu arkadaş bulsam kendime sevineceğim.” (K18)

“Kendimi arkadaşlarımın yanında özellikle o hani o kadar fitler ki, sonra kötü hissediyorum.” (K27)

Katılımcı ifadelerinde görüldüğü üzere, katılımcılar kendilerini ailelerindeki veya sosyal çevrelerindeki diğer bireylerle sıklıkla kıyasladıkları deneyimlerini yoğun olarak paylaşmışlardır. Kendilerini zayıf ve fit olmak, istediği kıyafeti giyebilmek, sosyal ortamlara dâhil olabilmek, göze batmamak, daha çok değer görmekle ilgili kendilerinden daha zayıf bireylerle kıyasladıkları görülmektedir. Kendilerini başkalarıyla kıyaslayan katılımcılardan biri kadın ve erkeklerde obezitenin farklı görüldüğünü ifade ederek, kadın olduğu için obezitenin daha fazla görünür olduğuna dikkat çekmiştir. Bu farklılığa ilişkin katılımcı ifadelerinden elde edilen bulgular obezitede cinsiyetler arası farklılıklara yönelik çalışmalara yönelik detaylı bir tartışmayı gerekli kılmaktadır.

3.1.2.2.3. Başkalarıyla Kıyaslanma

Kendilik algısı alt kategorisinde yoğun olarak ifade edilen diğer kod başkalarıyla kıyaslanma kodudur. K1, K8, K12 ve K17 kodlu katılımcıların konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Bizimkiler de bak zayıflamazsan bu teyze gibi olursun diyorlardı, 200 kiloydu kadın.” (K3)

“ Beni hep kafasında çizdiği bir evlat modeliyle karşılaştırdı. Huy anlamından ziyade görüntü olarak da hayalinde bir kız vardı ben kilolu olduğum için hep hantal yavaş biriydim, annem de hep bana teyzemin kızını örnek gösterirdi; bak o ne kadar çalışkan, annesine ev işlerinde hep yardım ediyor ben ise senden bir şey istiyorum iki saatte getiremiyorsun derdi.” (K8)

“Ablam şeydi çok zayıftı. Ablam böyle şeydi genelde beslemeye çalışırlardı onu yatarken böyle ekmek arası şeyler sandviçler falan hazırlanırdı, verilirdi edilirdi. Benden de ben yemeğe çalıştığım zaman kaçırılırdı. Bazen diyorum yemenin sebebi bu olabilir diyorum çünkü benden kaçırıldılar diyorum.” (K12)

“Ama kız kardeşim, ben hani baktığım zaman kız kardeşimle ilişkisi daha sıcaktı, babamın ona yakınlığı daha fazlaydı.” (K17)

Katılımcı ifadelerinden görüldüğü üzere, paylaşımlar diğer aile bireyleriyle kıyaslanmaya yöneliktir. Bu kıyaslamaya maruz kalan kadınların aktarımlarında kıyaslamayı yapan aile üyelerinin ebeveynler olması dikkat çekici bir bulgudur. Ebeveynler katılımcıların farklı özelliklerine yönelik kıyaslamaları genellikle kardeşler arasında yaparak, katılımcılarda duygusal alana ilişkin üzerinde düşünülmesi gereken izler bırakmışlardır. Kardeşlerle ve ailedeki diğer çocuklarla kıyaslanma, katılımcıların kendilerini ikinci çocuk, farklı çocuk ve kilolu çocuk olarak görmeleri ile ilişkili deneyimlerini açıklamak için üzere tartışılması gereken bulguları sağlamaktadır.

Daha az yoğunlukta katılımcı ifadeleri başkalarıyla kıyaslanma ile ilgili farklı bir alana vurgu yapmaktadır. K13 ve K19 kodlu katılımcıların ifadeleri şu şekildedir:

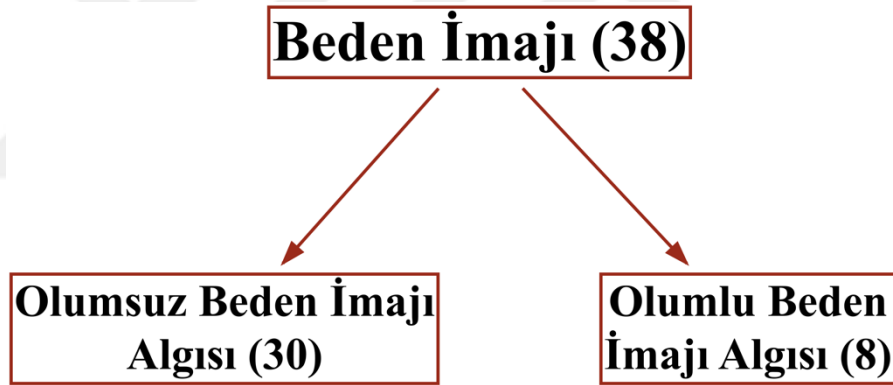
“En büyük korkumdu o farklı olduğumu düşünmeleri başka annelerden birkaç arkadaşına çocuğu öyle söylemiş, anne sen hani onlar gibi değilsin falan bana söyleyecekler diye çok korkuyorum, söylemezler herhalde inşallah yani söylemesinler yani.” (K13)

“Acaba o hani zayıf annelere, zayıf kadınlara özenip de mi öyle işte zaten direkt söylediği o oldu, keşke sen de bu teyze neyse bunun gibi olsaydın dimi anne sen de mini etek giyerdin dedi bana.” (K19)

Katılımcılar bu kod altında daha az yoğunlukta ifade edilen çocukları tarafından diğer ebeveynlerle kıyaslanma alanına değinmişlerdir. Çocuklarının, kilolarına yönelik düşüncelerini ifade etmeleri katılımcılar için zorlayıcı bir deneyim olarak ifade edilmiştir.

3.1.2.3. Beden İmajı

Bilişsel boyut kategorisinde belirlenen üç alt kategoriden üçüncüsü olan beden imajı kategorisinde öne çıkan kodlar Şekil 3.10.'da görülmektedir.



Şekil 3.10. Beden İmajı

Şekil 3.10.'da görüldüğü üzere, beden imajı alt kategorisindeki paylaşımlar yoğunluğuna göre sırasıyla; olumsuz beden imajı algısı ve olumlu beden imajı algısı kodları ile anlam bulmuştur.

3.1.2.3.1. Olumsuz Beden İmajı Algısı

Beden imajı algısı alt kategorisinde yoğun olarak ifade edilen kod olumsuz beden imajı algısı kodudur. K1, K4, K6, K13, K15, K19, K22 ve K27 kodlu katılımcıların konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Ne bileyim hep uzun giyiyorsun ya üstün ya popon belli olacak diyerekten onları kapatmak istiyorsun.” (K1)

“Hani hep kilomu örtmek istiyorum, işte birisi bana arkamdan bakar mı işte hani görüntü olarak hani şey kötü gözükürüm.” (K4)

“Dediğim gibi, başta istediğiniz kıyafeti giyememek benim için çok kötü bir şey.” (K6)

“Böyle bir keşmekeş ve içimde uhde kaldı, istediğim gibi giyinmemek bu beni çok üzüyor.” (K13)

“Her şeyi giyerdim ederdim, giymiyorum çünkü yakışmıyor, ben kendime yakıştıramıyorum. Gıdığım görünmesin diye şuradan çünkü gören diyor ki, buran ne olmuş böyle, onun için şurayı kapatıyorum.” (K15)

“Eşim çocuklarım yakıştı dese de ben aynanın karşısında kendimi çoğu zaman güzel görmüyorum yani.” (K19)

“Şimdi her taraf bingil bingil olunca şimdi göğüsler onlar bunlar dikkat ediyorsun daha hani en azından estetik gelmiyor.” (K22)

“Yani kötü hissediyorum kendimi yani, görsel olarak da kendimi iyi hissetmedim. Şu üst bölgemle takıntım olduğunu düşünüyorum, hani göğüsleri saklamak için büyük, bol şeyler giyiyorum.” (K27)

Katılımcı ifadelerinde görüldüğü üzere, olumsuz beden imajı algısı koduna yönelik katılımcı paylaşımlarının en yoğun ifade ediliş şekli katılımcıların giyim kuşamları ile ilgilidir. Katılımcılar, kendilerine yakıştırmazlar da beğenmeseler de bedenlerini örtecek, saklayacak kıyafetler giymeyi tercih ettiklerini ifade etmişlerdir. Kendilerini yansıtmadığını vurguladıkları büyük beden kıyafetlerin içerisinde kendilerini mutsuz hissettiklerini ifade eden katılımcılar, görsel olarak kendilerini iyi hissetmediklerini belirtmişlerdir. Sosyal ortamlarda bakışlara maruz kalmamak için bol kıyafetler giymeyi tercih eden katılımcılar, görsel olarak kötü göründüklerini düşünmektedirler. Vücut ağırlıklarının daha düşük olduğu zamanlarda istedikleri kıyafetleri giyebildiklerini ancak şu an bedenlerini örtecek bol kıyafetler tercih ettiklerini ifade eden katılımcılar için büyük beden ve salaş kıyafetleri, kendilerini yansıtmayan, kendilerine yakıştıramadıkları kıyafetler olarak nitelendirmişlerdir. Beden imajı algısı bireyin bir bütün olarak kendine, bedenine, giyim tercihlerine yönelik düşüncelerinden oluşmaktadır. Katılımcıların bedenlerine yönelik olumsuz düşünceleri vücut

ağırlıklarının artmasıyla doğru orantılı bir şekilde artmıştır. Bedenlerini yönelik olumlu düşüncelerin yerini vücut ağırlıklarının artmasıyla beraber olumsuz düşünceler almıştır.

Daha az yoğunlukta katılımcı ifadeleri olumsuz beden imajı kodu ile ilişkili farklı bir alana vurgu yapmışlardır. K7, K9, K15, K16, K17 ve K27 kodlu katılımcıların konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“İstemediğim şeyleri giymek zorunda kalıyorum, beni yansıtmayan şeyler giymek zorunda kalıyorum. Daha ince olmanın ve hani eşim tarafından bunun daha çok beğenileceğini de biliyorum yani tabi ki kötü bir durum.” (K7)

“Eşinizin yanında onunla farklı bir havada yaklaşamıyorsunuz çünkü o şey olmuyor yani komik duruyor farklı duruyor yani.” (K9)

“Yani şimdi ya şey gibiyim kocaman bir karın, göğüsler desen kocaman olmuş yani kendimi geri çekiyorum.” (K15)

“Evlendikten sonra kilo almaya başladıktan sonra eşinizle bile birlikte olmak istemiyorsunuz yani çünkü hani o vücut sizi rahatsız ediyor ve eşinizi eşiniz de onu görecektir diye rahatsız oluyorsunuz.” (K16)

“Bazen hani onun yanında giyinip soyunmak bile istemiyorsunuz, böyle bir problem yaşıyorsunuz obez olarak.” (K17)

“Birlikte olduğumuz zaman, rahat hareket edemiyorsun bir kere hani göbeğini saklamaya çalışıyorsun.” (K27)

Katılımcı ifadelerinde görüldüğü üzere, olumsuz beden imajı algısı katılımcıların eşleriyle ilişkilerinde bedenleriyle ilgili hissettikleri olumsuz duygu ve düşüncelerle ilişkili olabilmektedir. Kendilerini yansıtmayan kıyafetler giymek zorunda kaldıklarını ifade eden katılımcılar, eşleriyle fiziksel veya duygusal temas gerektiren durumlarda çekimser davrandıklarını ifade etmişlerdir. Eşleriyle yakınlaşmakta zorlandıklarını ifade eden katılımcılar, özellikle fiziksel ve cinsel yakınlık kurmakta güçlük yaşayabilmektedirler. Katılımcıların ifadelerinde eşleri tarafından beğenilmeyeceklerine yönelik bir endişe duydukları da gözlemlenebilmektedir. Bu alana yönelik katılımcı ifadeleri, katılımcıların olumsuz beden imajı algılarına etki eden bu kaygının temelinde eşlerinden duydukları olumsuz eleştirilerin de yerinin olabileceğini düşündürmesi açısından tartışılması önemli bulunan bulgulara işaret etmektedir.

Daha az yoğunlukta katılımcı ifadeleri olumsuz beden imajı kodu ile ilişkili farklı bir alana vurgu yapmışlardır. K8, K11 ve K12 kodlu katılımcıların konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Yani beğenmezler, ya ben de beğenmiyorum. Kilolu bir insan görünce ben de beğenmiyorum açıkçası, şimdi ben kilolu bir insana bakayım ben de diyorum yani çok çirkin iğrenç diyorum yani.” (K3)

“Kendimi çekici bulamıyorum.” (K8)

“Bir dönem dışarı çıkamamıştım mesela.” (K11)

“Aynaya bakmıyorum çünkü kendime bakmak istemiyorum, hatta yüzüme bile genelde bakmam yani genel olarak kendini beğenen bir insan değilim.” (K12)

Katılımcı ifadelerinden görüldüğü üzere, katılımcılar kendilerini çekici bulmadıklarını, dışarı çıkmak istemediklerini ve kendilerini beğenmediklerini ifade etmişlerdir. Bedeninden ve dış görünüşünden memnuniyet bireyin çeşitli gelişim boyutlarındaki duygu ve düşüncelerine işaret etmekle beraber, bilişsel boyutta beden imajı algılarına yönelik önemli bulgulara işaret etmektedir.

3.1.2.3.2. Olumlu Beden İmajı Algısı

Beden imajı algısı alt kategorisinde ifade edilen diğer kod olumlu beden imajı algısı kodudur. K2 ve K10 kodlu katılımcıların konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Yoksa fiziksel olarak yani ne bileyim çok takılmıyorum, yani şu andaki şu görüntüm bile ya evet olabilir yani, evet, tamam, evet kiloluysam da kiloluyum, tamam buna okeyim yani.” (K2)

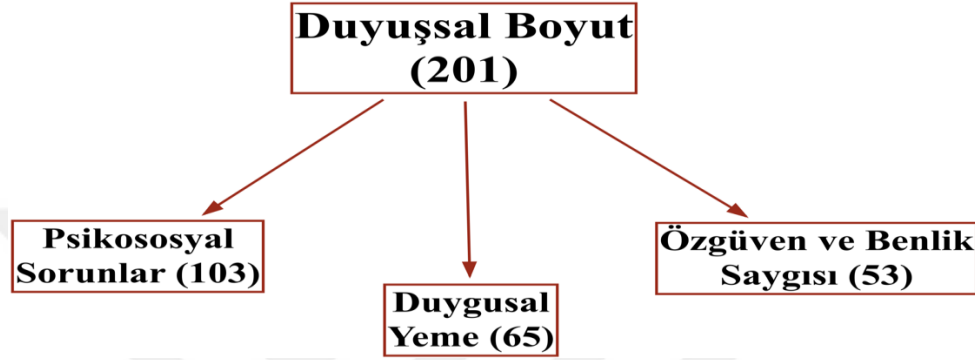
“Hani seviyorum mesela hani o dolayısıyla çok itici gelmiyorum fizik olarak kendime. Kendime bakıp da böyle ay ben de çok kötüyüm demiyorum yani açıkçası. Böyle yani kendimi kötü hissetmiyorum.” (K10)

Katılımcı ifadelerinde görüldüğü üzere, bedenleri ile ilgili olumlu düşüncelere sahip katılımcılar kendilerini bu bedenlerinde iyi hissettiklerini, bedenleriyle ilgili olumsuz bir düşünceye sahip olmadıklarını ifade etmişlerdir. Katılımcılar için fiziksel görünimleri, kendilerine yönelik olumsuz bir düşünceyi içermemektedir. Olumlu beden imajı algısına sahip katılımcıların, bilişsel boyutta diğer katılımcılara göre farklı düşüncelere sahip

olmaları, beden imajı algısına etki eden çevresel faktörlerin de tartışılmasının gerekliliğine yönelik bulgulara işaret etmektedir.

3.1.3. Duyuşsal Boyut

Obezite tanısı almış kadınların gelişim boyutlarına göre değerlendirilmesi temasının üçüncü kategorisi olan duyuşsal boyut kategorisi Şekil 3.11.'de görülmektedir.

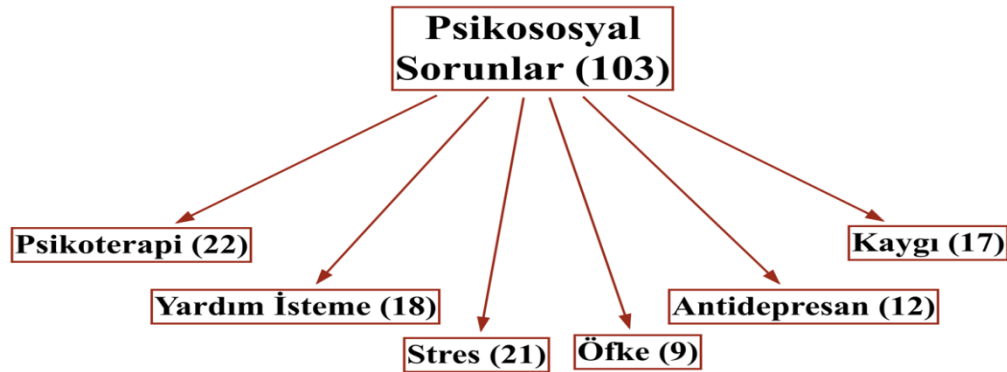


Şekil 3.11. Duyuşsal Boyut

Şekil 3.11.'de görüldüğü üzere, duyuşsal boyut kategorisinde katılımcıların ifadeleri; psikososyal sorunlara yönelik deneyimler, duygusal yeme ve özgüven ve benlik saygısı olmak üzere 3 kategori ile ifade edilmiştir. Bu kategorilere ilişkin bulgular aşağıda sunulmuştur.

3.1.3.1. Psikososyal Sorunlar

Duyuşsal boyut kategorisinde belirlenen ilk alt kategorisi olan psikososyal sorunlar alt kategorisinde öne çıkan kodlar Şekil 3.12.'de görülmektedir.



Şekil 3.12. Psikososyal Sorunlar

Şekil 3.12.'de görüldüğü üzere, psikososyal sorunlara yönelik deneyimler kategorisindeki paylaşımlar yoğunluğuna göre sırasıyla; psikoterapi desteği alma, stres, yardım isteme, kaygı, antidepresan kullanımı ve kendini suçlama kodları ile anlam bulmuştur.

3.1.3.1.1. Öfke

Psikososyal sorunlara yönelik deneyimler alt kategorisinde yoğun olarak ifade edilen diğer kod öfke kodudur. K2, K8, K11, K12, K13, K17, K20, K22, K26 ve K27 kodlu katılımcıların konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Bu kadar abarttığımı şimdi fark ediyorum, diyorum ki sen niye bu kadar coztuttun diyorum kendi kendime. Kendime böyle kızıyorum hani olur olur da bu kadar da olmaz artık işin şeyini çıkardın.” (K2)

“Obez olduğumu öğrendikten sonra kendi kendime bunu mu reva görüyorum daha kaliteli yaşamak varken neden bunu yapıyorum dedim.” (K8)

“Sinirlerim bozuluyor, bazen çok kızdığım oluyor kendime.” (K11)

“Ben bir de daha çok hep kendini suçlayan suçu hep kendinde arayan bir insanımdır o yüzden de o beni çok yoruyor, çok yoruyor.” (K12)

“Ben kilolu olduğum için mi sinirliyim yoksa sinirli olduğum için mi kiloluyum bilmiyorum, hangisi hani ben zaten arada kendimi harcıyorum kendimi, o kadar uzaklaştım ki kendimden de.” (K13)

“Ama bana sorarsanız bunun suçlusu benim, yani ben yediğim için oluyor, yediğimde kendimi suçlu hissediyorum, acaba yememeli miydim, hani bunu niye yedim.” (K17)

“Kendime ondan kızıyorum aslında bu yattığım sürece düşündüm yani ya aslında sen her şeyi yarım bırakmışsın dedim ya bir şeyin devamını getirmemişsin. Kendime kızıyorum yani şu an her şeyi yarım bıraktığım için oldu bence.” (K20)

“Allah kahretsin sana derim şerefsiz, şişko derim kendime derim ama hani şey kötülük hırs anlamında değil seni zayıflatacak mesela.” (K22)

“Yeterince sorumlu biri olmadığımı karar verdim kendimle ilgili.” (K26)

“Bir dilim yemem gerekirken iki dilim ekmek yedim mesela üzüliyorum, ondan sonra da pişman oluyorum niye yaptım diye kendimi sorguluyorum.” (K27)

Katılımcı ifadelerinden görüldüğü üzere, katılımcıların öfkesi kendilerine yöneliktir. Katılımcılar kilo alma süreçlerinde kendilerine duydukları öfkeyi yoğun bir şekilde ifade etmişlerdir. Kilo almalarına etki eden faktörlerin önüne geçemedikleri için kendilerini sorumlu bulan katılımcılar, bu öfkenin de dolaylı bir şekilde vücut ağırlığı artışını tetiklediğini vurgulamışlardır. Öfkenin katılımcıların ifadelerinde suçluluk ve pişmanlık duyguları ile kesiştiği görülmektedir. Katılımcılar gereğinden fazla yediklerini düşündükleri zamanlarda kendilerini durduramadıkları için suçluluk hissetmekte, kendilerine öfkelenirlerse kilo verme konusunda motivasyonlarının artacağını düşünmektedirler. Bulgular katılımcıların öfke duygusu ile baş edemediklerini, öfkenin eşlikçisi suçluluk ve pişmanlık duygularını çok yoğun yaşadıklarını ve bu duygulara ilişkin özellikle duygu odaklı çalışmalara ihtiyaç duyabileceklerini göstermektedir.

Daha az yoğunlukta katılımcı ifadeleri öfke kodu ile ilgili farklı bir alana vurgu yapmaktadır. K3, K5 ve K18 kodlu katılımcıların ifadeleri şu şekildedir:

“Şimdi bende de anneme karşı ciddi bir öfke patlaması var, evet bu zamanlarda da yeme atağı çok oluyor ne yalan söyleyeyim.” (K3)

“Ona bir şey diyemediğim için onlara daha kolay söylüyorum yani hırsımı onlardan çıkarıyorum, sonra üzüliyorum.” (K5)

“Hani içsel duygum hani o tacizci arkadaşları bana bir verseler, ben çeşitli işkencelerden geçirsem noktasındayım ama hiçbir şey yapamıyorsunuz.” (K18)

Katılımcı ifadelerinde görüldüğü üzere, katılımcıların zaman zaman öfkeleri diğer bireylere yöneliktir. Katılımcılar, aile bireylerine yönelik öfke hissettiklerinde bu öfkenin de yeme atağına neden olduğunu vurgulamışlardır. Eşine öfkelenildiği için bu öfkeyi çocuklarına yansıttığını ifade eden bir katılımcı, ifadelerinde pişmanlık hissettiği bir alana vurgu yapmıştır. Katılımcıların yaşamlarında travmatik deneyimler de görülebilmektedir. Bu travmatik deneyimlerden biri olan cinsel istismar öyküsü olan bir katılımcı, çocukluğunda maruz kaldığı bu travmatik olaydan dolayı tacizci olarak nitelendirdiği faillere yönelik öfkesini ifade etmiştir. Öfke, ilk olarak öfkeyi hisseden bireye yönelik yıkıcı etkileri olabilecek bir duygudur. Bulgular, aile bireyleri ve bireyin yaşamında travmalara yol açmış

faillere yönelik hissettikleri öfke ile ilgili çalışmaların katılımcıların yaşamlarında önemini göstermektedir.

3.1.3.1.2. Kaygı

Psikososyal sorunlara yönelik deneyimler alt kategorisinde yoğun olarak ifade edilen diğer kod kaygı kodudur. K1, K3, K4, K6, K7, K11, K16, K17 ve K20 kodlu katılımcıların konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Küçükken zayıfmışım, belli bir süre sonra bilmiyorum takıntılar mı başladı.” (K1)

“Kaygı benim hayatımı etkiliyor, yönlendiriyor. Hani ben kaygının kulu olmuşum diyebilirim.” (K3)

“Biraz da kilomu da örtmekte istiyorum yani hani açıkçası hani yalan yok hani işte birisi bana arkamdan bakar mı işte hani görüntü olarak hani şey kötü gözükürüm diye kaygılanıyordum. Bir de hocam panik bozukluğu oluyordu bende her an sanki bir şey olacakmış gibi hissediyordum yani, bir kaygı bozukluğu oluyordu.” (K4)

“Evet güvende hissetmiyorsunuz, Allah muhafaza İstanbul deprem bölgesi bir deprem olsa nasıl kaçacaksın, çok kapsamlı düşünüyorum.” (K6)

“Oturduğum sandalyeleri kontrol ediyorum o günden sonra hani acaba sağlam mı değil mi diye bakıyorum tabi her an sıkıntılı.” (K7)

“Sakinleşmeyi başarabilseydim bu kadar büyük bir şey olmazdı yani 30 kilo almazdım en azından 30 kilo çok fazla. Kaygı bozukluğu sıkıntım da var. Üniversiteye başladığım yıldan kalan bir anksiyete problemim de var.” (K11)

“Ben düzen hastasıyım benim kilolarımın bir nedeni de odur.” (K16)

“Biraz sosyal fobim ve sınav anksiyetem var benim o yüzden zaten biraz sınavlarda da başarısız oluyorum.” (K17)

“Sen dedi obsesifsin dedi doktor, dedim ben farkındayım, evdeki insanların da canını yakıyorum titizlik konusunda farkındayım dedim hepsi birbirini kovaladı dedim ama dedim nereden başlayacağımı bilmiyorum.” (K20)

Katılımcı ifadelerinde görüldüğü üzere, kaygı hem katılımcıların vücut ağırlıklarındaki artışı hem de vücut ağırlıklarından dolayı yaşadıkları sorunları tetikleyen bir sorun olarak ifade edilmiştir. Kaygı duydukları alanlar birbirinden farklı olsa da katılımcıları bu kod altında ortaklaştıran en önemli faktör katılımcıların kaygıyı yönetmekle ilgili yaşadıkları zorluklardır. Hissedilen bu kaygı verici durumların ve deneyimlerin katılımcılar tarafından farklı biçimlerde fark edildiği görülmektedir. Takıntı, panik bozukluk, anksiyete, takıntılı olmak gibi ifadelerde anlam bulan katılımcı ifadelerinden elde edilen veriler, katılımcıların hayatını zorlaştıran bu deneyimlerin, yaşadıkları biyopsikososyal sorunlarla ilişkili olabileceğini düşündüren bulgulara işaret etmektedir.

3.1.3.1.3. Psikoterapi

Psikososyal sorunlara yönelik deneyimler alt kategorisinde yoğun olarak ifade edilen kod psikoterapi kodudur. K3, K14, K17, K18, K26 ve K27 kodlu katılımcıların konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Yani çok isterim, şimdi bile almak isterim yani, ihtiyacım var, ok ihtiyacım var.”
(K3)

“Bir diyetisyen demişti bana şey olarak destek al yani, psikolojik olarak bir destek al dedi o zaman yaparsın, ben gitmedim.” (K14)

“Geçen işte yılbaşında hatta kızım dedi anne dedi istersen psikolojik destek al hani, ben de mantıklı geldi gerçekten, yani almaya yakınım, yani olabilir, neden olmasın.”
(K26)

“Öyle bir sıkıntı var tabi ki hani bunun psikolojik bir bağlantısının olduğunu düşünüyorum ama hani bir danışan yani bir psikoterapi vesaire yani bir hiçbirine danışmayı düşünmedim açıkçası.” (K17)

“Bence bu işin gerçekten terapiyle beraber gitmesi çok daha sağlıklı olacak diye düşünüyorum, psikolojik destek ve kişinin bunu niçin yaşadığının kökenini bulmak lazım yani, çünkü hiçbir kilo tek başına gelmiyor yani onun mutlaka bir işte ya benim gibi bir öyküsü var.” (K18)

“Yani bu benim biraz yani psikolojimin bozuk olduğu zamanlarda daha çok kendimi kontrol edemediğimi hissediyorum. Yani psikolojinin çok önemli olduğuna, buna daha önem vermeleri hani, birincil bence psikoloji.” (K27)

Katılımcı ifadelerinde görüldüğü üzere, psikoterapi ihtiyacına yönelik paylaşımlar bu kod altında yoğun bir şekilde paylaşılmıştır. Katılımcılar obeziteye bağlı yaşanan sorunların ve obeziteye neden olan sorunların yalnızca tıbbi kökenlerinin değil, özellikle psikolojik alan vurgu yaparak psikososyal kökenlerinin de araştırılması ve çözülmesi gerektiğine yönelik görüşlerini ifade etmişlerdir.

Daha az yoğunlukta katılımcı ifadeleri psikoterapi koduna yönelik farklı bir alana vurgu yapmaktadır. K7, K15 ve K22 kodlu katılımcıların konu ile ilgili ifadeleri şöyledir:

“Bebeğin kaybından sonra bir psikiyatristle gördüm. Hani o daha çok o yas süreciyle ilgili konuştuk onunla kiloyla ilgili hani kiloyu daha sonra hani onu biraz ertelememi istedi. Hani daha çok yas sürecini halletmem gerektiğini söyledi.” (K7)

“Aslında bir kere gittim bana o zaman psikolog bir tane ilaç verdi bana.” (K15)

“Önce çok yoğun, aşırı ağır psikolojik tedaviler gördüm. İlk başta bir yanlış teşhisler, yanlış tedaviler.” (K22)

Katılımcı ifadelerinde görüldüğü üzere, daha az yoğunlukta katılımcı ifadeleri psikoterapi kodu ile ilgili alınan psikoterapi desteğine yönelik paylaşımlardan oluşmaktadır. Katılımcı ifadelerinden anlaşılacağı üzere, katılımcılar psikoterapi desteği olarak yalnızca psikiyatristlerden aldıkları desteği ifade etmektedirler. Katılımcı ifadelerinden elde edilen veriler psikiyatrist, psikolog ve psikoterapist kavramları konusunda yaşanan kafa karışıklığını ve katılımcıların bilgi ihtiyaçlarını ortaya koyması açısından tartışılması gereken bulgulara işaret etmektedir.

3.1.3.1.4. Stres

Psikososyal sorunlara yönelik deneyimler alt kategorisinde yoğun olarak ifade edilen diğer kod stres kodudur. K1, K6, K7, K8, K9, K13, K14 ve K25 kodlu katılımcıların konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Beynini de bu defa strese sokuyorsun, aynaya bakıyorsun aynada bir stres oluyorsun. Orası da yaşantının gerçekten yaşam faktörlerini veya bir sıkıntıya sokuyor insanda problemler veriyor yani.” (K1)

“Obezite tanısı daha çok aile streslerinden dolayı böyle çok yemek yemeye başladıktan sonra stresten, sinirden, sıkıntıdan yani 30-35 yaşında baya bir kilo aldım ben.” (K6)

“Daha sonra üniversiteye hazırlanırken bayağı bir kilo aldım, orada bir 20 kilo kadar filan almıştım çünkü hem hareketsizlik hem stres.” (K7)

“Çünkü ben stres altındayken kilo alan biriyim.” (K8)

“İnsanların kilo almasına aşırı stres, kortizon salgılamaya sebep oluyor, kortizon demek vücudun kilo alması demek zaten çok ciddi bir durum.” (K9)

“Ondan sonra işte sonra babam gitti, annem yalnız kaldı şimdi sanki onun annesi ben oldum, stres yani.” (K13)

“Kilomla stres şey yapana kadar başka streslerim, başka düşüncelerim, başka şeylere, kiloma gelene kadar başka şeyler var.” (K14)

“Stresten mi kaldı bilmiyorum yani.” (K25)

Katılımcı ifadelerinde görüldüğü üzere, stres katılımcılar tarafından vücut ağırlığının artmasında önemli bir faktör olarak vurgulanmıştır. Stres koduna yönelik bu vurgu katılımcıların stresli yaşam olaylarına yönelik baş etme mekanizmalarını akıllara getirmektedir. Stres ve vücut ağırlığında artış arasında doğru orantılı bir ilişki mevcuttur. Stres yaşadıkça vücut ağırlıklarının arttığını, vücut ağırlıkları arttıkça stres olduklarını ifade eden katılımcı deneyimleri bu ilişkiyi doğrulamaktadır. Stresle baş etmede sağlıklı içsel ve dışsal kaynaklara olan ihtiyacı vurgulamak açısından bu koda yönelik katılımcılardan elde edilen veriler tartışılması gereken önemli bulgulara işaret etmektedir.

3.1.3.1.5. Yardım İsteme

Psikososyal sorunlara yönelik deneyimler alt kategorisinde yoğun olarak ifade edilen diğer kod yardım isteme kodudur. K5, K6, K7, K12, K15 ve K21 kodlu katılımcıların konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Yok, almadım. Hiç de ihtiyaç duymadım çünkü evdeki bana öyle hakarete edince.” (K5)

“Şu an kızıma odaklı olduğum için herhangi bir yerden yardım alamıyorum, yardıma gitmiyorum, sadece kendi kendime kilo vermeye çalışıyorum.” (K6)

“Uzmandan yardım almak istiyorum.” (K7)

“Yardım istemeyi bilmiyorum, ailemden de isteyemem, gerçekten bilmiyorum, bir şey istemeyi bilmiyorum.” (K12)

“Belki doktora gitsem daha başka bir şey isteyecek ama doktora da gitmiyorum.” (K15)

“Nasıl yapacağız, yardımcı olursanız önemli olan o benim için şu an, nasıl duracağım onu da bilmiyorum yani.” (K21)

Katılımcı ifadelerinde görüldüğü üzere, katılımcılar zaman zaman yardıma ihtiyaçları olduğunu düşündüklerini ancak ya bu ihtiyacın farkında olmadıklarını ya da nereden ve nasıl yardım alacaklarını bilmedikleri için bu ihtiyacı dile getirmekte ve karşılamakta güçlük çektiklerini ifade etmişlerdir. Yardım isteme ile ilgili bir alan yaratamayan, imkânsızlıklar ve çözümsüzlüklerle karşılaşacağını düşünen katılımcılar yardım mekanizmaları konusundaki çekimser tutumlarını hem çaresiz hissetmeleri hem de destek mekanizmalarının zayıflığı ile ilişkilendirmişlerdir. Katılımcılar alabilecekleri yardımlar ve destek mekanizmaları konusunda bilgiye ve yönlendirilmeye ihtiyaç duymaktadırlar. Katılımcılardan elde edilen veriler, katılımcıların yardım almaya istekli ve gönüllü olmalarının, obeziteye bağlı yaşanan sorunlarının çözümünde hem katılımcılar hem de aile bireyleri ile iş birliği sağlanmasının önemine yönelik bulgulara işaret etmektedir.

3.1.3.1.6. Antidepresan Kullanımı

Psikososyal sorunlara yönelik deneyimler alt kategorisinde yoğun olarak ifade edilen diğer kod antidepresan kullanımı kodudur. K1, K4, K11, K15, K22 ve K27 kodlu katılımcıların konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Doktor bir uyku ilacı uyku ilacı şey yapmıştı ama ben uyku ilacını tercih etmiyorum. Beni gerçekten çok daha sıkıntıya vermişti uyuyorum.” (K1)

“Yani antidepresan da tabi kullanmam hani o dönemlerde çünkü 21 yaşında antidepresana başladım 38 yaşında bıraktım antidepresanı.” (K4)

“Bir yıl kadar bir ilaç kullandım.” (K11)

“O ilaçtan sonra zaten benim midemin şey demek ki diyorum herhalde iştahım oradaydı, o açtı benim iştahımı sonra zaten veremedim.” (K15)

“İlaçlardan da kiloluyum ve ben bunun bilincindeyim.” (K22)

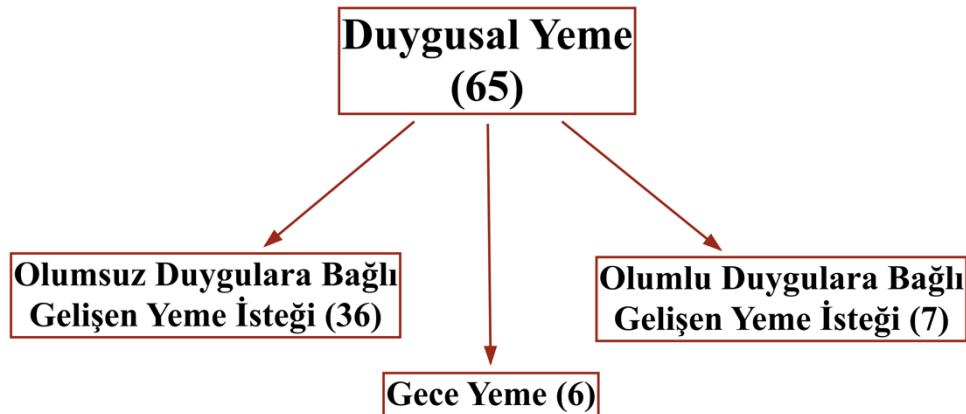
“35 yaşlarında falan bir 6 ay bir ilaç aldım.” (K27)

Katılımcı ifadelerinde görüldüğü üzere, yaşamlarının belirli bir aşamasında antidepresan kullandıklarını ifade eden katılımcılar, antidepresanların olumsuz etkilerine yönelik paylaşımlarda bulunmuşlardır. Katılımcılar çeşitli sorun alanlarına yönelik kullandıkları psikiyatrik ilaçları iştah açıcı ilaçlar olarak nitelendirmiş ve ilaç kullanımının olumsuz etkilerinden söz etmişlerdir. Antidepresan grubundaki ilaçlar yalnızca psikiyatristler tarafından reçete edilebilmektedir. Kullanılan ilaçların kullanım süresi, kullanım nedeni ve alanları birbirinden farklı olsa da ilaçların düzensiz kullanıldığı ve yan etkiler yaşandığında doktor kontrolü olmadan bırakılması katılımcıların farklı sorunlar yaşamalarına yol açmıştır. Katılımcı ifadeleri, bireylerin psikososyal alanda yaşadıkları sorunların çözümünde ilk akla gelen destek mekanizmasının ilaç kullanımı olduğuna yönelik ve ilaç kullanımında dikkat edilmesi gereken hususların göz ardı edilebildiğine yönelik tartışılması gereken önemli bulgulara işaret etmektedir.

Daha az yoğunlukta katılımcı ifadeleri antidepresan kodu ile ilgili farklı bir alana vurgu yapmaktadır. K11, K24 ve K27 kodlu katılımcıların ifadeleri şu şekildedir:

3.1.3.2. Duygusal Yeme

Duyuşsal boyut kategorisinde belirlenen üç alt kategoriden ikincisi olan duygusal yeme alt kategorisinde öne çıkan kodlar Şekil 3.13.'te görülmektedir.



Şekil 3.13. Duygusal Yeme

Şekil 3.13.'te görüldüğü üzere, duygusal yeme alt kategorisindeki paylaşımların yoğunluğu sırasıyla; olumsuz duygulara bağlı gelişen yeme isteği, olumlu duygulara bağlı gelişen yeme isteği ve gece yeme kodları ile anlam bulmuştur.

3.1.3.2.1. Olumsuz Duygulara Bağlı Gelişen Yeme İsteği

Duygusal yeme alt kategorisinde yoğun olarak ifade edilen kod olumsuz duygulara bağlı gelişen yeme isteği kodudur. K3, K4, K6, K7, K10, K13, K16, K17, K18, K20, K21, K22, K24, K25 ve K27 kodlu katılımcıların konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Şöyle kendimi bir üzgün hissedeyim işte ya da bir şeye kızayım hemen bir yeme yemek yemeye koşuyorum.” (K3)

“Sabahları poğaça yiyorum, poğaça yiyorum çünkü mutsuzum yani mutsuzum.” (K4)

“Yani yemek yeme ile mutlu olurdum çünkü mutlu değildim, yemek yemeye mutlu oluyordum.” (K6)

“Sinirlendiğimde üzüldüğümde kendimi bir şeyler yerken buluyorum.” (K7)

“Mutsuz olunca da seviyorum yani konunun pek şeyle alakası yok, galiba yani duygusal yeme bozukluğum var mı diye düşünüyorum da bilmiyorum yani emin değilim.” (K10)

“Kendini mutlu etme meselesi diye düşünüyorum ve orada bir müdahale gerekiyor. Mesela acaba şey boşlukları onunla mı dolduruyorum, belki de ben içeride duygusal anlamda bir şeylere açımdır, bunun yerine yemeği koymuşumdur ama bilmiyorumdur, böyle.” (K13)

“Yalnızlıklarımı boşluklarımı duygusal açlıklarımı o şekilde doyurmaya ve düzensiz hayata bağlıyorum.” (K16)

“Evet, bir psikolojik yanı var, şöyle bir şey bazı insanlar üzüldü mü yemiyorlar ben evet üzüldü mü yiyen kısımım yani hani sıkıntıya girdi mi yemeyi seven kısımdayım.” (K17)

“Duygusal tatmin var. Abimle ben 15 gün annesiz kalıyoruz tam emerken yani bu sürekli bir şeyleri ağza tepme isteği, sigara içmeyi ve çok yemeği çok net açıklıyor gibi diye düşünüyorum.” (K18)

“Kilo almamdaki sebepler aslında yiyerek mutlu oldum biraz böyle kızgınlıklarım falan yiyerek mesela çikolata böyle şeyler yemem ama bir elmadan bile hırsımı alırdım yani.” (K20)

“Ben stres yaptığım zaman ben hep yemek yerim bazı insanlar yemez benimki de o.” (K 21)

“Hiç yemesem bile yiyorum ben sıkılınca.” (K22)

“Şimdi bir beyni aslında zayıflamak isteyen bayanlar için önce bir beyni bitirmek zorundasın. Yani o beyninde sana devamlı yeme arzusu veriyor.” (K24)

“Yani üzüliyorum mesela ekmek yiyorum, yemek yiyorum stresli mutlu alıyorum bilmiyorum.” (K25)

“Yani moralim bozuk olduğu zaman daha çok şey yapıyorum yani, yemek yemekle mi mutlu olmak istiyorum acaba.” (K27)

Katılımcı ifadelerinde görüldüğü üzere, olumsuz duygulara bağlı gelişen yeme isteğine yönelik katılımcı ifadeleri yoğun bir şekilde aktarılmıştır. Katılımcılar, üzgünken, sıkıldıklarında, mutsuz olduklarında, birine veya bir duruma öfkelenindiklerinde yemek yediklerini ve bu şekilde bir rahatlama sağladıklarını ifade etmişlerdir. Duygusal boşluklar olarak tanımladıkları yaşam deneyimlerinde yeme isteğinin arttığını vurgulamışlardır. Duygusal yeme kategorinde olumsuz duygulara bağlı gelişen yeme isteği kodu, katılımcıların duygusal anlamda yaşadıkları zorlukların üstesinden yemek yiyerek gelmeye çalıştıklarına yönelik tartışılması gereken önemli bulgulara işaret etmektedir.

3.1.3.2.2. Olumlu Duygulara Bağlı Gelişen Yeme İsteği

Duygusal yeme alt kategorisinde yoğun olarak ifade edilen diğer kod olumlu duygulara bağlı gelişen yeme isteği kodudur. K10, K24 ve K25 kodlu katılımcıların konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Genel olarak yemek yemeyi seviyorum ya mutlu olunca da yemeyi seviyorum mesela hani böyle bir hobim var yemekle böyle bir ilişkim var, mutlu ediyor beni” (K10)

“Yani yemeyi de seviyorum, yedirmeyi de yemeyi de severim onun için engelleyemiyorum yani bilmiyorum.” (K24)

Katılımcı ifadelerinde görüldüğü üzere, olumlu duygular hissettiğinde yemek yeme isteğinin uyandığına yönelik katılımcı paylaşımları daha az yoğunlukta olmakla birlikte katılımcı paylaşımlarında dikkat çekici bir bulgudur. Bir katılımcı yemek yemeyi sevdiğini, yemek yemeyi hobi olarak tanımlayarak açıklamış bir başka katılımcı ise yemek yemeyi de yedirmeyi de sevdiğini ifade ederek kendini engelleyemediğini vurgulamıştır.

3.1.3.2.3. Gece Yeme

Duygusal yeme alt kategorisinde yoğun olarak ifade edilen diğer kod gece yeme isteği kodudur. K6, K15, K16, K22 ve K27 kodlu katılımcıların konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Geceleri kalkıp uykudan uyanıp yemek yiyorum yani.” (K6)

“Bazen oluyor ki gece uykudan uyanıp yemek yediğimi biliyorum ya. Ekmeğimin arasına domates peynir koyuyorum gece düşün saat 2, 3 kalkıp onu yiyip öyle yatıyorum.” (K15)

“Geceleri aman diyerek makarna yemişim.” (K16)

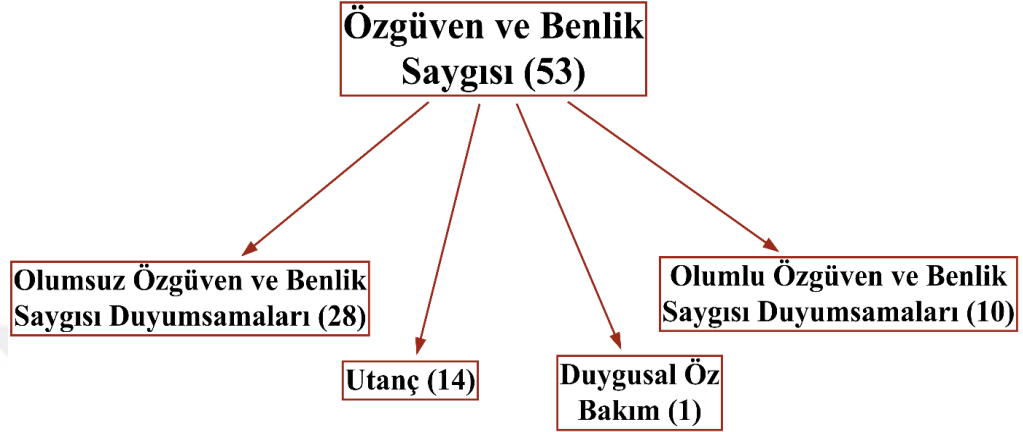
“Uyumadığım için gece yiyorum, gece yediğim için kilo alıyorum.” (K22)

“Yatarken yine o yarısını, diğer yarısını yiyorum, böyle, hep aklımda, hep aklımda. Kalktım su içeceğim, su içiyorum, pekmez vardı dolapta diyorum, tahin pekmez, hemen böyle sanki birisi beni itiyor dolaba.” (K27)

Katılımcı ifadelerinde görüldüğü üzere, katılımcılardan bazıları gece geç saatlerde yemek yemek için uyandıklarını ifade etmişlerdir. Katılımcılardan bazıları uyuyamadıkları için gece yediklerini ve gece yedikleri için de kilo aldıklarını ifade etmişlerdir. Gece yemek yiyen katılımcılar buna engel olamadıklarını ifade etmişlerdir. Obeziteye ilişkin çalışmalarda, gece yeme sendromu olarak tanımlanan yeme atakları, bireyleri uykudan uyandıran aynı zamanda uyku sorunları da yaratan bir durum olarak tanımlanmaktadır. Obezite tanısı almış bireylerde gece yeme atakları özellikle irdelenmesi gereken bir sorun alanının varlığına yönelik bulgulara işaret etmektedir.

3.1.3.3. Özgüven ve Benlik Saygısı

Duyuşsal boyut kategorisinde belirlenen üç alt kategoriden üçüncüsü olan Özgüven ve Benlik Saygısı alt kategorisinde öne çıkan kodlar Şekil 3.14.'te görülmektedir.



Şekil 3.14. Özgüven ve Benlik Saygısı

Şekil 3.14.'te görüldüğü üzere, özgüven ve benlik saygısı alt kategorisindeki paylaşımların yoğunluğu sırasıyla; olumsuz özgüven ve benlik saygısı, utanma, olumlu özgüven ve benlik saygısı ve duygusal öz bakım kodları ile anlam bulmuştur.

3.1.3.3.1. Olumsuz Özgüven ve Benlik Saygısı Duyumsamaları

Özgüven ve benlik saygısı alt kategorisinde yoğun olarak ifade edilen kod olumsuz özgüven ve benlik saygısı duyumsamaları kodudur. K3, K6, K8, K9, K11, K12, K17, K18 ve K20 kodlu katılımcıların konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Şimdi kolay kolay öyle hani çok sevdiğim, çok beğendiğim biriyle gidip de görüşmem yani asla, dese ki istersen 200 kilo ol gel görüşelim dese görüşmem.” (K3)

“Hayatımı değiştirdiği şey, obeziteli olduğumda, yani kilolu olmak benim kendime olan güvenimi bitirdi.” (K6)

“Çok emin olduğum ama kendime bile itiraf edemediğim bir şey var kilo özgüven eksikliği yapıyor. Kilo aldıkça benim özgüvenim kırıldı, daha çok kendi kabuğuma çekilmek istedim.” (K8)

“Tabi çok ciddi derecede şey oluyor bir özgüven sıkıntısı orada da yaşıyorsunuz.”
(K9)

“Kilo almaya başladıktan sonra mesela dışarı çıkmaktan çekinmeye başladım, akşam davetleri hiç ilgimi çekmedi, banka toplantılarına asla gitmek istemedim.” (K11)

“Çok daha girişken olurdum eminim. Çok fazla denemek istediğim kurs olmuştu, etkinlik olmuştur, hiç birine gitmek istemedim, yani giderim o yakışmaz bu yakışmaz yapamam hani hoş durmam, öyle şey yaptığım ertelediğim çok şey oldu, muhtemelen hepsini deneyimlemiş olurdum.” (K12)

“Çok kışkanç bir kadının onu da belirteyim, tabi ki bu kendinize güvenmekle alakalı oluyor, ben şişman olduğum için kendime güvenemiyorum.” (K17)

“Evet ruhen istediğin gibi yaşayamamak hani istediğin kadar gezememek, istediğin kadar istediğin gibi giyinememek.” (K18)

“İlk önce tamamiyle kendimi değiştirmek istiyorum çünkü ben aslında bu kimliğimden yorulmuşum.” (K20)

Katılımcı ifadelerinde görüldüğü üzere, olumsuz özgüven ve benlik saygısı duyumsamaları koduna yönelik katılımcılar birbirinden farklı pek çok alana vurgu yapmışlardır. Katılımcılar, vücut ağırlıklarının kendilerine olan güvenlerini olumsuz etkilediğini farklı örnekler üzerinden ifade etmişlerdir. Biriyle tanışmak, sosyalleşmek, girişken olmak, güvenmek, istediği gibi yaşamak içinde yaşadığı kimlikten memnun olmakla ilgili yaşadıkları zorlukların en belirgin nedeni olarak obezitenin altını çizmişlerdir. Özgüven ve benlik saygısı birbiriyle ilişkili kavramlardır. Özgüven en basit tanımı ile kişilerin kendilerine güvenmeleri anlamına gelmektedir. Benlik saygısı da bireylerin kendilerine olan saygılarının belirgin bir biçimde yaşam deneyimleri içerisinde hissedilmesi ile ilişkilidir. İnsan yaşamında özgüven arttıkça doğru orantılı olarak benlik saygısı da artmaktadır. Benlik saygısındaki düşüşün nedeni de kişilerin kendilerine olan güvensizlikleriyle ilişkili olabilmektedir. Birbiriyle karmaşık ve güçlü ilişki içerisinde olan bu iki kavram insan yaşamında doyum ve sağlıklı ilişkiler geliştirmeyi beraberinde getirmektedir. Olumsuz özgüven ve benlik saygısı duyumsamaları, olumsuz çevre ve insan ilişkilerine yönelik deneyimlerle de ilişkili olabilmektedir. Katılımcıların bu alana yönelik ifadeleri kendi içsel duyumsamalarının çevresel yansımalarla açıklanmasını beraberinde getirmiştir. Böylelikle katılımcı ifadelerinden elde edilen verilerden yola çıkarak, obezitenin

güven sarsıcı, arzulanan deneyimlere ulaşmada engel yaratan, bireylerin çevreleriyle ilişkilerinde olumsuz duygular hissetmelerine yol açan bir faktör olarak olarak özgüven ve benlik saygısını olumsuz etkilediği söylenebilir.

3.1.3.3.2. Utanç

Özgüven ve benlik saygısı alt kategorisinde yoğun olarak ifade edilen diğer kod utanma kodudur. K3, K4, K7, K8, K9, K12, K17, K24 ve K27 kodlu katılımcıların konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Kiloluyken insan içine bile çıkmam.” (K3)

“Hep kilomu örtmek istiyorum, kapatmak istiyorum” (K4)

“Sandalyeden düşünce mesela o zaman çok utanmıştım.” (K7)

“Kilolu olduğum için hep uzun saçlıydım kilomu sakladığımı düşündüğüm için.” (K8)

“Yani mesela utanırdım, eşimle de mesela çok az öyle aydınlıkta bir arada bulunmayız bulunmayı tercih etmemişimdir mesela.” (K9)

“Diyorum yok ya çok kiloluyum şimdi ne alaka yakışmaz ki falan ya kiloyla çoğu şeyi çok erteledim.” (K12)

“Dediğim gibi ben utanıyorum.” (K17)

“Ama biraz kilolu olduğun için orada giyinip küçücük bir yerde yakıştırmak gelmiyor insana.” (K24)

“Hem de böyle sanki arkadaşlarımla yanında da hani mahcup etmemek arkadaşlarımı.” (K27)

Katılımcı ifadelerinde görüldüğü üzere, utanç koduna yönelik paylaşımları kadınların kilolarını örtmek, bedenlerinin belirli bir bölümünü saklamak, insan içine çıkmamak, sosyal ilişkilerden çekinmek gibi durumları ifade etmektedir. Utanç duygusu yalnızca utancı hisseden bireylerle ilişkili bir duygu değildir. Bu duyguyu hissetmeye neden olan en önemli etken utanç hissetmemize neden olan diğer bireylerin eleştirileri, yorumları, bakışları, tutum ve davranışları olabilmektedir. Zaman zaman eşleri gibi en yakın fiziksel ve duygusal ilişki kurdukları varsayılan kişilerden utandıklarını ifade eden katılımcılar, diğer aile bireyleri,

arkadaşları ve herhangi bir sosyal ortamdaki tanımadıkları insanlardan da utandıklarını ifade etmişlerdir. Utanç koduna yönelik yoğun katılımcı paylaşımları, obezitenin hem duyuşsal hem de sosyal bir perspektif ile tartışılması gereken önemli bir bulgu olduğuna işaret etmektedir.

3.1.3.3.3. Olumlu Özgüven ve Benlik Saygısı Duyumsamaları

Özgüven ve benlik saygısı alt kategorisinde yoğun olarak ifade edilen diğer kod olumlu özgüven ve benlik saygısı duyumsamaları kodudur. K10 ve K16 kodlu katılımcıların konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“İlişkide kendine güvenmemekle ilgili bir engelim yok. Cinsellik konusunda da rahattım, yani ben bildim bileli kilolu oldum bildim bileli beğenildi, beğenildim sıkıntı yaşamadım insan içinde karışmakta bir sıkıntım yok bence hani birçok kiloluyla gözlemlediğim şey bu.” (K10)

“Benim özgüvenim tam benim dünya umurumda değil yani bakmış veya bakmamış. Kilolu olmak kötü bir şey değil tabi ki kilolu insanları da seviyoruz ben kendimi öyle de seviyorum ama bir yılgınlık yorgunluk geliyor.” (K16)

Katılımcı ifadelerinde görüldüğü üzere, daha az yoğunlukta katılımcı ifadelerinde katılımcılar vücut ağırlıklarına bağlı herhangi olumsuz bir özgüven ve benlik saygısı duyumsamasına sahip olmadıklarını ifade etmişlerdir.

3.1.3.3.4. Duygusal Öz Bakım

Özgüven ve benlik saygısı alt kategorisinde ifade edilen diğer kod duygusal öz bakım kodudur. K16 kodlu katılımcının konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

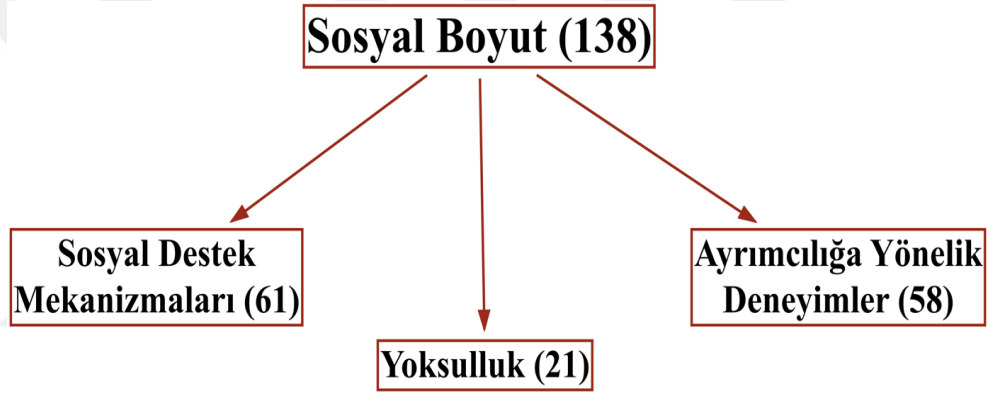
“Artık böyle konuşmayı seçtim yani kendimle konuşuyorum, yüzüyorum ben, çadırım var ve boş zamanımda bulduğum yere çadır kuruyorum, arabamla oynuyorum mesela arabaları çok seviyorum onu yıkıyorum ben mutlu bir kadınum bence, çok büyük olumsuzluklara rağmen mutlu olmayı başarmış bir kadınum.” (K16)

Katılımcı ifadesinde görüldüğü üzere, yaşanan olumsuzluklardan bir çıkış yolu bulabilmiş olmak, hobilerini, sevdiği şeyleri yapmayı, kendiyile konuşmayı, boş zamanlarında keyif aldığı aktiviteleri gerçekleştirmeyi beraberinde getirmiştir. Kendine iyi gelen bu aktiviteleri zamanla bulduğunu, olumsuz deneyimlerin üstesinden gelebilmek için

bu aktiviteleri yapmaya zaman ayırdığını ifade eden katılımcı görüşmeler esnasında obezite ile ilgili destek almak konusunda somut adımlar atmış bir katılımcıydı. Psikososyal destek, katılımcıların kendilerini en çaresiz ve umutsuz hissettikleri zamanlarda kendileri ile ilgili farkındalıklarını sağlamaya, kendilerine duygusal bakım vermeye ve duygusal bakım alabilecekleri içsel ve dışsal kaynaklara yönelmeyi sağlayabilmektedir. Bu kaynaklar bireyler için işlevsel olabilecek kaynaklardır ve bireylerin yaşamlarında değişimi dönüşümü başlatabilmektedirler.

3.1.4. Sosyal Boyut

Obezite tanısı almış kadınların gelişim boyutlarına göre değerlendirilmesi temasının dördüncü kategorisi olan sosyal boyut kategorisi Şekil 3.15.'te görülmektedir.

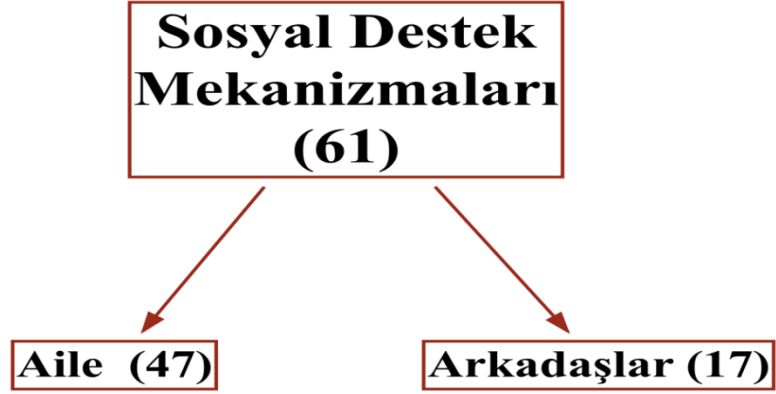


Şekil 3.15. Sosyal Boyut

Şekil 3.15.'te görüldüğü üzere, sosyal boyut kategorisinde katılımcıların ifadeleri; sosyal destek mekanizmaları, ayrımcılığa yönelik deneyimler ve yoksulluk olmak üzere 3 kategori ile ifade edilmiştir. Bu kategorilere ilişkin bulgular aşağıda sunulmuştur.

3.1.4.1. Sosyal Destek Mekanizmaları

Sosyal boyut kategorisinde belirlenen üç alt kategoriden ilki olan sosyal destek mekanizmaları alt kategorisinde öne çıkan kodlar Şekil 3.16.'da görülmektedir.

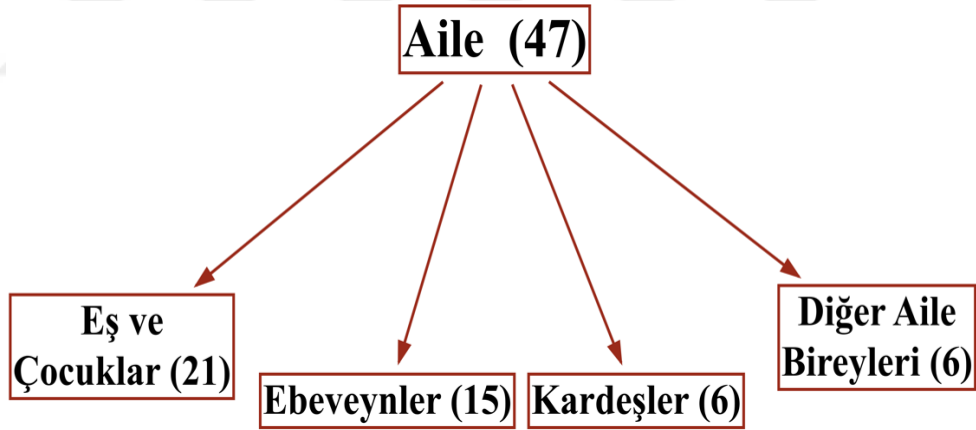


Şekil 3.16. Sosyal Destek Mekanizmaları

Şekil 3.16.'da görüldüğü üzere, sosyal destek mekanizmaları alt kategorisindeki paylaşımlar aile ve arkadaşlar kodları ile anlam bulmuştur.

3.1.4.1.1. Aile

Sosyal destek mekanizmaları alt kategorisinde yoğun olarak ifade edilen kod aile kodudur. Aile koduna ilişkin alt kodlar Şekil 3.17.'de görülmektedir.



Şekil 3.17. Aile

Şekil 3.17.'de görüldüğü üzere, sosyal destek mekanizmaları alt kategorisinde yoğun olarak ifade edilen aile koduna yönelik paylaşımların en yoğun olduğu kod eş ve çocuklardır. Daha sonraki paylaşım yoğunluğu ebeveynler, kardeşler ve diğer aile bireyleri alt kodlarında yoğunlaşmıştır.

3.1.4.1.1.1. Eş ve Çocuklar

Aile kodunda yoğun olarak ifade edilen alt kod eş ve çocuklar alt kodudur. K5, K7, K12, K15, K26, K27 kodlu katılımcıların konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Yani eşim olmasaydı daha farklı bakıyorduk, kilo vermeyi düşünüyordum, daha da hani sosyalleşmeyi arkadaş çevreyi hani genişletmeyi.” (K5)

“Eşim de hani söylüyordu uyarıyordu ve bu konularda çok böyle nazik biri değildir.” (K7)

“Kaçtığımı da hissediyorum. Annem böyle bazen bize kalmaya geldiğinde şey diyor yokmuş gibi davranıyorsun farkında mısın?” (K12)

“Söylediği sözler de bazen çok canımı yakıyor, anne çok kilo aldın anne bu halin ne böyle.” (K15)

“Benim bu kadar nefsim hâkim olamama şaşıyor çoğu zaman anlayamıyor, rahatsız olduğunu defalarca söyledi zaten, neden yiyorsun yememen gerekiyor sürekli beni uyarıyor, beni üzüyor ama hiç önem vermiyorum ben hiç dikkate almıyorum.” (K26)

“Oğlum azıcık iğneleyici konuşuyor, daha böyle kendine bak, bakmıyorsun işte dikkat etmiyorsun, şu göbeğin artık yeter falan böyle beni şey yapıyor yani, zorluyor açıkçası, üzülüyorum onun söylemlerine biraz şey konuşuyor aslında kırıcı konuşuyor oğlum, 25 yaşında.” (K27)

Katılımcı ifadelerinden görüldüğü üzere, eş ve çocuklar katılımcılar için önemli sosyal destek mekanizması olarak görülmektedir. Bu kod altındaki yoğun paylaşımlar katılımcıların eş ve çocuklarının kendilerinin vücut ağırlıklarına yönelik yorumları ve değerlendirmelerini kapsamaktadır. Katılımcılar eşleri ve çocukları tarafından vücut ağırlıklarına yönelik eleştirel ve kırıcı yorumlar aldıklarını vurgulamışlardır. Katılımcıların yaşamlarında birincil sosyal destek mekanizması olarak değerlendirilebilecek olan eş ve çocukları tarafından maruz kaldıkları olumsuz eleştiriler katılımcıları üzmemekte ve yeni deneyimler edinmeye yönelik motivasyonlarını kırabilmektedir.

Daha az yoğunlukta katılımcı ifadeleri eş ve çocuklar koduna yönelik farklı bir alana vurgu yapmaktadır. K9, K10 ve K22 kodlu katılımcıların konuyla ilgili paylaşımları şöyledir:

“Benim eşim beni böyle tanıdı, böyle kabullendi ama her zaman bana şunu söylemiştir, sağlığın için zayıfla. Ben çocuklarımdan da öyle bir şey yaşamadım belki de bu da benim şansım.” (K9)

“Anneden babadan, arkadaştan, eşten, dosttan kayınvalideden yani kuzenlerden şanslıyım yani o açıdan.” (K10)

“Kilolu bir eş olmak eşime göre, eşim kiloluyu seviyor zaten.” (K22)

Katılımcı ifadelerinden görüldüğü üzere, katılımcılar eşlerinden ve çocuklarından olumsuz bir ifade duymadıklarını ifade etmişlerdir. Eşleri katılımcıların sağlıkları hakkında endişelendiklerini daha destekleyici ve motive edici bir yaklaşımla gösterebilmektedirler. Eşlerinin empatik oldukları yönündeki bu duyumsamaları katılımcılar için sosyal boyutta önemli bir destek mekanizmasının sağlıklı işlediğini göstermektedir.

3.1.4.1.1.2. Ebeveynler

Aile kodunda yoğun olarak ifade edilen diğer alt kod ebeveynler alt kodudur. K1, K11, K12, K15, K16, K19, K26 kodlu katılımcıların konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Biz de bayanların çalışması yasaktı.” (K1)

“İşe gider, kazandığı parayı verir çok ilgilenmezdi babam gerisiyle.” (K11)

“Ama şey güzel gizlerim yani annemlerden de öyle aynı şekildeydi.” (K12)

“Yani o kadar korkardık ki babamdan herkes öyleydi. Çok böyle ne derse her şeyine he dediğimiz, her şeyine tamam dediğimiz kesinlikle karşısına geçip de baba sen şöylesin dediğimiz bir şeyimiz olmadı.” (K15)

“Aile ilişkilerimiz kötüdür, bizim ailemizde maneviyat duygusu yoktur, yani bu bizim kızımız ya da bu bizim oğlumuz bir birliktelik bir elinden tutalım, hâl hatır soralım bakalım nedir, nerede yatar mesela yatağı nasıldır, bunları mecazen söylüyorum biliyorsunuz, yaşamı nedir diyen ilgili bir ailem yok benim.” (K16)

“Kimse bana acııyor, öyle sen yaparsın, sen üstesinden gelirsin, sen başarırırsın, sen beceriklisin diye diye beni pohpohluyorlar Songül Hanım.” (K19)

“Bekârlığımda tamamen sevgisiz tamamen dışlanmış bir ailede olduğum için onu hiçbir zaman hissetmedim hala da hissetmiyorum kendimi babamın yanında, yani ailemin yanında hiç düşünemiyorum.” (K26)

Katılımcı ifadelerinde görüldüğü üzere, katılımcılar ebeveynlerinin sosyal destek mekanizması olarak destekleyici olmayan tutum ve yaklaşımlarına vurgu yapmışlardır. Katılımcı ifadeleri, ebeveynlerin, katılımcıların hayatlarında, hangi yaşta ve hangi aile yaşam döngüsünde olurlarsa olsunlar, değişmez bir sosyal destek mekanizması olduklarına işaret etmektedir. Katılımcılar ebeveynlerinin, deneyimleriyle ilgili baskıcı ve yasaklayıcı tutumlara sahip, katılımcıların hayatlarında korku figürü olma, ilgisiz olmaları ve aralarında sevgi bağlarının olmadığını vurgulamış ve bu alana yönelik özlemlerini ifade etmişlerdir.

Daha az yoğunlukta katılımcı ifadeleri ebeveynler koduna yönelik farklı bir alana vurgu yapmaktadır. K7 ve K10 kodlu katılımcıların konuyla ilgili paylaşımları şöyledir:

“Annem çok babam çok sevgi doludur, sevgilerini yansıtır, fikirlerime değer verirler, önemserler, hani hayatta aldığım kararlarda her ne kadar onların hoşuna gitmese de beni hep desteklediler, her zaman yanımda oldular destekleyici iyi bir ailede büyüdüm, çok sevgi de aldım.” (K7)

“Ben şanslıyım dediğim gibi anneden babadan.” (K10)

Katılımcı ifadelerinde görüldüğü üzere, bazı katılımcılar ebeveynlerini sosyal destek mekanizması olarak iyi bir kaynak olarak değerlendirmektedirler. Sevmek, fikirlerine değer vermek, destekleyici olmak gibi ebeveyn özellikleri katılımcıların ifadelerinde önemli bir sosyal destek mekanizmasının işlevselliğine işaret etmektedir.

3.1.4.1.1.3. Kardeşler

Aile kodunda yoğun olarak ifade edilen diğer alt kardeşler alt kodudur. K1, K2, K8 kodlu katılımcıların konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Bir şey olsa birbirimizin hemen kapısını çalabileceği ya da bir şey olduğunda hemen birbirimize yardımcı oluruz. Yani bir gün görmesek birbirimizi muhakkak telefonla ararız.” (K1)

“O şarkının şeyi ya biz böyle bir şey olduğu zaman hep böyle birbirimizle dalga geçer deriz ki işte sen işte o kadar yeme, sen de abarttın falan filan diye ondan sonra aman diyoruz, obeziz biz obeziz diyoruz.” (K2)

“Hepimiz aynı sokaktayız bir aradayız tabi herkes kendi evinde yaşıyor bazı zamanlar bir araya geliyoruz aile yemekleri yiyoruz.” (K8)

Katılımcı ifadelerinde görüldüğü üzere, bu kod altındaki paylaşımların yoğunluğu, kardeşler arasındaki güçlü ve sağlıklı ilişkilerin destekleyici yönüne vurgu yapmakta ve katılımcılar için önemli bir sosyal destek mekanizmasını işaret etmektedir. Aile yapıları içerisinde önemli bir alt sistem olan kardeşler alt sistemi bireylerin yaşamlarında önemli bir sosyal destek mekanizması olarak belirginleşmektedir. Kardeşlerin olumlu ve olumsuz yaşam deneyimlerinde birbirlerini bir sosyal destek mekanizması olarak görmeleri, ebeveynlerin kardeşler arasında büyüme süreçlerinde benimsedikleri olumlu ve destekleyici ilişkilerin de önemine yönelik bulgulara işaret etmektedir.

Daha az yoğunlukta katılımcı ifadeleri kardeşler koduna yönelik farklı bir alana vurgu yapmaktadır. K11 kodlu katılımcının konuyla ilgili paylaşımları şöyledir:

“Çok yakın değiliz çünkü büyüme sürecinde de çok yakın değildik, uzağız yani genel olarak önemli şeylerde bir aradayız.” (K11)

Katılımcı ifadesinde görüldüğü üzere, kardeşleriyle büyüme sürecinde de çok yakın ilişkiler kuramadıklarını ifade eden katılımcı ifadesi, sosyal destek mekanizması olarak kardeş ilişkisinin zayıflığına dikkat çekmiştir.

3.1.4.1.1.4. Diğer Aile Bireyleri

Aile kodunda yoğun olarak ifade edilen diğer alt kod diğer aile bireyleri alt kodudur. K1, K7, K15, K26 kodlu katılımcıların konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Evet, aile apartmanında olmak bazen gerçekten zor bir şey.” (K1)

“Annemin, babamın aileleri tarafından ben çok sevildim o konuda hani ailemle ilgili bir sıkıntı yaşamadım.” (K7)

“Manevi olarak kardeşimin karısı var azıcık bir başım dara düştüğü zaman onu ararım artık çıkmaza geldiğim zaman bunaldığım zaman o benden daha böyle cesaretidir onu ararım, anlatırım.” (K15)

“Akrabaları falan çok önemsemem çünkü samimi bulmuyorum destek vermeleri konusunda şey değiller hani samimi değiller.” (K26)

Katılımcı ifadelerinde görüldüğü üzere, diğer aile bireyleri hem olumlu hem de olumsuz ilişkiler içerisinde değerlendirilmiştir. Akraba ilişkilerinin değerlendirildiği bu koda yönelik aktarımlar, destekleyici ilişkilerin olumlu sosyal ilişkilere alan açtığını göstermektedir. Olumsuz deneyimler olabilecek değerlendirebilecek konular akrabalar ile aynı apartmanda oturmanın zorluğu ve akrabaların samimiyetine güvenmemek gibi ifadeler etrafında şekillendiği görülmektedir.

3.1.4.1.2. Arkadaşlar

Sosyal destek mekanizmaları alt kategorisinde yoğun olarak ifade edilen diğer kod arkadaşlar kodudur. K2, K11, K12, K14, K16, K20 ve K27 kodlu katılımcıların konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Ya yani çok eski arkadaşlarım var benim çok eskiden beri birlikte olduğum arkadaşlarım var. Çok şükür ki hiç öyle bir huyları yok, yani şey ay kilo almışsın falan diye ama zayıflayınca derler ne kadar hani bu hep böyle olumluyu söyleyen tipler sağ olsunlar.” (K2)

“Ama sosyal çevremde sevilen biriyim ilişkilerimde iyidir güzel bir iletişim kuruyorum.” (K8)

“Onlarla sürekli vakit geçirecek ve çok anlayışlı insanlara denk geldim, sanırım hayattaki şansım oydu.” (K11)

“En çok aileden eşimden ziyade arkadaşlarımdan daha çok talep ederim, böyle şeyler arkadaş konusunda şanslıyım.” (K12)

“Çevremde hiç kimse bana şey demiyor, aman sen kilolusun, çirkinsin demiyorlar, tam dersi diyorlar ki çok güzel bir bayansın kilon sana yakışıyor, o şekilde kendimi pek şey yapmıyorum. Çevrem bana kilomu çok yakıştırıyor.” (K14)

“15, 18 senelik çok büyük kocaman bir ailem var. Çok şanslıyım her zaman elimden tuttular, ben onların elinden tuttum hep yan yana olduk.” (K16)

“Ama iki tane arkadaşım var çok seviyorum onları onların çok fazla desteği oldu onlar zaten ameliyat olmamı istemiyorlardı.” (K20)

“Arkadaşlarımı çok seviyorum aynen onları çok seviyorum. Onlarla birlikte olunca böyle içim böyle doluyor, onlar da beni çok seviyorlar.” (K27)

Katılımcı ifadelerinde görüldüğü üzere, olumlu ve destekleyici arkadaşlık ilişkileri katılımcıların sosyal boyutta gelişimlerini olumlu etkileyen önemli bir faktör olarak görülmektedir. Arkadaşlık ilişkileri aile üyelerinden sonra bireylerin hayatlarında en önemli sosyal destek mekanizmalarını oluşturmaktadır. Çeşitli sosyal paylaşımların yaşandığı arkadaşlık ilişkileri bireylerin benlik saygıları ile ilgili duyumsamalarına da etki edebilmektedir.

Daha az yoğunlukta katılımcı ifadeleri arkadaşlar koduna yönelik farklı bir alana vurgu yapmaktadır. K3 ve K7 kodlu katılımcının konuyla ilgili paylaşımları şöyledir:

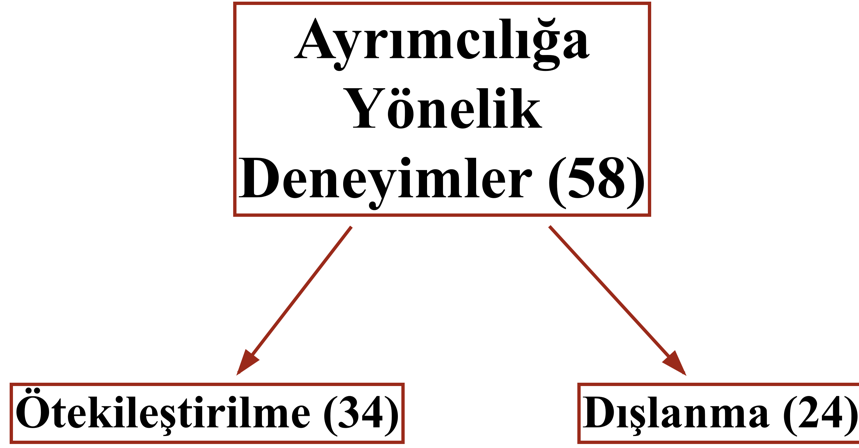
“Bir arkadaşım olsa eminim bu kadar yemezdim yani hani bu duruma gelmezdim onu biliyorum. O zaman çok yalnız kaldım, kilo aldığım dönem kimse yoktu o yüzden de bu kadar şey aldım, kötü oldum evet.” (K3)

“Yani yine çevrem vardı ama kendimi yalnız hissediyordum. Orada biraz hani başladı bu, burada arkadaşlarım yok, yani daha çok bundan kaynaklı.” (K7)

Katılımcı ifadelerinde görüldüğü üzere, katılımcılar vücut ağırlıklarındaki artışı arkadaşlık ilişkilerinin olmamasına bağlamışlardır. Arkadaşlarının olmaması katılımcıların yalnız hissetmelerine neden olmaktadır. Yalnızlık, çeşitli psikososyal sorunların gelişmesinde önemli bir faktör olabilmektedir. Arkadaşlık ilişkilerinin yalnızlık ile ilişkisi tartışılması gereken önemli bir bulguları sağlamaktadır.

3.1.4.2. Ayrımcılığa Yönelik Deneyimler

Sosyal boyut kategorisinde belirlenen üç alt kategoriden ikincisi olan ayrımcılığa yönelik deneyimler alt kategorisinde öne çıkan kodlar Şekil 3.18.’de görülmektedir.



Şekil 3.18. Ayrımcılığa Yönelik Deneyimler

Şekil 3.18.’de görüldüğü üzere, ayrımcılığa yönelik deneyimler alt kategorisindeki paylaşımların yoğunluğu sırasıyla; ötekileştirilme ve dışlanma kodları ile anlam bulmuştur.

3.1.4.2.1. Ötekileştirilme

Ayrımcılığa yönelik deneyimler alt kategorisinde yoğun olarak ifade edilen kod ötekileştirilme kodudur. K1, K2, K3, K4, K6, K17 ve K20 kodlu katılımcıların konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Önemli bir tane olaya şahit olmuşum mesela bir doktorun kalkıp da bir bayana bu kilon çok fazla sen bu kiloyu ver ondan sonra gel demesi çok yanlış geliyor.” (K1)

“Geçen gün kimdi ya kapıda yan dükkâna bakmaya gelmiş bir adam tatlıcıymış bana diyor ki, siz de tatlıya düşkünsünüz herhalde, hâlbuki hiç değilim yani ama karşıdan bakan öyle diyor size yani o da biraz edepsizdi ama neyse.” (K2)

“Ailenin de o uyarıyı yapmakta hakkı var hakikaten onu hissediyorsun, yani sana toplum onu hissettiriyor.” (K2)

“6,7 ve 8. sınıfta hep bir ötekileştirilme başarısızlık da vardı.” (K3)

“Kimseyi hayatıma almadım yani ondan sonra bir de korkuyordum zaten hani yani bu durumu fark ederlerse bana farklı yaklaşırlarsa.” (K4)

“Toplum içerisindeyiz, yani mesela iş yerinde bile bazı arkadaşlar, ay çok kilo aldın sen, diyor ki işte bu kıyafet sana olmamış, yakışmamış gibi kilolusun ya, bunlar da psikolojik olarak etkiliyor sonra tekrar yemeye başlıyorsunuz.” (K6)

“Dokunduğunda ay yine bu işte böyle falan filan diyecek mi hani içinden ne geçiriyor diyorsunuz.” (K17)

“Babam bizi çok bozdu, sen çok kilolusun, sen şöylesin sen böylesin. Ya çok ağladım, milletin içinde beni bozuyor, milletin içinde beni rencide ediyor, bir gün bana dedi ki şu haline bak dedi ayı gibi oldun iyice dedi.” (K20)

Katılımcı ifadelerinden görüldüğü üzere, katılımcılar hem aile üyeleri, arkadaşları hem de toplumdaki diğer bireyler tarafından ötekileştirilmeye maruz kaldıklarını ifade etmişlerdir. Ötekileştirilmeye yol açan farklılıklara yönelik en yoğun vurgu vücut ağırlıklarıdır. Psikolojik olarak da bu tutumlardan etkilendiklerini ifade eden katılımcıların sosyalleşmek ile ilgili çekimser davrandıkları görülmektedir. Sosyalleşme alanlarında karşılaştıkları ötekileştirilme deneyimleri, katılımcıların aile ve toplum içinde daha çekingen ve utangaç olmalarına yol açabilmektedir. Katılımcıların paylaşımları, obezitenin sosyal etkilerinden biri olan ötekileştirilmeye yönelik toplumun diğer bireylerinin kendilerinden farklı özelliklere sahip olan bireylere yönelik tutum, davranış ve eleştirilerini tartışmak açısından önemli bulgulara işaret etmektedir.

3.1.4.2.2. Dışlanma

Ayrımcılığa yönelik deneyimler alt kategorisinde yoğun olarak ifade edilen diğer kod dışlanma kodudur. K1, K2, K3, K6, K7, K9, K10, K12, K15, K17, K18, K19, K22, K26 ve K27 kodlu katılımcıların konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Ortamlarda evet kilolusun böylesin şöylesin o sıkıntı veriyor. Benim ailemde de bir şey olsa sen kenara çekil sen kilolusun, sen oraya sığmazsın, onlar oluyor. Bazen ailece yaptığımız günlerimiz vardır bizim orada yapılan her şeyi onlarla birlikte yemiyorsun çünkü sen kilolusun oluyor onu yersen sen tabağını da bitirdin, sen daha çok kilo alacaksın olayı oluyor. Arabaya biniyorsun, arabada kilolusun ileri git ya da sıkıştırıyorlar, neymiş sen çok kilolusun.” (K1)

“Bana da yani söylemiyor insanlar çok ama insanların böyle bakışlarından anlıyorsun. Hani bazen mesela bir elbiseyle ilgili falan yaptığım yorumda falan böyle sessiz kalmalarından acı gerçeği anlıyorum.” (K2)

“Yani küçükken çok dalga geçiyorlardı, onu hatırlıyorum çocuklar yani kendimi çok kötü hissediyordum ve çok ağlıyordum, onu hatırlıyorum. Okula devam etmiyordum falan yani pek sevilen hatta öğretmenlerim tarafından da sevilen bir öğrenci değildim.” (K3)

“Nasıl diyeyim, sanki kilolu olunca toplum tarafından da dışlanıyormuşsunuz gibi.”
(K6)

“Öğretmenim ve ortaokulda çalışıyorum, biliyorsunuz, ergenler bu konuda da acımasızdır yani direkt bir şey söylemeseler de hareketleriyle, bakışlarıyla fark ediyorum.”
(K7)

“Ben önceden kilolu insanları gördüğümde hep sen bu kiloya gelene kadar aklın neredeydi nasıl fark etmedin niye durmadın derdim.” (K8)

“Kilolu bir insansanız eş olarak bile insanlar tercih etmiyor, diyor ki, ben bunu mu taşıyacağım yanımda. Mesela bir gün birisi bana şöyle dedi, ne dedi ya dedi, çok güzel bir bayansın ama dedi bu ne kilo ya sana yakışıyor mu dedi, herkesin içinde.” (K9)

“Ya bir kere kilolu olmak çok büyük bir ön yargı veriyor insanda ama haklı olarak veriyor. Ben mesela kilolu bir insanım, kilolu bir eşim olsun ister miyim, tercihen istemem.”
(K10)

“Böyle o şeyleri bile insanlara ne biliyim hani bakışı bile hissedersin ya zaten çünkü bakarlar.” (K12)

“Bazen diyor ki, oğlumla beraber gittiğimiz zaman diyorlar ki oğluna bir şey yedirmiyorsun kendin mi hep yiyorsun. Kızla ikiniz yemişsiniz, oğlana bakmamışsınız öyle diyorlar.” (K15)

“Kimsenin bana bunu hani rencide etmek için söylediğini düşünmüyorum, dostane yaklaştıklarını düşünüyorum ama hani dediğim gibi dışarıdan çok hani fazla tanımadığım insanlar olarak yorumlayabilirim.” (K17)

“Ailenin çeşitli fertlerinden sağdan soldan insanlar çok hadsiz olabiliyorlar ama dediğim gibi bir şeyde hani bu konudaki en acımasız insan gene sizin aileniz oluyor maalesef yapacak bir şey yok yabancılar bir tık sonra gelir.” (K18)

“Diyorum ki onun hepsini yiyecek misin, yiyeceğim ne var senin gibi kilolu muyum, hani ben yediğimi yakıyorum demek istiyor bana. Mesela, mesela diyelim ki uçakta birkaç kere başıma geldi, yan yana oturmuşuzdur işte ah, uh, püf yapmıştır mesela böyle hani ben kiloluyum ya o sıkışamıyor yanıma rahat oturamıyor ya da ben onun koltuğunu zapt ediyorum gibi böyle şeylere denk gelmişimdir.” (K19)

“Millete artık pek belli etmiyorum, belli bir yaştan sonra da milleti umursamıyorum.”
(K22)

“Bekârlığımda tamamen sevgisiz, tamamen dışlanmış bir ailede olduğum için onu hiçbir zaman hissetmedim.” (K26)

“Etkilenirim, üzülürüm, bir şey söylemem ama o an o kişiyi hani ortamda bozmak istemem ama etkilenirim, etkisinde kalırım.” (K27)

Katılımcı ifadelerinde görüldüğü üzere, katılımcılar hem aile üyeleri, arkadaşları hem de toplumdaki diğer bireyler tarafından dışlanmaya maruz kalmaktadırlar. Dışlanma, bireylerin diğer bireylerden farklılaştıkları özelliklerinden dolayı toplumun genel normlarına uygun olmadıklarını ifade etmek için kullandıkları dil, tutum ve davranışlarını içeren bir kavramdır. Katılımcıların dışlanmaya maruz kalmalarına yol açan vücut ağırlıkları diğer bireyler tarafından, katılımcıları rahatça dışlamalarına neden olabilecek bir faktör olarak değerlendirilmektedir. Katılımcı ifadelerinden elde edilen bu veriler, obezitenin toplum tarafından yaygın bir biçimde bir iradesizlik, *tembellik, aşırı ve kontrolsüz yeme* ile ilişkili olabileceğine yönelik düşüncelerine işaret etmesi açısından önemli bir tartışma alanı açmaktadır.

3.1.4.3. Yoksulluk

Sosyal boyut kategorisinde üç alt kategoriden üçüncüsü olan yoksulluk alt kategorisinde K1, K4, K5, K8, K9, K13, K21, K23 ve K25 kodlu katılımcıların konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Nasıl anlatsam annemler fakir bir aileydi, zor bir yaşam oldu ilk başlar, zaten üç numaralı abim de okuyordu, onun masrafları şu bu, babam beni okutmak istedi ama kendi kafamdan okumamıştım, şimdi çok pişmanım.” (K1)

“Ekonomik sorunlardan dolayı anne babanın sürekli işte hani kavga etmesi yani maddi konulardan dolayı beni bayağı etkiliyordu.” (K4)

“Valla en düşüğü benim eşim alıyor 10 milyar maaş işte ne bileyim yarı aç yarı tok diyeyim, öyle.” (K5)

“Ucu ucuna yettirmeye çalışıyoruz, ameliyat için de kredi çekmek durumunda kaldık, bebeğimiz var çünkü çok masrafımız var bir yandan da bu ameliyatı olmak istiyorum.” (K8)

“Ekonomik kısıtlılıklardan kaynaklı daha da nasıl söyleyeyim işte hiçbir şey bulamasa annem bir makarna keserdi, hemen bir hamur yoğururdu ya da bir gözleme yapardı işte yanına bir çay demlenirdi ya da bir ayran yapılırdı. Ondan sonra yani biz sağlıklı beslenmezdik karın doyururduk. Çok kalorili ama niye ucuz diye öğün kapatıyoruz.” (K9)

“Sabah kalkınca ben avokado şey yapamıyorum, soyamıyorum kendime yani ben simit bulduğuma dua ederken avokadoyu nereden bulacağım.” (K13)

“Hayatın pahalılığı, ev kiralari, evin böyle kiracıyım, 10 binden aşağı kira yok, ev sahibi çıkmamı istiyor ama on bin kira, elektrik, doğalgaz çoluk var çocuk var.” (K14)

“Mutfağa işte yetiştiremiyorsun ki, birini alıyorsun birini alamıyorsun, yoğurt alıyorsun yumurta alamıyorsun, yumurta alıyorsun yoğurt alamıyorsun, yani sana nasıl diyeyim et girmez eve bayramdan bayrama.” (K21)

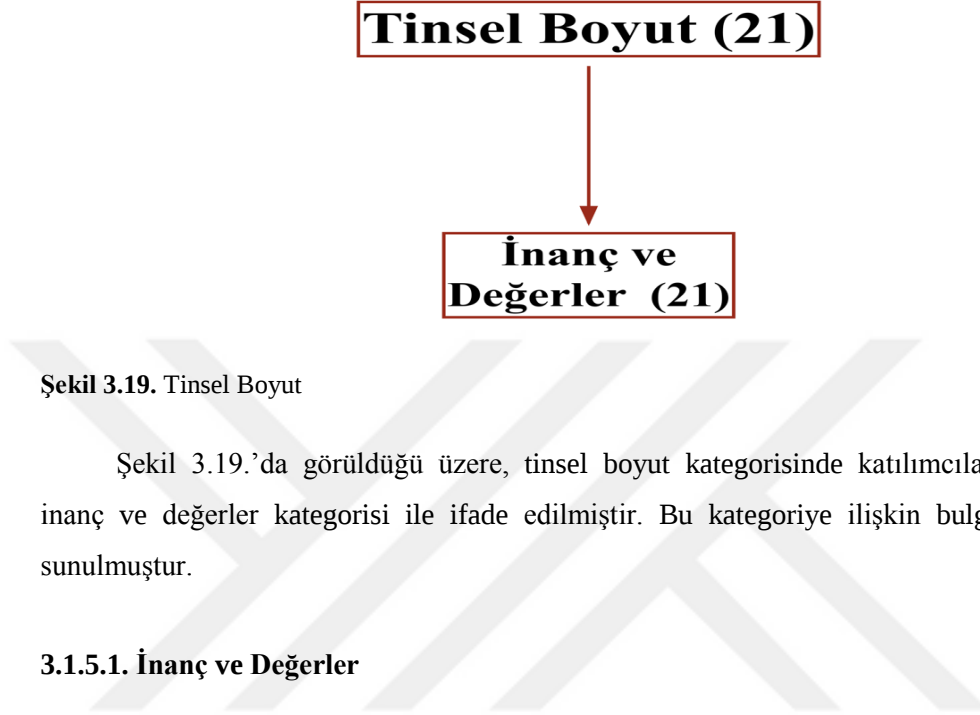
“Yani herkes belki kiloyla mücadele etmek için o dengeli, yeterli beslenmeyi tercih eden insanlar ne kadar karşılayabilir konusunda şüpheleriniz oluyor. Millet ekmeğe dayanıyor yani ekmek iki dilim yiyecek hani yeri geliyor bir ekmek yiyorlar.” (K23)

“Mesela kira veremiyoruz borcumuz var halen daha var halen daha var, bir yerden bir destek alamıyorum. Evde yağ yok mesela her şey yok evde, çok zor geçiyoruz yani, gün oluyor oluyor, gün oluyor olmuyor mesela hiç et eve girmiyor et. Yer yatağı var, bir baza bile alamıyorum. Yani ölsem daha iyi kafamı dinleyeceğim, orada kafamı dinleyeceğim.” (K25)

Katılımcı ifadelerinde görüldüğü üzere, ekonomik güçlükler ve zorluklar katılımcıların sosyal boyutta gelişimlerini sağlıklı sürdürmelerinde önemli bir engel oluşturmaktadır. Sağlıklı ve dengeli beslenmenin en temel ön koşulu sağlıklı ve dengeli beslenmeye yardımcı gıdaların temin edilmesinden geçmektedir. Katılımcıların beslenme alışkanlıklarının karbonhidrat temelli besin değerleri açısından oldukça zayıf besinlerden oluştuğu görülmektedir. Ekonomik kısıtlılıklardan dolayı mecburen tüketilen bu besinler katılımcıların vücut ağırlıklarında artışa ve sağlık sorunlarına neden olabilmektedir. Yoksulluk günümüzde obezite alan yazınında tartışılan konuların başında gelmektedir. Yoksulluğa bağlı obezite oranlarında artışın gözlemlendiği az gelişmiş ülkelerde bireylerin sağlıklı, dengeli ve yeterli beslenememelerine bağlı aşırı kilolu olma ve obezite tanısı alma gibi sorunlar yaşadıkları görülebilmektedir.

3.1.5. Tinsel Boyut

Obezite tanısı almış kadınların gelişim boyutlarına göre değerlendirilmesi temasının beşinci kategorisi olan tinsel boyut kategorisi Şekil 3.19’da görülmektedir.



Şekil 3.19. Tinsel Boyut

Şekil 3.19.’da görüldüğü üzere, tinsel boyut kategorisinde katılımcıların ifadeleri; inanç ve değerler kategorisi ile ifade edilmiştir. Bu kategoriye ilişkin bulgular aşağıda sunulmuştur.

3.1.5.1. İnanç ve Değerler

Tinsel boyut kategorisinde tek alt kategori inanç ve değerler alt kategorisinde K3, K5, K6, K11, 16 ve K19 kodlu katılımcıların konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Sessizce oturur ve ölmeyi beklerim diyebilirim, yani baş etme baş edemiyorum ya çok üzülüyorum.” (K3)

“Artık tek bir şeyim o yani kendimle ilgili bir şey yok bu dünyada.” (K5)

“Çünkü dünyaya bakış açısı, yani bazen kilolu olduğun zaman, istediğin hani hep aynı şeyleri söylüyor diyor olabilirsiniz ama bazen insan kilo veremediği zaman bazen çoğu kez yaşamak bile istemedim ben. Neden çünkü istediğin her şey kısıtlı, kilo veremiyorsun, gerçekten o durumlar da oldu yani bende, istediğin bir şeyi giyememek, kilo, sağlıklı olamamak.” (K6)

“Yani durum hani ne için yaşadığını böyle bir sorguluyorsun ya aslında yani sağ çıktığımı düşünmüyorum açıkçası. Bunu böyle bir savaş gibi düşünelim, çok da sağ çıktığımı düşünmüyorum da işte hafif kayıplarla atlattığımı düşünüyorum. Biraz böyle kayıp gibi hissediyorum kendimi, yani biraz kayboldum açıkçası “ (K11)

“Ben hep böyle dua ederim, namaz kıldım Allah’a sığındım ve şunu fark ettim şu 12,13 yılım boşa geçmiş bu sebepten dolayı. Kendimle mücadelelerim farklı olurdu bugün yaşadığım hayatı 12,13 sene önce yaşardım arada bir zaman ziyan oldu.” (K16)

“Ben oturarak namaz kılıyorum bak bu çok üzüyor beni. Hani ibadetimi bile kısıtlı yapabiliyorum. Bunu özellikle not almanızı istiyorum. Yani yaptığım ibadetin feyzini alamıyorum.” (K19)

Katılımcı ifadelerinde görüldüğü üzere, obeziteyle ilişki deneyimler katılımcıları yalnızca fiziksel olarak değil, psikolojik ve duygusal olarak da zorlamaktadır. bu deneyimler katılımcıların hayata bakış açılarını, inanç ve değer sistemlerini de olumsuz etkileyebilmektedir. Katılımcılar üzüldüklerini, baş edemediklerini, hayatı bir savaşa benzeterek, bu savaştan sağ ancak bazı kayıplarla çıktıklarını, zaman zaman da ölmeyi beklediklerini, hayattan bir beklentilerinin kalmadığını ifade ederek, bu deneyimin en zorlayıcı alanlarına ilişkin paylaşımlarda bulunmuşlardır. Obeziteye bağlı yaşanan sorunların ve bu sorunlarla mücadelenin çok fazla zaman aldığını ve bu geçen zamanı kayıp olarak gördüklerini ifade eden bazı katılımcılar Allah’a sığınarak, ibadet ederek üstesinden gelmeye çalıştıklarını ifade etmişlerdir. Gelişimde tinsel boyut bireylerin deneyimlerine yönelik hislerini, tutumlarını, yaklaşımlarını, inanç sistemlerini ve değer yargılarını oluşturan ve bireyin başat mekanizmalarına yönelik farkındalıklarını kapsayan bir gelişim boyutudur. Tinsel boyuta yönelik paylaşımlar göstermektedir ki, katılımcıların en zorlandıkları zamanlarda başvurdukları baş etme mekanizmaları oldukça kısıtlıdır.

Daha az yoğunlukta katılımcı ifadeleri inanç ve değerler koduna yönelik farklı bir alana vurgu yapmışlardır. K8, K14, K22, K24 ve K27 kodlu katılımcıların ifadeleri şöyledir:

“Sağlığın çok önemli olduğunu anladım.” (K8)

“Yok, etkilemedi.” (K14)

“İnanç anlamında, motivasyon anlamında biz kendimizle dalga geçiyoruz.” (K22)

“Yani alıştım da yani tamam şey ama alıştım da yani demek ki bir yaştan dolayı hani zaten birçok böyle bir şeyim yok, rahatsız oluyorum ama şeylerim yok yani böyle çok da isyan edecek bir şeyim yok.” (K24)

“Manevi olarak arkadaşlarımız gerçekten hiç yalnız bırakmadılar.” (K27)

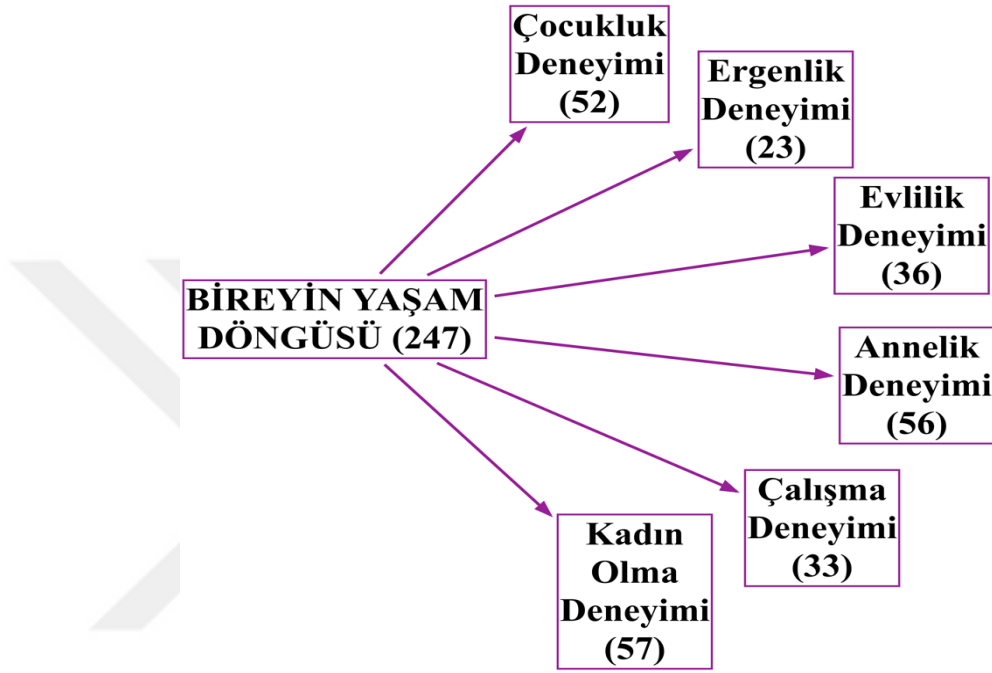
Katılımcı ifadelerinde görüldüğü üzere, bazı katılımcılar inanç ve değer yargılarında herhangi bir değişikliğin olmadığını, yalnızca sağlığın önemini anladıklarını, diğer obezite tanısı almış aile bireyleriyle mizahı kullanarak baş etmeye çalıştıklarını, obeziteye bağlı yaşadıkları sorunları isyan edecek bir durum olarak görmediklerini ve arkadaşlarının manevi desteğini hissettiklerini paylaşmışlardır. Tinsel boyuta yönelik bu daha az yoğunluktaki paylaşımlar bazı katılımcıların beş etme mekanizması olarak aile ve arkadaş bireylerinden güç aldıklarını göstermektedir. Bu güç katılımcıların içinde yaşadıkları çevrenin kapsayıcılığına ve destekleyici fonksiyonuna işaret etmektedir.

3.2. Bireyin Yaşam Döngüsü

Ana temalardan ikincisi olan bireyin yaşam döngüsü çocukluk dönemi deneyimleri, ergenlik dönemi deneyimleri, evlilik deneyimleri, annelik deneyimleri, çalışma deneyimleri ve kadın olma deneyimlerinden oluşmaktadır. Bu araştırmada obezite tanısı almış kadınların sosyal hizmet gereksinimlerinin değerlendirilmesi aile yaşam döngüsü perspektifine dayanmaktadır. Aile yaşam döngüsü bireyin yaşamını sürdürdüğü ailenin yaşamsal süreçlerini değerlendirmemize ve bireylerin yaşam deneyimlerine yönelik bilgi almamızı sağlayan kuramsal bir yaklaşımdır. Araştırmancının katılımcıları altı aile yaşam döngüsü evrelerinde, genç yetişkin, evli, evli ve çocuklu, okul çağında çocuğu olan, çocukları evden ayrılmış ve yaşlılık, emeklilik gibi süreçleri deneyimleyen kadınlardır. Araştırmada aile yaşam döngüsüyle birlikte bireylerin yaşam döngülerine yönelik bulgular da yoğun bir şekilde verilere yansımıştır. Bireyin yaşam döngüsü kadınların yaşam deneyimlerinde dönüm noktaları sayılabilecek, kendi yaşamlarının farklı dönemlerinde yaşanan yaşam olaylarını tanımlamaktadır. Bireyin yaşam döngüsü teması çocukluklarında, ergenliklerinde, evlilik ve annelik süreçlerinde, çalışma yaşamlarında ve kadın olmaya yönelik deneyimledikleri yaşamsal durumları ve olayları kapsamaktadır. Bu temayı şekillendiren ifadeler kadınların yaşam döngülerinde deneyimlerini keşfetmeye yönelik yöneltilen sorulara verilen yanıtlardan oluşmaktadır. Bu temaya ait bulgular, obezite tanısı almış kadınların; (3) Çocukluk dönemi yaşantıları ve aileleriyle ilişkileri nasıldır? Bu dönemdeki yaşam deneyimlerinin obezite ile ilişkisini nasıl ilişkilendirmektedirler? (4) Ergenlik dönemi yaşantıları nasıldır? Aileler bu dönemde kadınların deneyimlerine nasıl yaklaşmaktadır? (5) Evlilik deneyimleri nasıldır, evlilik süreçlerindeki gelişimsel yaşam olaylarını nasıl deneyimlemektedirler? (6) Annelik deneyimlerini nasıl tarif etmektedirler, bu deneyimle gelişen yaşantılara yönelik değerlendirmeleri nasıldır? (7) Çalışma deneyimleri nasıldır, bu deneyimler kadınlar tarafından nasıl tarif edilmektedir? Araştırma soruları ile ifade edilen amaçlara ulaşmak için yapılan analizlerden oluşmaktadır. Bu verilere ulaşmak için sorulan

sorulara kadınların bireysel yaşam döngüsü süreçlerini keşfetmeye odaklanılmış ve obezitenin farklı aile yaşam döngülerinde yer alan kadınların hayatlarında, bireysel olarak nasıl deneyimlendiğinin keşfedilmesi amaçlanmıştır.

Bireyin yaşam döngüsü temasına ait bulgulara bu bölümde yer verilmiştir. Bireyin yaşam döngüsü teması Şekil 3.21.'de görülmektedir.

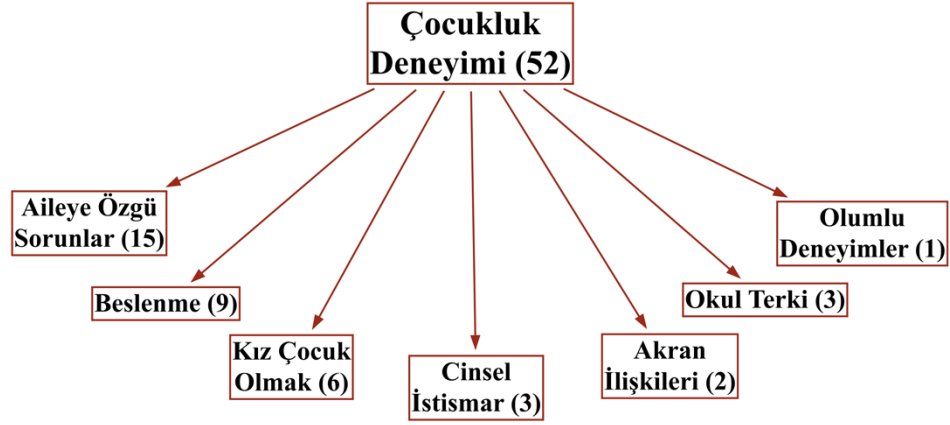


Şekil 3.21. Bireyin Yaşam Döngüsü

Şekil 3.21.'de görüldüğü üzere bireyin yaşam döngüsü teması 6 kategoride incelenmiştir. Bunlar (1) çocukluk deneyimi (2) ergenlik deneyimi (3) evlilik deneyimi (4) annelik deneyimi (5) çalışma deneyimi ve (6) kadın olma deneyimi kategorileridir. Aşağıda her bir kategoriye yönelik bulgular sunulmuştur.

3.2.1. Çocukluk Deneyimi

Bireyin yaşam döngüsü temasının ilk kategorisi olan çocukluk deneyimi kategorisi Şekil 3.22.'de görülmektedir.



Şekil 3.22. Çocukluk Deneyimi

Şekil 3.22.’de görüldüğü üzere, çocukluk deneyimi kategorisinde katılımcıların ifadeleri; aileye özgü sorunlar, beslenme, kız çocuk olmak, okul terki, akran ilişkileri, cinsel istismar ve olumlu deneyimler olmak üzere 7 kod ile ifade edilmiştir. Bu kodlara ilişkin bulgular aşağıda verilmiştir.

3.2.1.1. Aileye Özgü Sorunlar

Aileye özgü sorunlar alt kategorisinde en yoğun paylaşımın olduğu kod aileye özgü sorunlar kodudur. K1, K2, K3, K4, K7, K8, K9, K11, K12, K13, K17, K18 ve K27 kodlu katılımcıların konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Hastalığını duyduğumuzda zaten babada 15 yaşındaydım o zaman, onu şey yaptığımızda babam da bayağı bir sıkıntı çekmiştik ama annede gerçekten iki sene bir hastane hayatımız oldu ve o hastane hayatı çok zorlu bir süreçti.” (K1)

“Konuşurken çok böyle çocukluğundan, ailenden, bahset kısımlarında çok detaya girmedim belki ama yani düşününce hakikaten ne geliyorsa oradaki stresten başlıyor.” (K2)

“Bu arada benim annem babam ayrı, ondan da bahsedeyim, küçükken ben küçükken ayrıldılar. İlkokul dönemlerimde başarısız bir öğrenciydim ancak liseye geçtiğimde başarılı bir öğrenci olmaya başladım ama o zaman da kiloluydum.” (K3)

“Yani annem ev hanımıydı, bilinçsizdi bize nasıl davranacağını pek fazla bilmiyordu böyle baba işe gidip gelen bir insandı, biraz sorumsuz birisiydi.” (K4)

“Benim annem bana hamileliğinde son zamanlarda bir rahatsızlık geçirmiş ve bayağı kötü bir ishal olmuş ve doğum hani ben doğduğumda çok zayıfmışım ve ben doğduğumda

çok zayıf olduğumdan annem çok korkmuş ve annemin sütü kesilmiş, beni hani büyütmek için köyde ne kadar kadın varsa hepsinin sütünü içmişim, bir ay içinde filan toparlanmışım. Daha sonra şimdi ben kilomla ilgili psikologa gittim. Orada psikolog hanım bana bunu söyledi. Hani siz annenizin gözünde o korkuyu görmüşsünüz dedi.” (K7)

“80 dönemi biz 76, 80 dönemi neredeyse çocuklarıyız çok hatırlamıyorum ama babam o süreçte tabi çok fazla eziyet görmüş. Bu sokağa girse dayak yemiş, öbür sokağa girse dayak yemiş, sürekli bize şey derdi sakın ağzınızı açmayın, sesinizi çıkarmayın, şöyle yapmayın bu tabi ki özellikle bende ciddi bir özgüvensizlik oluşturdu. Yani bunu aşmak çok zaman aldı. Benim hayatımdaki böyle okulda parmağımı bile kaldıramıyorum mesela bildiğim bir şeyi söyleyemiyordum ya yanlış söylersem ya bana gülerlerse ya şöyle yaparlarsa falan filan tarzında yani böyle sakın bir çocukluğum vardı.” (K9)

“Ablam hastaydı benim bir rahatsızlığı vardı mesela böbrekleri ile ilgili doğuştan gelen bir şeydi ve benim çocukluğumun büyük bir kısmı ablamın hastane sonuçları, hastaneye gitmesi küçük çocuk olduğum için hep yanında girip çıkarak geçmiştir.” (K11)

“Anneyle babayla çok onu hatırlamıyorum çünkü ikisi de babam bankacı çok geç geliyordu. Annem de operada kostümcüydü, annem de geç geliyordu bir de geliyor büyük ev, evin gelir gelmez mutfığa girip işte yemek hazırlıkları sonra yemek bitiyor bulaşıktır temizliktir. O yüzden biz böyle hep kendi aramızda ortada büyüdük yani kuzenlerim ben ablam hani öyle çok başımızda büyük yoktu.” (K12)

“Annesi yüzünden işte bu evdeki çatışma, gelin kaynana çatışması bize de yansdı.” (K13)

“O zamanlar mesela teyzemin eşi bile benimle ilgili söz söyleme hakkına sahipti. Ben bundan çok rahatsız olduğumu her seferinde söyledim ve biz huysuz çocuk kız kardeşimle ikimiz biz biraz asi çocuk olarak yorumlanırdık.” (K17)

“7 aylık bebekken emzirirken annem beni evde bir sıkıntı oluyor. Babam zaten yok ortada babaannemle bir sıkıntı oluyor. Annemin babası olaya denk geliyor ve annemi alıp gidiyor. Biz kalıyoruz geride abimle ben 15 gün annesiz kalıyoruz.” (K18)

“Gidiyordu bu sefer, dışarıda içiyordu. Bu sefer taksiyle gelince bu sefer, tabi taksiciler indiriyor hani bunlar benim hani babamı, annem 5, 6 yaşında anlatıyordu. Ben de böyle hayal meyal hatırlıyorum. Babam eve gelince ben böyle masanın altına, işte o zamanlar divanlar vardı, divanların altına saklanırmışım.” (K27)

Katılımcı ifadelerinde görüldüğü üzere, aileye özgü sorunlar kodu altında katılımcıların çocukluklarında ailelerinde yaşanan ve katılımcıların çocukluk deneyimlerinden bahsederken özellikle vurguladıkları deneyimlere yönelik bulgulara yer verilmiştir. Bu deneyimler katılımcıların çocuklukta, aile üyelerinden birinin hastalığı, ailedeki stresli yaşam olayları, annelerinin katılımcılara hamileyken ve katılımcılar bebekken yaşadıkları sorunları, ebeveynlerin bağımlılıkları, ebeveynlerin boşanması ve Türkiye'nin o yıllardaki sosyo-politik koşullarından kaynaklanan olumsuz deneyimler gibi olumsuz çocukluk deneyimlerini kapsamaktadır. Katılımcılar bu deneyimlerin bazılarını anne karnında bebeklikte deneyimlemişler ve başka birinin aktarımlarından öğrenmişlerdir. Bu tür bilgileri katılımcıların aile üyelerinden nasıl ve hangi bağlam içerisinde öğrendikleri, katılımcıların kendi bebeklik veya çocukluk deneyimleri hakkındaki görüşlerini etkilemektedir. Örneğin annesinin kendisine hamileyken, rahatsızlandığını ve ishal olduğunu, kendisinin çok zayıf bir bebek olduğunu, annesinin çok korktuğunu ve sütünün kesildiğini ve kendisini başka kadınların emzirdiğini ifade eden katılımcının ifadelerinde de görüldüğü üzere yaşamının yetişkinlik evresinde psikoloğa gittiğini ve bu bilgiyi paylaştığını görmekteyiz. Psikoloğun kendisine *annenizin gözünde o korkuyu görmüşsünüz* ifadesi ile bu katılımcı annesine yönelik endişe duyduğu, korktuğu ve annesinin kendisine yönelik yaklaşımlarını görüşmenin ilerleyen bölümlerinde de değinmiştir. Bebekliğinde annesi kendisini emzirirken, evde bir sıkıntı yaşandığını ve annesinin babasının gelip annesini alıp gittiğini ve 15 gün annesiz kaldığını ifade eden katılımcı bu deneyimin anne sütü emdiği bir dönemde yaşanmış olmasının öfkesini *babam zaten ortalarda yok* ifadesi ile dile getirmiştir. Aile bireylerinin hastalıklarından dolayı hastaneye çok fazla gidip gelmek zorunda kaldıklarını ifade eden bazı katılımcılar, bu deneyimin zorlayıcılığını çocukluklarının hastaneye gidip gelmekle geçtiğini vurgulayarak ifade etmişlerdir. İlkokul döneminde başarısız bir öğrenci olduğunu belirten katılımcı ifadelerinde, anne ve babasının da kendisi ilkokuldayken ayrıldığına yönelik bir vurgu mevcuttur. Babasının alkolik annesinin ilgisiz bir anne olduğunu vurgulayan bazı katılımcılar ailedeki bu olumsuz deneyimlerin kendileri üzerindeki etkilerini yine görüşmelerin ilerleyen bölümlerinde ifade etmişlerdir. 1980 dönemi Türkiye'sinde babasının şiddet gördüğünü ifade eden bir katılımcı, babasının yaşadığı olumsuz deneyimlerin kendilerini yaşamın ilerleyen yıllarında nasıl etkilediğini paylaşmışlardır. Bu veriler, Türkiye'nin sosyo-politik koşullarının o yıllarda yaratmış olduğu şiddet ortamından etkilenen bir kuşağın çocuklarına yönelik düşünülmesi gereken önemli bir bulguyu ortaya koymaktadır.

3.2.1.2. Beslenme

Çocukluk deneyimi kategorisinde yoğun olarak ifade edilen diğer kod beslenme kodudur. K3, K8, K12 ve K18 kodlu katılımcıların konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Şöyle söyleyeyim yani beni zaten suçlayamazlar, ben bana bu kadar yemeği yedirenler onlar beni düşündüğüm yani çocukken o kadar şeyi veren onlar.” (K3)

“Çocukluk anılarıma baktığım zaman babamın annemin bana zorla yemek yedirdiği anlar aklıma geliyor, ben koltuğun arkasına saklanırdım bazen kendimi tuvalete kitlerdim yemek yememek için. İlkokul ikiden sonra tabi zayıf bir kız olarak kalmadım, sonrasında bana zorla yemek yediren ailem önümden yemek almaya başladılar bu sefer. Babam yatmadan önce vitamin olsun diye meyve sıkardı ablama büyük bardakta doldurup verirlerdi, ben de küçük çay bardaklarında içerdim, o zamanlarda evlat ayrımcılığı yapılıyor diye düşünüp kızardım. Şimdi böyle zayıf bir durumdan hızlı bir şekilde kilo artışı başladı.” (K8)

“Bana az koyardı ya da böyle sen bir tane ye falan yapardı böyle şey yapardı ya da ben bakıyor çok yiyorum alırdı mutfağa götürdü hani gözümün önünde olmasın, canım istemesin diye. Ben böyle hep şey yapardım hani başkalarının tabaklarındakine bakardım ama bak o ne kadar yiyor gibi bir de benim tabağıma bak gibi ve o bende de hâlâ geçmedi, hâlâ bir bakarım başkalarının tabağına ama o tabak daha büyük, daha güzel. O yüzden o çocuklukta yaşadığım o şey var, yani o gerçekten çok etkilemiş. Bazen diyorum yemenin sebebi bu olabilir diyorum çünkü benden kaçırdılar diyorum.” (K12)

“Çocukluğumdan beri hani yedirilmeye çalışılan yemek yemek istemeyen, işte iştah şuruplarıyla beslenen hatırlıyorum ben ilkokula giderken bir sabah babam bana zorla yumurta yedirdiği için ve ben onu çıkardığım için yıllarca hiç yumurta yemedim, ağzıma bile sürmedim. Önce çok mutluydular hani kilo alıyor olmama, hep beraber çok sevinilirdi önce çünkü o güne kadar almıyordum, yemiyordum almıyordum, iştah şurupları benim ayarımı bozmuş olabilir bilmiyorum.” (K18)

Katılımcı ifadelerinde görüldüğü üzere, en yoğun katılımcı ifadeleri zorla yemek yedirme ile ilişkili aktarımlardır. Ebeveynlerinin kendilerine zorla yemek yedirdiğini ifade eden katılımcılar kilolu olmalarının bu yıllarda yemekle kurdukları ilişkiden geçtiğini vurulamışlardır. Yememek için saklandığını ifade eden bir katılımcı kilo almaya başladığı ilkokul yıllarından sonra ebeveynlerinin tam tersi bir tutum sergileyerek katılımcının önünden

yemek kaçırdığını ifade etmiştir. Bir başka katılımcı da yemek yemeyi istemeyen bir çocuk olduğunu, ebeveynlerinin iştah şurupları vererek zorla yemek yediren ebeveynler olduğunu ifade etmiş ve iştah şuruplarının yıllar içerisinde ayarlarını bozmuş olabileceğini düşündüğünü ifade etmiştir. Bir katılımcı da yemek yeme konusunda ablasıyla kıyaslandığını, kendisi iştahlı bir çocuk olduğu için ebeveynlerinin önünden yemeği kaçırdığını ifade etmiştir. Ebeveynleri önünden yemeği kaçırdığı için başkalarının tabağına baktığını ve bunu yaşamının yetişkinlik yıllarında da yaptığını ifade eden bu katılımcı, ebeveynlerinin bu tutumunun olumsuz etkilerini hala yaşamaktadır. Zorla yemek yedirme veya yemeği önünden kaçırma, çocukta beslenmeyle ilişkili kendi iradesini yok sayan bir tutumdur. Çocuğun sağlıklı beslenmesi konusunda ebeveynlerin sorumlukları bulunmaktadır ancak çocukların bu besinleri tüketirken ne kadar ve kaç öğün yiyecekleri ile ilgili konular her çocuğun ihtiyacına göre değişebilmektedir. Yiyebileceği yemekten fazlasının teklif edilmesi veya *çocuğun farkındalığı olmadan yedirilmesi* (ekran, iştah şurupları, ödül ve ceza sistemi gibi araçlar kullanılarak) çocuğun yemek konusundaki iradesini ve yeterliliğini yok sayan bir yaklaşımdır.

3.2.1.3. Kız Çocuk Olmak

Çocukluk deneyimi kategorisinde daha az yoğunlukta ifade edilen kod kız çocuk olmak kodudur. K1 ve K26 kodlu katılımcıların konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Bazı işlemlerini mecburen kızsın sen yapmak zorundasın yemeğini yapacaksın, babamı evet, çok seviyorum ve halen de özlüyorum, onunla ilgileniyorsun, onun babam gerçekten çok bir şey zor bir süreç yaşadı, onunla gece bütün her şeyini tuvaletine kadar banyosuna kadar ben ilgilendim.” (K1)

“Sevgisiz bir evde büyüdüğünü düşünüyorum, annem ve babam tarafından çünkü 6 kız dediğim gibi ben altıncı kızım 5 ablam var. En son erkek, erkek benden sonra hepimiz erkek için dünyaya geldik. Babam ciddi bir şekilde erkek isteyen bir babaydı ya bunu hepimiz biliyoruz, bütün ablalarım biliyor ama bunu kabul etmek zor biliyor musunuz, yani şöyle yani varlığın sadece bir erkek dünyaya gelsin diye olmuş, sevgisiz bir ortam diyeyim. Kız evladına çocuğum denmiyor ama erkeğe çocuğum ya ne demekse, çok aşağılayıcı bir durum bence ya böyle sevgisiz bir ortamda büyümek, belki de bilinçaltımda beni yemek yemeye yönlendirmiş olabilir diyorum.” (K26)

Katılımcı ifadelerinde, ailede ebeveynlerin fiziksel bakım ihtiyaçlarının kız çocuk oldukları için kendilerinden beklendiği ve kız evlat oldukları için ailede kendilerine çocuğum

denmediği, erkek çocuk kadar değerli olmadıklarını düşündüklerine yönelik paylaşımlar görülmektedir. Kız çocuk olmaya yönelik duygu ve düşünceleri belirleyen en önemli etken, ebeveynlerin çocukların cinsiyetine yüklediği anlamlarla şekillenmektedir. Ebeveynlerin kız çocuklarına yaklaşımları ve kı çocuklarından beklentileri, erkek çocuklar ile aralarındaki farklılıklara yapılan vurgu katılımcıların bu alana ilişkin duyumsamalarını şekillendirmektedir.

3.2.1.4. Okul Terki

Çocukluk deneyimi kategorisinde daha az yoğunlukta ifade edilen diğer kod okul terki kodudur. K1 ve K15 kodlu katılımcıların konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“İlkokul mezunuyum ama orta ikiden terk ettim okulu bıraktım. Okumam için çok ısrar etti babam ama işte o zamanki cahillik diyeceğim, okumamıştım. Okul müdürüm de aradı, niçin gelmiyorsun okula diyerekten ama çok pişmanım.” (K1)

“Okumayla ilgili hiçbir hevesim isteğim yoktu, sonra dershanelere yolladı babam oku diye ama hiçbirini okumadım sonra kızım dedi bir gün orta biri bitirdim, orta ikiye geçtim kızım dedi okuyacağın yok senin dedi, gel dedi seni okuldan alalım dedi, tamam dedim ama sonra pişman oldum.” (K15)

Katılımcı ifadelerinde de görüldüğü üzere, katılımcılar özellikle babalarının okumaları konusunda ısrarcı olduğunu ancak okumak istemediklerini, bunun için pişmanlık duyduklarını ifade etmişlerdir. Katılımcılardan elde edilen bu veriler, özellikle kız çocuklarının ilkökul ve ortaokul yıllarında okul terki oranlarının yüksek olduğu Türkiye’de, kız çocuklarının okumak istememelerine neden olan faktörlerin araştırılması ve ebeveynlerin ve okul yönetiminin ve sonra da devletin bu faktörlerin olumsuz etkilerini ortadan kaldırmak ile yükümlülüklerini yerine getirmesinin kız çocuklarının okula devamını sağlamakta önemli olduğuna yönelik bulgular sağlamaktadır.

3.2.1.5. Akran İlişkileri

Çocukluk deneyimi kategorisinde daha az yoğunlukta ifade edilen bir diğer kod akran ilişkileri kodudur. K3 ve K18 kodlu katılımcıların konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Yani çok sevilen biri değildim ama çok da lider biriydim, yani büyüklerim tarafından falan sevilen biriydim ama akranlarım tarafından pek sevilen biri değildim açıkçası.” (K3)

“Yani kendi ülkemde bile yabancı hissetmenin nasıl bir şey olduğunu deneyimleyen bir çocuktum ben.” (K18)

Katılımcı ifadelerinde görüldüğü üzere, bazı katılımcılar akranlarıyla ilişkilerini olumsuz olarak ifade etmişlerdir. Akranları tarafından sevilmediklerini ve akranları tarafından sevilmemeyi *kendi ülkesinde yabancı hissetmek* tabiriyle ifade etmişlerdir. Katılımcıların ailelerinde yaşadıkları deneyimlerin akranlarıyla geliştirdikleri ilişkilere yansımaları üzerine düşünülmesi gereken bir konudur. Akranlarla kurulan olumlu ilişkiler çocuklukların okula devam etmeleri ve sosyal ilişkiler kurmalarını olumlu etkileyen faktörlerin başında gelmektedir. Akranlarla ilişkilerin olumlu yönde gelişmesinde aile ve okulun sorumlulukları bulunmaktadır. Aile ilişkilerinde ve okul deneyimlerinde yetişkinlerin diğer çocuklarla ve birbirleriyle kurdukları ilişkilerden etkilenen çocuklar akranlarıyla olumlu ilişkiler geliştirmek bakımından ebeveynlerini ve öğretmenlerini model olarak görebilirler.

3.2.1.6. Cinsel İstismar

Çocukluk deneyimi kategorisinde daha az yoğunlukta ifade edilen bir diğer kod cinsel istismar kodudur. K18 kodlu katılımcının konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Beraberinde taciz öyküsü var 9, 10 yaşlarında var, onu da çok net hatırlıyorum. Güvenlik ihtiyacını da görebiliyorum orada hani bu aklım olayda bir sorumluluğumun olmadığını, hani çocuk olduğumun farkında bu aklım ama çocuk aklım yanlış yaptığını nasıl sen bu yanlış yaptın diyor ve güvenlik anlamında kendini korumak ve kilolu olup radarlardan kurtulmayı da anlayabiliyorum.” (K18)

Katılımcılardan biri çocukluğunda tacize uğradığını ifade etmiştir. Bu taciz öyküsünün kendisinde bir güvenlik ihtiyacı yarattığını, çocukken bu olayın sorumlusu olarak kendisini suçladığını ve kilolu olmayı kendisini korumak için bir kalkan olarak gördüğünü ifade etmiştir. Çocukluk dönemi istismarının hem çocuklukta hem de istismara bağlı yaşanan sorunlara müdahale edilmez ve bu sorunlar çözülmezse yetişkinlikte bireyler üzerinde oldukça yıkıcı etkileri olabilmektedir.

3.2.1.7. Olumlu Deneyimler

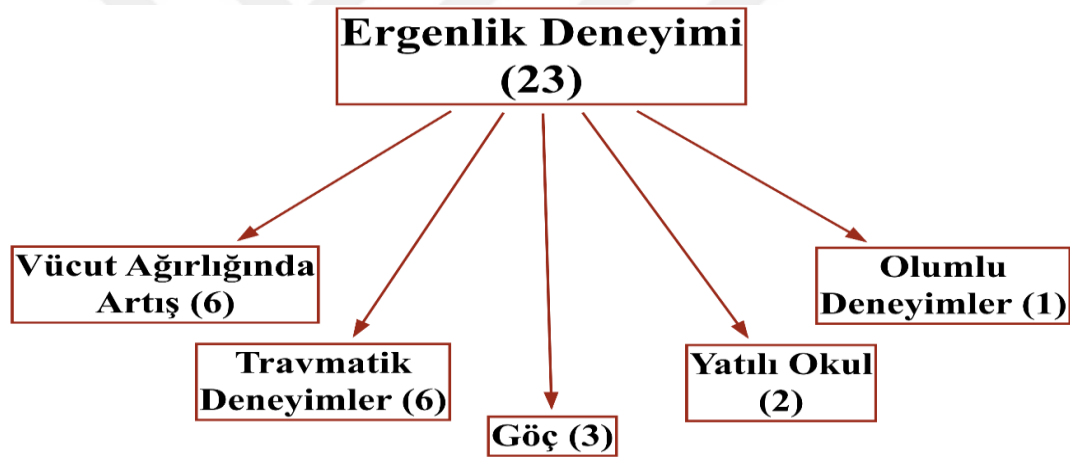
Çocukluk deneyimi kategorisinde daha az yoğunlukta ifade edilen bir diğer kod olumlu deneyimler kodudur. K18 kodlu katılımcının konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Rahat ve iyi bir çocukluk geçirdiğimi düşünüyorum.” (K10)

Araştırmaya katılan katılımcılardan yalnızca biri çocukluk dönemi yaşantılarına yönelik olumlu deneyimleri ifade etmiştir. Çocukluk deneyimini rahat ve iyi bir çocukluk dönemi olarak nitelendiren katılımcının çocukluk deneyimlerine yönelik olumsuz bir paylaşımı olmamıştır. Olumlu çocukluk deneyimleri yaşamın diğer evrelerinde de bireylerin olumlu deneyimler yaşamalarının yolunu açabilmektedir. Bireylerin çocukluk dönemi deneyimleri yaşamlarında mutlu bireyler olmanın ve sağlıklı gelişimlerinin temellerini attıkları yıllar olması açısından oldukça önemli deneyimleri kapsamaktadır.

3.2.2. Ergenlik Deneyimi

Bireyin yaşam döngüsü temasının ikinci kategorisi olan ergenlik deneyimi kategorisi Şekil 3.23.’te görülmektedir.



Şekil 3.23. Ergenlik Deneyimi

Şekil 3.23.’de görüldüğü üzere, ergenlik deneyimi kategorisinde katılımcıların ifadeleri vücut ağırlığında artış, travmatik deneyimler, göç, yatılı okul ve olumlu deneyimler olmak üzere 5 kod ile ifade edilmiştir. Bu kodlara ilişkin bulgular aşağıda verilmiştir.

3.2.2.1. Vücut Ağırlığında Artış

Ergenlik deneyimi kategorisinde en yoğun ifade edilen kod vücut ağırlığında artış kodudur. K10, K13, K18 ve K22 kodlu katılımcının konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“İlk kilo almalarım işte ilk bir 104’e çıkışlarım var. Bu orta sona tekabül ediyor işte kaç yaşına denk geliyorum 15 yaşına falan denk geliyorum herhalde 15- 16 o sene doğru

düzgün okula gidemediğim ve böyle hani birden beni yazın herkes göründü Pelin sana ne olmuş denilen bir dönem var, kilo alma hikayem öyle başlıyor. Yani hızla dediğim 40 kilo falan almıştım. O dönem tırnak yiyordum, ortaokul lise döneminde şu an yemiyorum, o da bence bir psikolojik bir şey.” (K10)

“Ben çok mutfağa girerdim, ben böyle yemekleri erkenden yapmaya başladım. Annem de maşallah hani o üstüme atsın da kurtulsun hesabı hatta yan komşumuz vardı bizim onlar da bizim memleketteydi şey derdi bu kızı çok mutfağa sokuyorsun belki ondan kilo alıyordur belki sokmasan mı falan girmesin derdi mesela böyle ama giriyorsun.” (K13)

“Ergenlikle beraber kilo almaya başladım ben çok da umurumda olmadı ne yalan söyleyeyim, böyle çok estetik kaygılarla büyütülen bir çocuk değildim. Bir de abimle sokaklarda maç yapan böyle mahalle savaşları yapan bir tipim hiç öyle görsel hani kızsalsak bir durumum da yok yani ben adet görmeye başladığımda lise birdeydim. Hani öyle bir hormonal bir durumum da yok. Ortaokulda kilo almaya başladım ama peyderpey artan bir kilom var. Kaşarlandık da hani tabiri caizse öyle bir şey o meşin deri kalınlaştı. Hani ergenliğimde çok üzülüüyordum tabi ki.” (K18)

“Şey oldu işte ha çok zayıftım yani öyle böyle değil yani top gibi ufacık bir şeydim sonra işte yaşıma göre on beş, yirmi kilo, otuz kilo fazlalığım hani olmaya başladı.” (K22)

Katılımcı ifadelerinde görüldüğü üzere, ergenlik dönemi vücut ağırlığında artış yaşanan dönem olarak nitelendirilmiştir. Ergenlikle beraber 15, 20, 30, 40 kilo gibi kilolarla vücut ağırlıklarında artış yaşadıklarını ifade eden katılımcılar, o yıllarda yaşadıkları olumsuz yaşam deneyimlerinin bu artışı tetiklediğini vurgulamışlardır. Ergenlik dönemi bireylerin çocukluk döneminden çıktıkları ve hem bedenlerinde hem de ruhsallıklarında önemli değişimlerin ve dönüşümlerin görülebildiği yılları kapsamaktadır. Bu dönemde bireylerin bedenlerinde ve ruhsallıklarında yaşanan bu değişim ve dönüşümler hem katılımcıların hem de çevrelerindeki diğer bireylerin dikkatini çekmektedir. Bu değişim ve dönüşümlere yönelik eleştiriler ve değerlendirmelerin bireylerin gelişimleri üzerindeki etkileri katılımcılardan elde edilen verilerle birlikte üzerine düşünülmesi gereken önemli bulgulara işaret etmektedir.

3.2.2.2. Travmatik Deneyimler

Ergenlik deneyimi kategorisinde yoğun olarak ifade edilen bir diğer kod travmatik deneyimler kodudur. K1, K13, K15 ve K18 kodlu katılımcıların konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Kızlar dışarıya arkadaşlar gezmeye giderdi, sen evde babayla ilgileneceksin.” (K1)

“Ondan sonra işte bir tane gönül deneyimim oldu, o biraz babamı çok yordu üzdü.” (K13)

“Eve geldiği zaman sessiz olacaksın, fazla konuşmayacaksın, şıarmayacaksın hep bize öyle gösterdiler. Baban kızar, şöyle yapmayacaksın, ondan sonra baban kızar dışarıya gitmeyeceksin. Bir de çok mutaassıp bir aileydi benim babam çarşıya pazara gitmemize kesinlikle izin yoktu. Yani o kadar korkardık ki babamdan herkes öyleydi. Çok böyle ne derse her şeyine he dediğimiz, her şeyine tamam dediğimiz kesinlikle karşısına geçip de baba sen şöylesin dediğimiz bir şeyimiz olmadı. Annem bir şey diyemezdi ki dese annemi de azarlardı, anneme de kızardı.” (K15)

“Bütün ergenlik dönemindeki bu kilo alma sebeplerinin kendini koruma içgüdüsünden kaynaklandığının da az çok farkındayım.” (K18)

Katılımcı ifadelerinde görüldüğü üzere, katılımcılar yaşamlarının ergenlik dönemini kapsayan yıllarda kız çocuğu olmak, ebeveynin bakım yükü, baba faktörü ve çocuklukta yaşanan cinsel istismarın etkilerini yoğun olarak paylaşmışlardır. Bazı katılımcılar kız erkek ilişkilerine yönelik deneyimlerinin bu yıllarda nasıl yaşandığına yönelik paylaşımlarda bulunmuşlardır. Ergenlik dönemi bireylerin cinsellikle ilgili duyumsamalarını da yoğun olarak yaşadıkları ve fark ettikleri bir dönemdir. Bu yıllarda ergenlerde başka bir bireye karşı ilgileri artmakta, bu ilgi bazen flört etme, sevgili olma gibi isteklerle kendini gösterebilmektedir. Bu dönemde bireylerin ilgi ve isteklerini ifade edebilmeleri, aile bireyleri tarafından utanç ve suçluluk hissetmelerine yol açabilecek eleştirilere maruz kalmamaları sağlıklı gelişimleri için önemlidir.

3.2.2.3. Göç

Ergenlik deneyimi kategorisinde daha az yoğunlukta ifade edilen kod göç kodudur. K2 ve K7 kodlu katılımcıların konu ile ilgili ifadeleri şöyledir:

“Ailem dışarıdan gelmiş bir aile olduğu için onu hissediyorsun. Yani senin sanki böyle herkes bir ilçe senin açığını kolluyormuş gibi. Herkesin gözü sen dışarıdan gelen olduğun için senin üstünde. Doğal olarak böyle hani daha kendini saklamaya çalışıyorsun daha böyle hani o işte mesela o çıkışlarını yapamıyorsun belki hani o ergenliğe geçeceksin ama yani seni parmakla göstereceklerini bildiğin için o moda giremiyorsun.” (K2)

“Ergenlik döneminde biraz kilo almaya başladım, daha sonra hani başka bir yere taşınmak, taşındık, orada bir kilo aldım, ergenlik döneminde bir kilo almıştım.” (K7)

Katılımcı ifadelerinde görüldüğü üzere, aile ile yaşanan göç deneyimleri katılımcıların ergenlik deneyimleri paylaşımları arasında yer almaktadır. Katılımcıların göç deneyimlerine yönelik paylaşımları, göç etmek ile ilgili ailede zorunlu hallerin oluştuğuna dair bilgileri içermektedir. Çalışma ve iş koşulları nedeniyle aileleri zorunlu hallerden dolayı göç etmek zorunda kalmış bir katılımcının ifadesinde göç etmiş bir ailenin çocuğu olmak, orada yaşayan diğer insanların dikkatini çeken bir faktör olarak tanımlanmış ve davranışlarının çok dikkat çekici olabileceği kaygısıyla bu dönemde kendini yeterince ifade edemediği ve saklamaya çalıştığını belirtmiştir. Göç etmek, göçmen bir ailenin çocuğu olmak, göçün niteliğiyle ve yaşanma biçimiyle de ilişkili olarak bireylerin kendilerine ve yaşadıkları çevreye yönelik algılarına etki eden faktörlerdendir. Zorunlu göç deneyimlerinde aile bireylerinin her birinin yaşam deneyimleri ve çevreleri kökten bir değişime uğrayabilmektedir. Ergenlik dönemi gibi güçlü okul, arkadaşlık ve sosyal çevre ilişkilerinin oluştuğu bir dönemde bireylerin göç etmesi bu deneyimlerin tamamının veya kısmen değişmesi anlamına gelmektedir.

3.2.2.4. Yatılı Okul

Ergenlik deneyimi kategorisinde daha az yoğunlukta ifade edilen bir diğer kod yatılı okul kodudur. K17 kodlu katılımcının konu ile ilgili ifadeleri şöyledir:

“Yatılı okula gittik orada orada da inanılmaz düzensiz besleniyorum, o çok ayrı bir şey yani devamlı benim hayatımda böyle bir düzensiz beslenme atakları olmaya başladı. Üniversite sınavına hazırlanırken çok kilo aldım. Benim için ders çalışırken ders çalışmaktan başka bir şey yapılmaz sadece ders çalışılır ve o esnada da tabi ki yemek yiyorsunuz ve hareket etmiyorsunuz.” (K17)

Katılımcı ifadesinde de görüldüğü üzere, katılımcının özellikle beslenmeyle ilişkili sorunlarının yatılı okulda okuduğu dönemde başladığı görülmektedir. Ergenlik dönemine denk gelen yatılı okul deneyimi, üniversite sınavına hazırlık ile çakışmış ve bireyde strese bağlı düzensiz beslenme ve hareketsizlik gibi sorunlara yol açmıştır. Üniversite sınavı ergenlik döneminde bireylerin yaşamlarında üstesinden gelmek zorunda kalabildikleri bir stresöre dönüşebilmektedir. Bu dönemin yatılı okul sürecinde yaşanması bireylerin beslenme, öz bakım gibi alanlarda kendilerine bakım vermek ile ilgili zorluk yaşamalarına yol açabilmektedir.

3.2.2.5. Olumlu deneyimler

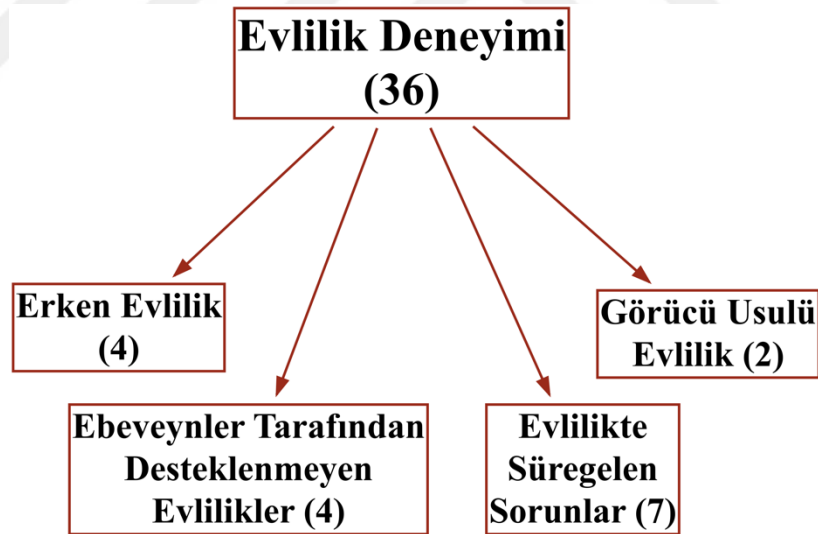
Ergenlik deneyimi kategorisinde daha az yoğunlukta ifade edilen bir diğer kod olumlu deneyimler kodudur. K10 kodlu katılımcının konu ile ilgili ifadeleri şöyledir:

“Hani kendime güvendiğim de bir süreç içindeydim, beğendiğim, beğenildiğim bir gençlik yaşadım.” (K10)

Katılımcı ifadesinden görüldüğü üzere, bir katılımcı ergenlik döneminde kendine güvendiğini ve kendini beğendiğini ve diğer insanlar tarafından da beğenildiğini düşündüğünü ifade etmiştir. Ergenlik dönemi deneyimlerinin çoğunlukla olumlu deneyimlerden oluşması bireylerin özgüven ve benlik saygılarına olumlu etkisi olabilmektedir.

3.2.3. Evlilik Deneyimi

Bireyin yaşam döngüsü temasının üçüncü kategorisi olan evlilik deneyimi kategorisi Şekil 3.24.’te görülmektedir.



Şekil 3.24. Evlilik Deneyimi

Şekil 3.24.’te görüldüğü üzere, evlilik deneyimi kategorisinde katılımcıların ifadeleri; evlilikte süregelen sorunlar, ebeveynler tarafından desteklenmeyen evlilikler, erken evlilik ve görücü usulü evlilik olmak üzere 4 kod ile ifade edilmiştir. Bu kodlara ilişkin bulgular aşağıda verilmiştir.

3.2.3.1. Evlilikte Süregelen Sorunlar

Evlilik deneyimi kategorisinde yoğun olarak ifade edilen kod evlilikte süregelen sorunlar kodudur. K6, K7, K8, K13 ve K20 kodlu katılımcıların konu ile ilgili ifadeleri şöyledir:

“Ama ben evlilikten süregelen sıkıntılarımdan dolayı sinirlendikçe, sıkıntıya girdikçe, strese girdikçe ben de sonradan yeme alışkanlığı oldu. Dediğim gibi son olarak ekliceğim şu, obeziteli insanların dediğim gibi genetik harici kilolu olmasındaki tek şey, tek etken, bütün erkekleri kastetmiyorum ama evlilikte olan sorunlar.” (K6)

“Yani benim için biraz zor bir evlilikti. Hani ben çok rahat, çok özgür yaşadım, özgür büyüdüm bir anda işte sorumluluklar evlilik filan olunca zorlandım ve o dönemde çok aldım. Ya da işte bazen eşimle tartıştığım da oluyor bu işte hemen bir şeyler yiyip beni bu tatlı tuzlu şu bu fark etmiyor, hani o an elime ne geçerse onu yerken buluyorum kendimi.” (K7)

“Eşimle evlenmeden önce biraz daha iyiydi o zamanlarda kilo alıp veriyordum ama evlendikten sonra obeziteye doğru yol aldım.” (K8)

“Babam annemi çok severdi böyle insan hani benim eşimde yok mesela anneme bakarken gözlerindeki aşkı görebilirdiniz. Benim eşim öyle bakmıyor bana ama olsun yani herkes aynı şansa sahip olamıyor sonuçta.” (K13)

“Ben eşimle o konularda anlaşıyoruz yani işte dışarı çıkmama işte şöyledir böyledir, o beni biraz eve kapadı.” (K20)

Katılımcı ifadelerinden görüldüğü üzere, evlilikte süregelen sorunlar kadınların vücut ağırlığı artışlarında önemli bir etken olarak ifade edilmiştir. Eşleriyle yaşadıkları sorunların katılımcıları yemeye yönelttiği katılımcılar tarafından yoğun bir şekilde vurgulanmıştır. Evlilikle birlikte gelen sorumluluklar bazı katılımcıların üstesinden gelmekte zorlandıkları sorumluluklar olarak ifade edilmiştir. Evlilik gibi önemli bir yaşam deneyimine yönelik görüşler göstermektedir ki, evlilik öncesinde bireylerin evliliğe hazırlanma süreçleri ile ilgili desteğe ihtiyaçları olabilmektedir. Evlilik öncesinde aile bireylerinin ve sosyal çevrenin desteği önemlidir. Evlilik danışmanlığı, aile danışmanlığı ve çift terapileri gibi psikososyal anlamda bireylerin evliliğe hazırlanmaları konusunda profesyonel destek modelleri, bireylerin evlilikte süregelen sorunlara yönelik paylaşımlarından elde edilen bulgular üzerine düşünmekle ilgili yeni bir tartışma alanı yaratmaktadır.

3.2.3.2. Ebeveynler Tarafından Desteklenmeyen Evlilikler

Evlilik deneyimi kategorisinde yoğun olarak ifade edilen diğer kod ebeveynler tarafından desteklenmeyen evlilikler kodudur. K13, K17, K18 ve K20 kodlu katılımcıların konu ile ilgili ifadeleri şöyledir:

“Geldiniz tanrı misafirisiniz tamam, derdinizi de anladık ama buradan size kız çıkmaz. Ben size kız falan vermem nasıl geldiyseniz o üslupla terk edip gidin evimi dedi.” (K13)

“Benim eşim o zaman makine öğretmenliği okuyordu. Ben anneme bahsettiğim zaman annem biraz şaşırды bundan rahatsız oldu ayrılmamı istedi. Daha ilk çıktığımız zamanlarda 3 ay falan oldu daha ayrılmamı istedi. Ondan sonra ben de ayrılmıştım o zaman ama eşim dedi ki belki annen haklıdır. Annemin tabi öngörüsü de tabi annem hep öyle diyor işte ben öğretmendir, öğretmenle evlendim, doktor doktorla evlenir vesaire. Böyle bir şey o yüzden hani biraz rijit seyretti bu süreç biraz o sıralarda depresif bir süreç geçirdim.” (K17)

“Annem bana şey demişti mesela bu evliliğimle ilgili sen nasıl bu hatayı yaptın dedi mesela kız kardeşim dedi ki bizzat ayrıldığım eşime söylemişti, seni ben getirseydim koca diye kimse kabul etmezdi, ablam getirdi diye kabul ettiler seni şimdi bu ağır bir yük.” (K18)

“ Ben bir inat uğruna nişanlandım babaanneme çok kızmıştım, babama da kızmıştım, ama dedim evlenmeyeceğim ben bunlara dedim bir şey yaşatacağım. Annem de benimle arkadaş gibiydi o zaman ortamda sonra eşim sürekli her yaz tatile gelirlerdi sonra aramızda bir şeyler oldu falan dedi ki bana ne olursa olsun seni alacağım sonra ben eşimle kaçtım. Tabi o girdabin içinden çıkarken bambaşka bir girdabin içine girdim.” (K20)

Katılımcı ifadelerinde görüldüğü üzere, ebeveynleri tarafından desteklenmeyen evlilikler katılımcıların ifadelerinde evlilik deneyimlerine yönelik paylaşımlarda yoğunlukla ifade ettikleri bir konudur. Anne, baba ve kardeşleri tarafından evlilik kararlarına ve evlendikleri erkeklere yönelik eleştiriler duyduklarını ifade eden katılımcılar için bu eleştirilerin zaman zaman kendilerini üzen, utanç hissettiren ve aldıkları kararları sorgulatan eleştiriler olduğunu belirtmişlerdir. Evlendikleri erkeklerin aile bireyleri tarafından beğenilmemesi ve çeşitli özelliklerinin sert bir biçimde eleştirilmesi kadınların aldıkları kararlar konusunda bugün pişmanlık duymalarına ve kendilerini suçlamalarına yol açmıştır.

3.2.3.3. Erken Evlilik

Evlilik deneyimi kategorisinde ifade edilen diğer kod erken evlilik kodudur. K15, K25 ve K27 kodlu katılımcıların konu ile ilgili ifadeleri şöyledir:

“Babamların gönlü oldu, verelim mi dediler bana sanki şaka gibi geldi. Tamam dedim verin 15 yaşındayım daha 2 sene nişanlı durdum ondan sonra 2 sene sonunda evlendim. Ben daha çocuğum 15 yaşındayım, bir şey bildiğim yok. 15 yaşında nişanlanıyorsun, 17 yaşında evleniyorsun.” (K15)

“Çocuktum evlendim.” (K25)

“Biraz evliliğim de kaç, yani şeyden kaçma gibi oldu yani ev içindeki durumlardan kaçmak gibi oldu. Bu sıkıntılardan biraz uzaklaşmak gibi oldu hani bir kaçak hani 19 yaşında ne düşünebilirsin, 19 yaşında evlendim.” (K27)

Katılımcı ifadelerinde görüldüğü üzere, erken evlendiğini ifade eden katılımcılar çocuk yaşta evlendiklerini vurgulamışlardır. Ailede yaşanan durumların yarattığı sıkıntılardan kaçmak isteyerek evlendiğini ifade eden katılımcı kaçak gibi evlendiğini belirtmiştir. 17 ve 19 yaş gibi evliliğin anlamını kavrayamadıkları ve hem fiziksel hem de ruhsal olgunluğa erişemedikleri yaşlarda evlenen katılımcıların ailelerinin evlenme kararında belirleyici bir faktör olduğu görülmektedir.

3.2.3.4. Görücü Usulü Evlilik

Evlilik deneyimi kategorisinde daha az yoğunlukta ifade edilen kod görücü usulü evlilik kodudur. K14 ve K23 kodlu katılımcıların konu ile ilgili ifadeleri şöyledir:

“Görücü usulüyle evlendik, iyi bir aile babası, iyi bir eş.” (K14)

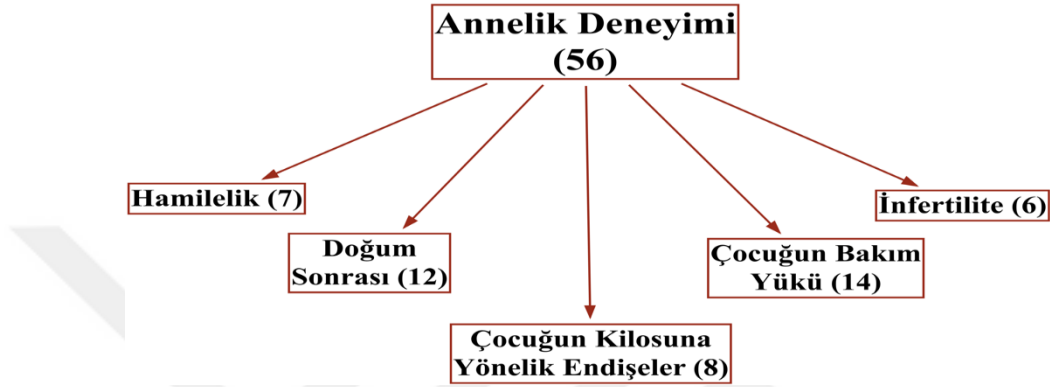
“Dünürçülükle evlenmiştim ondan sonra diyeceğim yani umduğumu bulamadım baya bir zorlandım.” (K23)

Katılımcı ifadesinden görüldüğü üzere, görücü usulü ile evlendiğini ifade eden iki katılımcının deneyimleri birbirinden farklıdır. Bir katılımcı eşini iyi bir aile babası ve eş olarak tanımlarken diğer katılımcı evlilikte umduğunu bulamadığını belirtmiştir. Görücü usulü evlilikler kadınların olumsuz evlilik deneyimlerinin şekillenmesinde önemli bir faktör ancak tek başına belirleyici bir faktör değildir. Görücü usulü evliliklerin tercih edildiği ailelerde kadınların iradesi kısıtlıdır. Bu evlilik biçimleri evlenilecek bireye yönelik olumlu

ve olumsuz özelliklerin katılımcı bir iradeyle değerlendirilmesi ve sağlıklı kararların verilmesi önünde bir engel oluşturabilmektedir.

3.2.4. Annelik Deneyimi

Bireyin yaşam döngüsü temasının dördüncü kategorisi olan annelik deneyimi kategorisi Şekil 3.25.'de görülmektedir.



Şekil 3.25. Annelik Deneyimi

Şekil 3.25’de görüldüğü üzere, annelik deneyimi kategorisinde katılımcıların ifadeleri; infertilite, hamilelik, doğum sonrası dönem, çocuğun bakım yükü ve çocuğun kilosuna yönelik endişeler olmak üzere 5 kod ile ifade edilmiştir. Bu bölümde kod sıralaması kodların ifade edilme yoğunluğuna göre değil, kadınların yaşam döngülerinde bu deneyimlerin zamansal olarak gerçekleşme sırasına göre sıralanmıştır. Bu kodlara ilişkin bulgular aşağıda verilmiştir.

3.2.4.1. İnfertilite

Annelik deneyimi kategorisinde yoğun olarak ifade edilen kod infertilite kodudur. K7, K8 ve K19 kodlu katılımcıların konu ile ilgili ifadeleri şöyledir:

“Yani doktorun dediği gibi en az bir 20 kilo verebilirsem eğer o zaman kendi değerlerime de bakıp, eğer benim için iyi olacaksa tabi bebeğim olsun istiyorum. Hani vereceğim sonra yapacağım işte ama ne verebildim ne bebekle ilgili harekete geçebildim.” (K7)

“Hatta ben doktorların kendisinden çocuğumun olmayacağını bile öğrenmiştim bana kilo ver gel sana tedavi uygulayalım yoksa bu şekilde çocuğun olmaz demişti.” (K8)

“Ben çocuklarımı da hep tedaviyle oldum, bunu da not düşebilirsiniz.” (K19)

Katılımcı ifadelerinde görüldüğü üzere, kilolarından dolayı çocuk sahibi olamadıklarına yönelik katılımcı ifadeleri yoğun olarak dile getirilmiştir. İnfertilite obeziteye yönelik yapılan biyolojik temelli perspektiflerin sıklıkla kullanıldığı araştırmalarda tartışılan sağlık sorunlarından biridir ve çiftlerin herhangi bir tedavi almaksızın çocuk sahibi olamamalarını ifade etmektedir. Obezitenin üremeye ilgili biyolojik sistemlere etkisi kadınların doktorlar aracılığıyla bilgi edindikleri bir alandır. Çocuk sahibi olmaya yönelik umutlarının ve hayallerinin kioları gibi bir engele takılıyor olması kadınların zayıflamaya yönelik endişelerini de gündeme getirmektedir. İnfertilite koduna yönelik verilerden elde edilen bulgular, bu alanda çocuk sahibi olamamanın erkek infertilitesi ile ilişkisine yönelik herhangi bir verinin de paylaşılması, üzerine düşünülmesi ve toplumsal cinsiyet bağlamında tartışılması gereken dikkat çekici bir bulgudur.

3.2.4.2. Hamilelik

Annelik deneyimi kategorisinde yoğun olarak ifade edilen diğer kod hamilelik kodudur. K8, K11, K15 ve K19 kodlu katılımcıların konu ile ilgili ifadeleri şöyledir:

“Regl olmuyordum aylarca ama artık takmıyorum bile doktora dahi gitmiyordum. Çocuğum da bu süreçte oldu ben aylarca regl olmadığım bir zamanda aylarca acaba mı diye düşündüm ve eczaneden bir test aldım o şekilde gebe olduğumu anladım ve doktor bana en son ne zaman regl oldun diye sorduğunda beş ay önce olduğumu söylemiştim ama bebek daha yeni oluşmuş.” (K8)

“Çok hızlı kilo alıyorsun demişti doktor, altıdan sonra 3 ayda falan çok çok hızlı kilo aldın şeker bakalım dediler, hani çocukta ani bir kayıp yaşamayalım diye. O hissi bir kere daha yaşadım mesela tam hamileliğimde sanırım bütün birikmiş stresim orada çıktı.” (K11)

“Evlendikten sonra işte o hamilelik kaldım ya o esnada ipin ucu kaçtı, tutamadım zaten. doktor falan hani şeyi takip etti beni falan ama şey diyordu, kilo alıyorsunuz falan alıyorum yani benim elimde değil ki.” (K13)

“Evlenir evlenmez zaten hamile kaldım çocuğum oldu.” (K15)

“İki tane çocuk yeter diyorduk biz eşimle o da oldu mucize gibi bir şey oldu yani hiç şey dedim doktorlar tıbbı karşı bir şey oldu bu çocuk o derece.” (K19)

Katılımcı ifadelerinde görüldüğü üzere, katılımcıların hamilelik koduna yönelik yoğun paylaşımları plansız hamilelikler ve hamilelik döneminde alınan kilolarla ilişkilidir. Beklenmeyen veya plansız gebeliklerin kadınların regl olmadıkları ya da hamile kalmalarının mümkün olmadığına varsayıldığı zamanlarda olması katılımcıların hayatlarına beklenmedik bir alan açmıştır. Hamilelik sürecinde vücut ağırlığında artışa yönelik ifadeler, hamilelikte, obeziteye bağlı yaşanan sorunlarla beş edebilme becerilerinin geliştirilmesi, yeterli ve dengeli beslenme ve diyet konuları üzerine düşünülmesi gereken önemli bulgulara işaret etmektedir.

3.2.4.3. Doğum Sonrası

Annelik deneyimi kategorisinde yoğun olarak ifade edilen diğer bir kod doğum sonrası kodudur. K8, K13, K14, K19, K21, K24, K25 ve K26 kodlu katılımcıların konu ile ilgili ifadeleri şöyledir:

“Bu seferde çocuk emziriyorum süt olsun diye yine yemek yemeye başladım.” (K8)

“Hele bu doğumdan sonra birkaç olan vardı, onlar da olmuyor sürekli almak mesela beni sinir ediyor.” (K13)

“105 kilo ile doğum yaptım, ondan sonra bu 110’a çıktı, 115’e çıktı, 116’ya çıktı, 117’ye çıktı, git gide çıktı. Doğumdan sonra tabi kilonun da etkisiyle tansiyon hastasıyım.” (K14)

“Yani oğlumun doğumundan sonra, oğlumun doğumundan sonra çok şiddet yani çok fazla kilo almaya başladım.” (K19)

“Doğumdan sonra başladı, küçük kıza 11 sene sonra başladı, 12 yaşına girecek 11 senedir alıyorum yani vermesi sıkıntı alması basit, yani vücut hemen alıyor, yani bir su içsem bile yarıyor bana.” (K21)

“Valla küçük kızımı doğum yaptıktan sonra 30 yaşında doğum yaptım, öyle aldım, ne bileyim.” (K24)

“Çocuklardan yani çocuklardan, doğumda mı kaldı, streten mi bilmiyorum yani.” (K25)

“Sonra 2 çocuğu doğurduktan sonra kilo almaya başladım.” (K26)

Katılımcı ifadelerinden görüldüğü üzere, doğum sonrası dönem bu koda yönelik verilerden elde edilen bulgular ışığında vücut ağırlığında artış olduğu vurgulanan bir dönemdir. Hamilelik döneminde alınan kiloların verilemediğine ve doğum sonrasında emzirme süreçleriyle birlikte yaşanan vücut ağırlığında artış ile birlikte katılımcılar kendileri için stresli bir döneme işaret etmektedirler.

3.2.4.4. Çocuğun Bakım Yükü

Annelik deneyimi kategorisinde yoğun olarak ifade edilen diğer bir kod çocuğun bakım yükü kodudur. K6, K8, K11, K15, K17, K22 ve K27 kodlu katılımcıların konu ile ilgili ifadeleri şöyledir:

“Aile deyince hani, biraz önce dediğim gibi ailede evi tek çekip çevreleyen, koruyup kollayan benim. Yani dediğim gibi 7/24 içki içen bir babayla çocuklarımın çok küçükken anne baba ayrılmasın diye, onları da annesiz babasız büyütmeyeyim diye çok çabalar sarfettim.” (K6)

“Pek bir zaman kalmıyor ama kaldığında ise evi toparlamaya çalışıyorum ama kendime bile vakit ayıramıyorum çocuktan pek vakit kalmıyor açıkçası.” (K8)

“O 3 yıl süresinde de işte hep evde onunla birlikteydim ve yalnız baktım. Aile büyüklerinden çok destek almadık. Bir de işte biraz sağlık sıkıntılarımız vardı. Biraz onlarla başa çıkmamız gerekti. Hani birini rahatlıkla zayıflatabilirim ama ben buna vakit ayıramam şu anda öyle bir zamanım yok. Çünkü önceliğim var, anne oldum. Bir sorumluluğum var, onu yerine getirmeye çalışıyorum. Hani çocuğa düzgün şartlar sunmaya çalışıyorum” (K11)

“Hiçbir şey yaşamadan 18 yaşında anne oldum ben, kızımınla beraber büyüdüm. 18 yaşında kızın elinde, nasıl büyüteceğini bilmiyorsun her şey sana bakıyor.” (K15)

“Kilolu anne olmak şöyle işte onlar hem yaşlı anneydim, hem kilolu bir anne ikisi zor oluyor gerçekten çocuklarınıza yetişemiyorsunuz.” (K17)

“Evet, sorumluluk hep bende. Eşimle ilişkimiz iyi bir sıkıntı yok, sade sorumluluğu almıyor.” (K21)

“Bu şeyin altta yatan panik atağın ortaya çıkmasının yarı sebebi de çocuğumun yaşadıkları hastalıklar, şeyler diyorum size benim her konu hakkında hayatım tez olabilir.” (K22)

“Hep çocuk, erkek çocuklarının sorunlarını çözmek için sanki kullanılıyormuşum gibi hissediyorum şu an.” (K27)

Katılımcı ifadelerinden görüldüğü üzere, katılımcıların, çocuklarının bakımının sağlanması, sağlıklı gelişmeleri ve gereksinimlerinin karşılanması konusunda birincil sorumluluk alan ebeveyn oldukları görülmektedir. Çocukların bakım yüküne yönelik birbirinden farklı alanlara vurgu yapan katılımcıların ifadelerinde, babaların annelerin yükünü haifletme konusunda aldıkları sorumlulukların kısıtlılığı dikkat çekicidir. Katılımcı ifadelerinden elde edilen veriler meselenin toplumsal ve sosyal bağlam içerisinde toplumsal cinsiyet rolleriyle birlikte tartışılması gerekliliğine yönelik bulguları sağlamaktadır.

3.2.4.5. Çocuğun Kilosuna Yönelik Endişeler

Annelik deneyimi kategorisinde daha az yoğunlukta ifade edilen kod çocuğun kilosuna yönelik endişeler kodudur. K12, K15 ve K17 kodlu katılımcıların konu ile ilgili ifadeleri şöyledir:

“Böyle istiyorum ki o sağlıklı beslensin, sağlıklı şeyler yesin, güzel şeyler yesin, ona güzel şeyler hazırlamaya çalışıyorum ama ister istemez o benim neler yediğime tanık oluyor ve hani onda da yeme bozuklukları yavaş yavaş başladı. Böyle daha çok tatlı şeyler istiyor, yemek yemek istemiyor. Korkuyorum yani hani beslenmesi bana benzeyecek, kaygı duyuyorum.” (K12)

“Kızım da kilolu, oğlum zayıf ama kızım da kilolu, onu çok zorladım, çok doktorlara götürdüm. Ben kendim kiloluyum sen olma diye çok üstüne düştüm. Çok diyet yaptırdım ona. Her şeye götürdüm ama onu da zayıflatamadım. Ama oğlum da şimdi oğluma da bazen diyorum, çok zayıf 60 kilo, ya diyorum azıcık yesen mi, bu sefer de diyorum ki aman yemesin. Biz gibi olacak diyorum yani ileride zaten alır diyorum.” (K15)

“Zaten oğlum kendisi yakınıyor, kendisinin öyle sıkıntısı var. Şey yüzmek ya mesela yüzme dersleri var, yüzmeye katılmıyor, arkadaşları dalga geçiyor, memelerin var bilmem ne falan diye.” (K17)

Katılımcı ifadelerinde görüldüğü üzere, katılımcıların, çocuklarının da kendileri gibi olacağına, yeme bozukluğu geliştireceklerine ve kilolu olacağına yönelik endişeleri dikkat çekici bir bulgudur. Katılımcılardan biri çocuğunun kilolarından dolayı akranları tarafından dalga konusu olduğunu vurgulamıştır. Kızının kilolu, oğlunun zayıf olduğunu belirten bir katılımcı, birini zayıflatmak diğerine de kilo aldirmek için çabaladığını ve her iki çocuğu için

de endişeli olduğunu ifade etmiştir. Bu kod altında ifade edilen konulardan elde edilen veriler, toplumda çocukların kilouna yönelik değerlendirmeleri de gündeme getirmekle ilgili önemli bulguları sunmaktadır. Toplumun kilolu ve toplu çocuklar ile ilgili iyi beslenen, sağlıklı çocuk gibi değer yargıları görece daha zayıf olan çocuğun zayıf, yeterince beslenmeyen, sağlıksız çocuk olarak etiketlenmesine de yol açmaktadır. Bu bağlamda annelerin bu alana yönelik endişelerinin yalnızca kişisel olmadığı, toplumda çocuğun kilosuna yönelik değer yargıları ile ilişkisi de üzerine düşünülmesi gereken bir konudur.

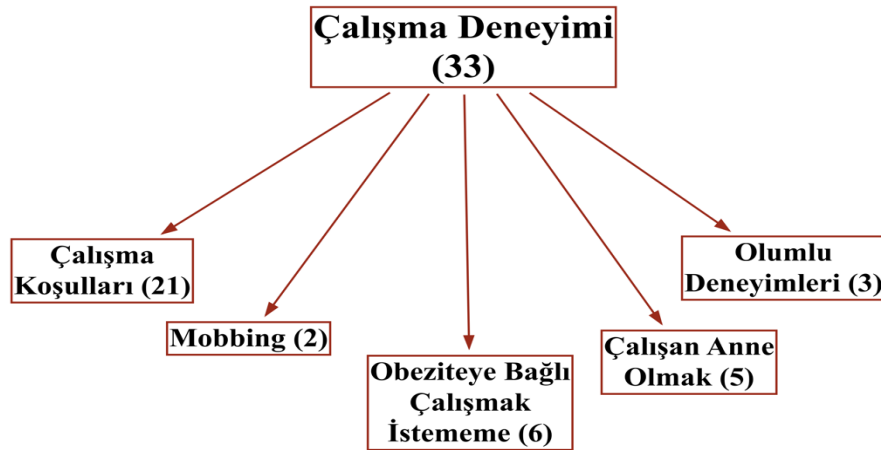
Daha az yoğunlukta katılımcı ifadeleri çocuğun kilosuna yönelik endişeler kodu ile ilişkili farklı bir alana vurgu yapmaktadır. K26 kodlu katılımcının ifadeleri şöyledir:

“Yanlışlarımız bu tabi ki çok yedirdik, zamanında yanlış yaptığının farkındayım ama çok yedirdim, gizli gizli mamalar yedirdim, sonra kilo aldı.” (K26)

Katılımcı ifadelerinde görüldüğü üzere, bebeklik döneminde çocuğuna çok ve gizli gizli mama yedirdiğine yönelik ifadeleri katılımcının çocuğunun kilosuna yönelik endişelendiğine yönelik bulgulara işaret etmektedir.

3.2.5. Çalışma Deneyimi

Bireyin yaşam döngüsü temasının beşinci kategorisi olan çalışma deneyimi kategorisi Şekil 3.26.'da görülmektedir.



Şekil 3.26. Çalışma Deneyimi

Şekil 3.26.'da görüldüğü üzere, çalışma deneyimi kategorisinde katılımcıların ifadeleri; çalışma koşulları, çalışan anne olmak, obeziteye bağlı çalışmak istememe, olumlu

deneyimler ve mobbing olmak üzere 5 kod ile ifade edilmiştir. Bu kodlara ilişkin bulgular aşağıda verilmiştir.

3.2.5.1. Çalışma Koşulları

Çalışma deneyimi kategorisinde yoğun olarak ifade edilen kod çalışma koşulları kodudur. K2, K7, K8, K9, K10, K11, K1, K18 ve K25 kodlu katılımcıların konu ile ilgili ifadeleri şöyledir:

“Mesela çalıştığım dönemlerde asla yapamıyorum diyeti, hele stresli çalışıyorsam hiç o az ye onu bilmem ne yap falan öyle bir diyet insanı değilim.” (K2)

“Bir dönem bir bebeğe bakıcılık yaptım bir buçuk yıl kadar o bebeğe, ailenin kendi aralarında sorunları vardı ve ben duygusal bir bağ kurmuştum o aileyle bebekle de sonra onlardan ayrılmam gerekti o süre içerisinde de kilo aldım.” (K7)

“Ben bu işe başladığımdan beri kilo alışımda daha fazla arttı çok oturdum çünkü. Stresli ve yoğun bir iş, bu strese benim için pek iyi değil çünkü ben stres altındayken kilo alan biriyim.” (K8)

“Günün bazen 18 saati, bazen eve geldiğimizde de çalışıyorduk gece elimize telefon veriyorlardı, o zaman da başkanın programları yani hep oturarak hep hareketsiz sonra bir noktadan sonra beyin yorulunca bedene de hükmedemiyor. Okulu bitirdikten sonra hemen işe atladım ki aileme destek olayım, 16 yaşında başladım para kazanmaya.” (K9)

“Şey döneminde yemiş olabilirim bu iş dönemi benim işimin kendimin büyüüttüğü bir dönem.” (K10)

“Tabi istifa etmeyi çok düşündüm ben çok düşündüm, başka bir işe geçmeyi de çok düşündüm.” (K11)

“Çünkü iş yeri çok yoruyor, ayakta duruyorum. Dokuz dokuz çalışacağım bunu kaldırabilir miyim bilmiyorum mesela çünkü çok yoruluyorum dörtte bile bitmiş oluyorum.” (K13)

“Karakola gidip ifade vermek zorunda kaldım, çok ağrıma da gitti yani ne yalan söyleyeyim, hayatımda karakol görmemişim. İlköğretimde çalışırken çocuktan nefret geldi bana, çok gürültücüler. Ama bugünkü aklım olsaydı bu kadar örseleyici bir işi tercih eder miydim bilmiyorum.” (K18)

“Ben ne zaman başladım işte 40 sene oluyor.” (K25)

Katılımcı ifadelerinde görüldüğü üzere, katılımcıların çalışma koşullarının zorlayıcılığı, uzun çalışma saatleri, çalışma alanından kaynaklanan zorluklar, kendi işini kurma, stresli çalışma ortamı ve uzun yıllar çalışma gibi faktörler olarak açıklanmıştır. Çalışma koşullarının getirdiği stres katılımcıların kilo almalarına etki eden olumsuz bir faktör olarak belirginleşen bir bulgudur.

3.2.5.2. Obeziteye Bağlı Çalışmak İstememe

Çalışma deneyimi kategorisinde yoğun olarak ifade edilen diğer kod obeziteye bağlı çalışmak istememe kodudur. K3, K8 ve K10 kodlu katılımcıların konu ile ilgili ifadeleri şöyledir:

“Hani kilolu olduğum için şöyle 2, 3 senedir şunu diyorum, kiloyu vereyim de hani bir işe başlayayım, ücretli öğretmenliğe gideyim. Şimdi 2, 3 yıldır bu dolaylı bir etki hani kilo veremedim işe başlayamadım. Yani işsizlik yani şu an obezite ayrı yani çok yakınlar birbirlerini de çok çok etkiliyor yani.” (K3)

“İş yerimde daha girişken biri olabilirdim, kilomun verdiği bir çekingenlik oluyor.” (K8)

“İş konusunda ama ön yargılılar mesela şey falan düşündüm 9 sene ben dediğim gibi organizasyon işi yaptım. Pandemi de kendi işimi kapatmak zorunda kaldım, sonrasında işe başlasam mı diye düşündüğümde şey düşündüm bir yere girerken kilolu olmam büyük bir ön yargı olabilir. Şu an bir iş başvurusunda bulunuyor olsam, kilom herkes için beni tanımayan için özellikle çok büyük bir ön yargı olur. Bu çok üzücü bir durum. “ (K10)

Katılımcı ifadelerinde görüldüğü üzere, iş başvuru için kilo vermeyi önceliklendiren, iş yerinde çekingenlik yaşayan, bir iş başvurusunda bulunsa kilolarının önyargıya sebep olabileceğini düşünen katılımcıların ifadeleri bu kod altında toplanmıştır. Obeziteye bağlı çalışmak istemeyen katılımcıların ifadeleri çalışma yaşamında kendilerini gösterememe, ön planda olmak istememe, önyargılı tutum ve davranışlara maruz kalmaya yönelik endişeleri barındırmaktadır. Bu endişeler katılımcıların toplumda ve sosyal yaşamlarında maruz kaldıkları eleştirilere ve önyargılara da işaret etmektedir. İş yaşamı hem profesyonel hem de sosyal ilişkilerin kurulduğu bir alan olarak katılımcıların girmekte, dahil olmakta çekingen ve kararsız kaldıkları bir alan olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu alana yönelik paylaşımlar

kişilerin dış görünüşlerinden duydukları memnuniyetsizliğe işaret etmesi açısından üzerine tartışılması gereken önemli bulguları sağlamaktadır.

3.2.5.3. Çalışan Anne Olmak

Çalışma deneyimi kategorisinde yoğun olarak ifade edilen diğer kod çalışan anne olmak kodudur. K11, K13 ve K15 kodlu katılımcıların konu ile ilgili ifadeleri şöyledir:

“Çalışan anne olma fikrinden de hoşlanmadım bir süre sonra ki ben yani kadının iş hayatındaki yeri için gerçekten hani böyle canı yanan üzülen ve böyle olmaması gerektiğine inanan bir insanım ve iş hayatından çekilmek gibi bir şey aklımın ucundan geçmezken ben artık şöyle düşünüyorum, bir kadının çalışması kendini kabul ettirmesi ve aynı zamanda anne olması çok zor, mutlaka eksik kalıyor ya iş eksik kalıyor ya çocuk eksik kalıyor. Yani dünyanın bir kadının anne olabileceğini kabul etmesi lazım. Yani bir beş yılını bir çocuğa ayırmak benim 45 yıllık çalışma hayatımı hiç etmemeli, o çocuğun bana ihtiyacı var.” (K11)

“Altıdan sonra ayaktayım ben dörde kadar eve gidiyorum bilirsiniz işte çay çorba bulaşık bilmem ne çocuk falan bir onda oturuyorum ki ayaklarımız zonkluyor.” (K13)

“Evet istiyordum ama şimdi kızın çocuğu olunca kız çalışıyor, kim bakacak çocuğa.” (K15)

Katılımcı ifadelerinde görüldüğü üzere, çalışan anne olmak kadınlar için çocuklarına zaman ayırmanın önünde engel yaratan bir durumdur. Hem çalışıp hem çocuklarıyla ilgilenmek zorunda kalmanın yoruculuğunu ifade eden katılımcılar, iş yaşamında olup aynı zamanda çocuğuna yetebilmenin zorluğundan yakınmaktadırlar. Annelik deneyimi ile ilgili katılımcıların sahip oldukları kaygılar çalışan anne olduklarında çeşitli faktörlere bağlı olarak ortaya çıkabilmektedir. Katılımcı ifadelerinden elde edilen veriler *çalışan anne* olmanın kadınların hayatında *yeterince iyi anne* olma endişesine yol açan bir faktör olmasına yönelik üzerine düşünülmesi gereken bulgulara işaret etmektedir.

3.2.5.4. Olumlu Deneyimler

Çalışma deneyimi kategorisinde daha az yoğunlukta olarak ifade edilen kod olumlu deneyimler kodudur. K2 ve K12 kodlu katılımcıların konu ile ilgili ifadeleri şöyledir:

“Seviyorum yani severek yapıyorum, zaten sevmeden yapılacak bir iş değil de bu.” (K2)

“Hem maaş alıyorsun, baban zaten destekliyor, paran çok, etrafında yeme diyen yok.”
(K12)

Katılımcı ifadelerinde görüldüğü üzere, işini severek yaptığını ifade eden katılımcı paylaşımının yanı sıra, ekonomik özgürlüğe sahip olmanın yemek ile ilgili müdahaleleri engellediğine yapılan vurgu dikkat çekicidir. Maaş almak ve ailesi tarafından da ekonomik olarak desteklenmek katılımcıya istediğini alıp yiyebilme özgürlüğü sağlamıştır. Bu özgürlük her ne kadar yaşamın bir döneminde çeşitli kısıtlanmaların neticesinde elde edilen, kendi iradesi ile alıp kendi iradesi ile tüketme özgürlüğüne sahip olmanın verdiği heyecan ile dile getirilse de katılımcının bu paylaşımının barındırdığı bir başka anlam da katılımcının tüketim alışkanlıklarından duyduğu memnuniyetsizlik ile ilişkilidir.

3.2.5.5. Mobbing

Çalışma deneyimi kategorisinde daha az yoğunlukta olarak ifade edilen bir diğer kod mobbing kodudur. K9 kodlu katılımcının konu ile ilgili ifadeleri şöyledir:

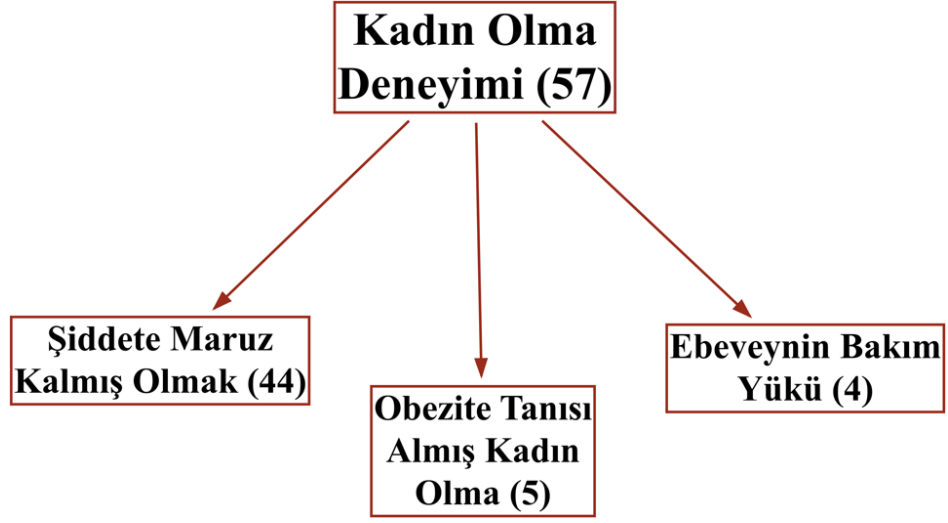
“Seçimden sonra başka bir parti alınca ciddi bir mobbing uygulandı, mobbingden kaynaklı psikolojik destek alma ihtiyacı duydum.” (K 9)

“Şey böyle yumuşak mizaçlı olmamdan mıdır nedir böyle bütün işleri böyle yıkmaya çalışırlar. Çalışan işlerin altında ezilen ve o zaman da hayır demeyi bilmeyen bir tip olduğum için adamın neredeyse çocuğunun sağlık sigortası şeyini bile ben yatırıyordum yani o derece her şeyi üstüme yıkmaya çalışmıştı.” (K 13)

Katılımcı ifadelerinde görüldüğü üzere, çalışma yaşamında mobbinge maruz kaldıklarını ifade eden katılımcılar psikolojik destek alma ihtiyacı duyduklarını ve işlerin altında ezilip hayır diyemediklerini ifade etmişlerdir. Mobbing iş yerinde duygusal ve psikolojik şiddeti içermektedir. Mobbinge bağlı yaşanan sorunların başında psikososyal sorunlar gelmektedir. Bu koda ilişkin katılımcı ifadeleri de göstermektedir ki, katılımcıların iş yaşamlarında karşılaştıkları sorunlara bağlı tükenmişlik yaşamaları bir başka stres kaynağı olabilmektedir.

3.2.6. Kadın Olma Deneyimi

Bireyin yaşam döngüsü temasının altıncı kategorisi olan kadın olma deneyimi kategorisi Şekil 3.27.’de görülmektedir.

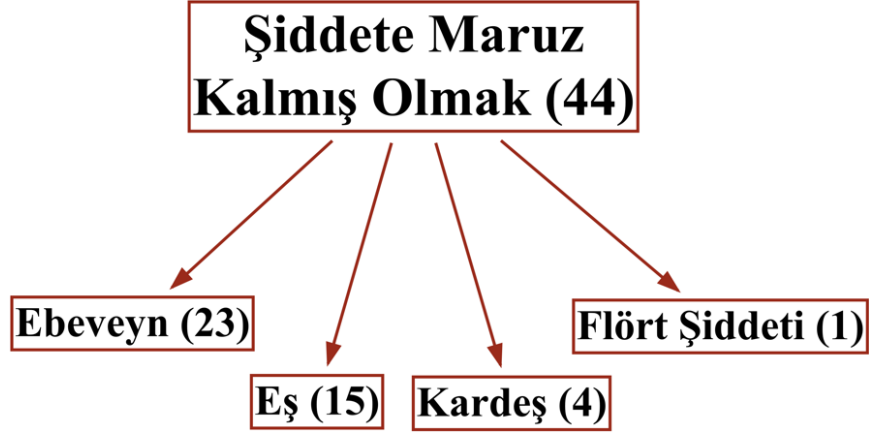


Şekil 3.27. Kadın Olma Deneyimi

Şekil 3.27.'de görüldüğü üzere, kadın olma deneyimi kategorisinde katılımcıların ifadeleri; şiddet, obezite tanısı almış olma ve ebeveynin bakım yükü olmak üzere 3 kod ile ifade edilmiştir. Bu kodlara ilişkin bulgular aşağıda verilmiştir.

3.2.6.1. Şiddete Maruz Kalmış Olmak

Kadın olma deneyimi kategorisine ait ilk alt kategori Şekil 3.28.'de görülmektedir.



3.28. Şiddete Maruz Kalmış Olmak

3.2.6.1.1. Ebeveyn

Şiddete maruz kalmış olmak alt kategorisinde yoğun olarak ifade edilen ilk kod ebeveyn kodudur. Ebeveyn kodu baba ve anne alt kodları ile aşağıda verilmiştir.

3.2.6.1.1.1. Baba

Ebeveyn kodunda yoğun olarak ifade edilen alt kod baba alt kodudur. K4, K8, K13, K15 ve K18 kodlu katılımcıların konu ile ilgili ifadeleri şöyledir:

“Alkol durumundan yaşadıklarım yani çok böyle bende şey yaptı, büyük bir şey bıraktı böyle iz bıraktı yani kötü bir iz bıraktı.” (K4)

“Ben kilonun ailevi kısıtlamaların sebebi olduğunu düşünüyorum belki de bu kadar yeme diye üzerime gelmeselerdi bu durumda olmazdım, bir inat oldu yasak olunca daha cazip gelir bende hep o durumu yaşadım.” (K8)

“Büyüdükten sonra bile mesela hani hemşire arkadaşım vardı Edirne'de onun yanına gitmek istedim izin vermezdi, niye baba vermiyorsun derdim, çok sinirlenirdim falan böyle odama girer, çıkmazdım gelirdi derdi ki, ben seni gönderip uyuyamayacağıma, sen sinirinden uyuyama derdi.” (K13)

“Evet, benim babam çok otoriter bir babaydı, hâlâ da öyle bak şimdi 41 yaşındayım hâlâ babamdan korkarım. Laflarıyla seni öldürüyor derler ya o derecedir benim babam.” (K15)

“Ailemde de babam bazen şey derdi işte üniversite ilk o kazanamadığım yıl kazanacağını düşünmüyorum senin tıp fakültesini diye babamın da böyle bir şeyi vardı, babamla da öyle bir çatışmam olmuştu.” (K18)

Katılımcı ifadelerinde görüldüğü üzere, babalarının baskıcı ve korkutucu figürler olduğuna yönelik ifadeler katılımcıların bu kod altındaki paylaşımlarını oluşturmaktadır. Babaların baba işlevlerini yerine getirmede şiddeti bir baskı unsuru olarak kullanmaları duygusal ve psikolojik şiddeti yaygın bir davranış biçimi olarak benimsediklerine işaret etmektedir.

3.2.6.1.1.2. Anne

Ebeveyn kodunda yoğun olarak ifade edilen diğer alt kod anne alt kodudur. K3, K4, K8 ve K18 kodlu katılımcıların konu ile ilgili ifadeleri şöyledir:

“Babam gidince annemle ikisi biri olurdu bayağı bir ezerdi beni.” (K3)

“6, 7 yaşında mesela bir çocuktum ki ben hatırlıyorum mesela şey derdi az bir şey yaramazlık yaptığım zaman seni babana vereceğim sen babanla gideceksin, ben kardeşini alacağım derdi. Hafta sonları beni uyutmazdı benim uykum gelirdi artık kafam düşerdi ondan sonra anne uykum geldi derdim, uyuma babanı bekleyeceğiz ben korkuyorum diye bana böyle hani şey baskı yapardı. Yani annem ev hanımıydı, bilinçsizdi bize nasıl davranacağını pek fazla bilmiyordu.”(K4)

“Ben aslında ilkokul ikiye kadar aşırı zayıf bir çocuktum hatta annem hep ben sana kilotlu çorap giydirdiğimde utanıyordum derdi, insanlar hiç mi bu çocuğu beslemiyor diye düşünürler diye utanırdım bir anne olarak derdi. Sonra da annem hep bana sen bu kilolarla evleneceksin gelinliğin içine sığmazsın derdi, annemin hep bu tarzda baskısı oldu bana, çocuğumu yetiştirirken de çok karışır bana.” (K8)

“Mesela bir annenin bu kadar fedakar olması da iyi bir şey değil bence, anneler bu kadar fedakar olmasınlar çünkü benim yapımdaki insanlar onun o fedakarlığını boşa çıkartmama yüküyle yaşıyorlar maalesef iyilik yaparken aslında kötülük yapıyor.” (K18)

Katılımcı ifadelerinde görüldüğü üzere, anneler katılımcıların yoğun olarak duygusal ve psikolojik şiddete maruz kaldıkları kişilerdir. Bu şiddet biçimi annelerin farkında olarak ya da olmayarak uyguladıkları ve çocukları üzerinde korku, endişe ve üzüntü yaratan şiddet biçimleridir. Annelerin baskıcı ve fazla beklenti içerisinde olduğunu ima eden katılımcı ifadelerinde kadınların bu deneyimin içerisinde olumsuz duyumsamalarla çıktığı görülmektedir.

3.2.6.1.2. Eş

Şiddete maruz kalmış olmak alt kategorisinde yoğun olarak ifade edilen diğer kod eş kodudur. K5, K6, K7, K12, K20 ve K23 kodlu katılımcıların konu ile ilgili ifadeleri şöyledir:

“O beni bu hale koydu. Hakaretler ne bileyim küçük düşürmek, laf sokma bir şey dediğim zaman en en basiti diyor ki kapı şurada gidebilirsin. Hep hakaret, şiddet, küfür küçük düşürme, sen insan mısın bir tipine bak. Öyle diye diye böyle değildim yani ben böyle kilolu hakaret ettikçe küçük düşürdükçe öyle bıraktım kendimi yani ben de şey hissetmedim yani açıkçası öyle.” (K5)

“Küçük kızımın babasının beni dövdüğü anları küçükken hiç unutmuyor, depresyona girdi o değpresyondan farklı yerlere duygu durum bozukluklarına falan etkiledi o da şu an depresyonda tedavi sürecinde yani.” (K6)

“Hani başlarda bunun için çok sıkıntı yaşadık çünkü biraz kırıncı olabiliyordu, yani kırıncı şeyler söyleyebiliyordu.” (K7)

“İşte bana hastalıklarını söylemedin, böyle işte zor olacağından bahsetmedin, işte az yemeyi bile beceremiyorsun, ben de olmuş olsa ben bir ayda veririm o on kiloyu yeme ne var yeme hani böyle lokmalarımı sayar şeye gelmişti.” (K12)

Katılımcı ifadelerinde görüldüğü üzere, kadınların şiddet koduna yönelik en yoğun paylaşımları eşleri tarafından maruz kaldıkları fiziksel, duygusal ve psikolojik şiddet deneyimlerinden oluşmaktadır. Katılımcılar, kilolu olmayı hem maruz kaldıkları şiddetin bir sonucu hem de şiddete maruz kalma sebebi olarak değerlendirmektedirler. Bu değerlendirme ve paylaşımlardan hareketle, özellikle eşleri tarafından şiddete maruz kalmak kadınların kadın olma deneyimleri içerisinde en yoğun olarak ifade ettikleri ve obezite tanısı almış kadınlarla çalışmalarda psikososyal müdahalelerin gerçekleştirilmesi ihtiyacına vurgu yapan en önemli alanlardan birine işaret etmektedir.

“Eşimin bana bir tespihin eksik falan demesi benim çok zoruma gitti yani aslında ben bu ameliyatı tam anlamıyla eşim yüzünden oldum, şimdi bana diyor ki ihaleyi bana mı yıktın. Evet ihaleyi sana yıktım çünkü bana karşı davranışın beni üzüyor dedim. Evet beni en çok üzen mesela eşimin bir tespihin eksik elinde demesi beni çok üzdü mesela aslında bu hayatı ben seçmedim.” (K20)

“Savunan biri değil yani onun için yani çok ezildim, ezilmedim değil yani.” (K23)

3.2.6.1.3. Kardeş

Şiddet alt kategorisinde daha az yoğunlukta ifade edilen kod kardeş kodudur. K3 ve K20 kodlu katılımcıların konu ile ilgili ifadeleri şöyledir:

“Şu an görüşmüyoruz abimle, abim de yani böyle küçükken beni çok ezdi. Benim öz güvenimi yüksek oranda sarstığını düşünüyorum. Birkaç sene öncesine kadar işte kilo ver ne oldun sen böyle ne olmuşsun böyle yani o benimle böyle dalga geçerdi yani.” (K3)

“Ben şimdi cıvıl cıvılım perdeleri açıyorum temizlik yapıyorum eşimin kardeşinin bir gelişi var, sen yenge nasıl perdeleri açarsın nasıl temizlik yaparsın, herkes sana bakıyor.” (K20)

Katılımcı ifadelerinde görüldüğü üzere, bu kod altındaki verileri duygusal ve psikolojik olarak kardeşleri tarafından maruz kaldıklarını ifade eden katılımcıların ifadeleri

şekillendirmiştir. Anne ve babadan sonra kardeşleri tarafından maruz kaldıkları şiddetin de kadınların özgüvenleri üzerinde olumsuz etkileri olduğunu söylemek mümkündür.

3.2.6.1.4. Flört Şiddeti

Şiddet alt kategorisinde daha az yoğunlukta ifade edilen diğer kod flört şiddeti kodudur. K4 kodlu katılımcının konu ile ilgili ifadeleri şöyledir:

“Yani görüşürken bir boğazıma sarılma şeyi oldu onun, seni öldürürüm diye boğazıma sarıldı, sıkı baya boğazımı ben hatta zor hani elinden kurtuldum.” (K4)

Katılımcı ifadesinde görüldüğü üzere, flört şiddeti kadın olma deneyimi içerisinde katılımcılardan birinin karşılaştığı önemli bir süreç işaret etmektedir.

3.2.6.2. Obezite Tanısı Almış Kadın Olma

Kadın olma deneyimi alt kategorisinde yoğun olarak ifade edilen kod obezite tanısı almış kadın olma kodudur. K9, K10 ve K16 kodlu katılımcıların konu ile ilgili ifadeleri şöyledir:

“Eşimle de mesela çok az öyle aydınlıkta bir arada bulunmayız bulunmayı tercih etmemişimdir mesela. Yani o görüntü hoş olmaz yani ben kendimi hoş bulmuyorum ki hani onun bu görüntüyü görmesini istemem.” (K9)

“Neredeyse bütün kombinlerimi siyah kumaş pantolon üzerinden yaptım, çok üzücüydü hatta o dönemki sevgilim şey demişti sen niye bu kadar kötü giyinir oldun demişti, ben de bulamıyorum deyip ağladığımı hatırlıyorum.” (K10)

“Evet çok zor mesela birini çok beğenmişim küçük bir umut oldu içimde bende çok aile özlemi olan biriyim kocaman bir yemek masası var evimde üstünde hiç yemek bile yenmemiştir. Bir umut olabilir mi dedim ve sırf kilolarımdan dolayı olmadı bu iş. Bu bir gerçek bunu söylüyorum ama yok canım diyorlar çünkü çok fazla görselliğe önem veren biriydi mesela birkaç tane erkekle tanıştım bu süreçte ben kilolu kadın istemiyorum diyorlardı.” (K16)

Katılımcı ifadelerinde görüldüğü üzere, katılımcılar obezite tanısı almış olmayı, kadınlık deneyimlerinde bir eksiklik bir dezavantaj olarak yorumlamaktadırlar. Eşleriyle paylaşımları, flört ettikleri kişilerden aldıkları tepkiler ve fiziksel görüntüleri ile ilgili

yaşadıkları endişelerin şekillendirdiği bu kod altındaki paylaşımları kadınların kadın olarak ilişkilere bakış açılarını ve beden imajı algılarını şekillendiren bulgulara da işaret etmektedir.

3.2.6.3. Ebeveynin Bakım Yükü

Kadın olma deneyimi alt kategorisinde daha az yoğunlukta ifade edilen kod ebeveynin bakım yükü kodudur. K1, K3 ve K4 kodlu katılımcıların konu ile ilgili ifadeleri şöyledir:

“Babayla ilgilendim sonra annemin şeyinde de aynı şekil, bütün bakım şeylerini kendim üstlendim.” (K1)

“Bu arada abim hep böyle çok uzakta aileye hep bütün sorunlarla ben uğraşırdım işte annemin sorunları, annem yalnız işte babam yalnız hasta olur ben uğraşırım, dedim ya böyle artık omuzlarım doldu diyebilirim.” (K3)

“Darülaceze’ye ver dedi annemden sonra, orada çok iyi bakılır dedi bana, sen de kendi hayatına bakarsın dedi ama ben dedim veremem yani veremem yani o ne yaparsa yapsın hani ben dedim veremem hani ben ona dedim bir şekilde hani şey yapacağım, hani bakacağım veya baktıracacağım bu şekilde dedim gittiği yere kadar elimden gelen görevi yapacağım.” (K4)

Katılımcı ifadelerinde görüldüğü üzere, ebeveynlerinin hastalık ve yaşlılık süreçlerinde bakım yükünü kadınların üstlendiği görülmektedir. Bu kod altında elde edilen verilere yönelik bulgular, hastalık ve yaşlılık süreçlerinde kadınların desteklenmesi gereken sosyal destek mekanizmalarının ve hizmetler konusundaki bilgilerinin kısıtlılığı ve yokluğuna işaret etmektedir.

3.3. Görüş ve Öneriler

Görüş ve öneriler teması araştırmanın üçüncü temasıdır. Bu tema, obezite tanısı almış kadınların obezite ile ilişkili bireysel ve toplumsal süreçlere, tedavi yöntemleri ve tedavide yer alan meslek elemanlarına ve hizmetlerin erişilebilirliği ve kapsamına yönelik görüş ve önerilere yönelik bulguları kapsamaktadır. Bu temaya ait bulgular, obezite tanısı almış kadınların; (8) Obeziteye bağlı yaşadıkları sorunların çözümüne ilişkin görüşleri ve önerileri nelerdir? Araştırma sorusu ile ifade edilen amaca ulaşmak için yapılan analizlerden oluşmaktadır. Bu verilere ulaşmak için sorulan sorularda obezite tanısı almış kadınların, öznesi olduğu fenomene yönelik görüş ve önerilerini paylaşmaları araştırmanın amacına ulaşabilmesi için çok önemli bir hedeftir. Katılımcıların tedavinin, psikososyal desteğin ve

çözümün en önemli bileşeni olduklarını bilmeleri önemlidir. Fenomeni deneyimleyen kadınlar görüş ve önerilerine ilk başvurulması gereken öznelerdir. Kendilerinin çözümün kilit noktası olduklarına yönelik yapılacak farkındalık çalışmaları bu alanda çalışan meslek elemanlarının etik sorumluluğudur. Bu etik sorumluluktan hareketle araştırmacı olarak görüşme formunun üçüncü bölümünde sorulan sorular ve elde edilen veriler ışığında görüş ve öneriler tema ile ilişkili kategoriler oluşturulmuştur.

Görüş ve öneriler temasına ait bulgulara bu bölümde yer verilmiştir. Görüş ve öneriler teması Şekil 3.29.'da görülmektedir.



Şekil 3.29. Görüş ve Öneriler

Şekil 3.29.'da görüldüğü üzere görüş ve öneriler teması 5 kategoride incelenmiştir. Bunlar (1) empatik yaklaşım (2) tedavide diyetisyen ve diyet (3) toplumsal farkındalık (4) multidisipliner çalışma ve (5) hizmetlere erişim kategorileridir. Aşağıda her bir kategoriye yönelik bulgular sunulmuştur.

3.3.1. Empatik Yaklaşım

Görüş ve Öneriler kategorisinde yoğun olarak ifade edilen kod empatik yaklaşım kodudur. K1, K3, K9, K15, K18, K22 ve K27 kodlu katılımcıların konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Bence kilolu insanlara niçin sen kilolusun diye soru sormamak gerekiyor, yani ne olursa olsun biz zaten o insan kiloyu verebilirse senin karşına gelmeyecektir. O insanlara sıcak yaklaşılmalı, o insanların gerçekten çok zor bir yaşamı da olabilir.” (K1)

“Zaten bu insanlar çok sıkıntı yaşamış insanlar, sürekli zorbalığa maruz kalmış insanlar yani bu konuda da destek olabilirsiniz.” (K3)

“Hani bunun bir kişisel tercih değil, bunun biyolojik bir sıkıntı olduğu, kilolu insanları sevsinler dışlamasınlar yani onlara ön yargıyla bakmasınlar.” (K9)

“Güzellikle söylediğin zaman sen şöyle yaparsın, böyle yaparsın dediğin anda zaten çok güzel veriyorsun ama sen motive olmadıktan sonra sana öyle rencide ederek sen yapamazsın sen şöylesin sen böylesin dediğin anda zaten verilmiyor ki vermek istesen de veremiyorsun.” (K15)

“Kimseye şeklinden şemailinden, saçı uzun saçı kısa, gözlüğü var işte boyu uzun üzerinden bedensel herhangi bir algı üzerinden kimseye yürümek gerektiğini anlatmaya çalışıyoruz anlayabildikleri kadar.” (K18)

“Bu kilolulara karşı destek olmaya çalışın, köstek olmayın, tenkitlerde bulunmayın. Bak bunlar çok önemli zaten kilolu insan kilolu olduğunu biliyor. Hiç kimse kilolu olmak istemez.” (K22)

“Hani bilip bilmeden insanların hayatında kim bilir neler oluyor neler bitiyor bilmiyoruz, görmüyoruz arkadaşlar hani hemen böyle yargısız infaz yapmayalım.” (K27)

Katılımcı ifadelerinde görüldüğü üzere, empatik yaklaşım katılımcıların görüş ve öneriler kategorisinde en yoğun dile getirdikleri konu olmuştur. Aile, arkadaş, çalışma yaşamı iletişim içinde oldukları toplumun diğer üyelerinden daha empatik olmalarını talep eden katılımcılar özellikle rencide edici söylem ve yorumlardan kaçınmanın önemine değinmişlerdir. Çeşitli sıkıntılar yaşadıklarını ifade eden katılımcılar, kendilerinin farkında olduklarını, bunu başka kimseden duymaya ihtiyaçları olmadığını vurgulayarak, yapıcı bir iletişim dilini tercih etmek, destek olmak, kimseyi farklılıklarından dolayı eleştirmemek gibi taleplerini bu çalışma aracılığıyla da duyurmayı talep etmişlerdir.

Daha az yoğunlukta paylaşılan katılımcı ifadelerinde empatik yaklaşım kodu ile ilişkili farklı bir alana vurgu yapılmıştır. K7, K11, K12, K17 ve K26 kodlu katılımcıların ifadeleri şöyledir:

“O gittiğim psikiyatrist mesela şey demişti hani şimdilik kilonu önemseme demişti ama hani bu mesela önemliydi.” (K7)

“Kendini diyetisyen ve psikolog olarak tanımlayan bir kişiye gitmiştim ve çok üzölmüşüm çünkü bana şey demişti ben sizin yeme sorunlarınızla ben başa çıkamam.” (K11)

“Bilgisayarın dedi beyni bozulmuş biz klavye ile uğraşıyoruz, öyle bir durum değil dedi.” (K12)

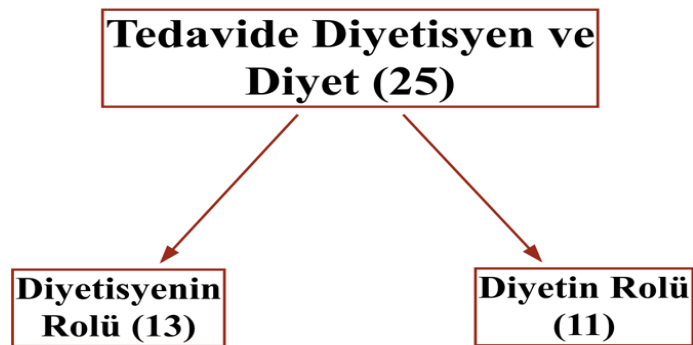
“Bir psikiyatra gittim o beyefendiden çok memnun kalamadım, biraz aşağılayıcı bir konuşması vardı. Benim kardeşim o zaman zayıftı, hatta böyle biraz kusmaları vardı bulimik gibiydi. O dönemler böyle dalga geçer vaziyette obez ablanın bulimik kardeşi gibi falan bir kelimeyle böyle bir psikiyatrla muhatap olmak zorunda kaldım.” (K17)

“Yani daha sevimli, daha olumlu olunması gerektiğini düşünüyorum.” (K26)

Katılımcı ifadelerinde göröldüğü üzere, obezite alanında çalışan meslek elemanlarının kendilerine beslenme ve diyet desteğı ve psikososyal destek almak amacıyla başvuran katılımcılara empatik yaklaşımlarının önemine değinmişlerdir. Doktor, hemşire, beslenme ve diyet uzmanı, psikiyatrist, psikolog ve bu alanda çalışan meslek elemanlarının kapsayıcı, güler yüzlü, sıcak ve anlayışlı bir dil kullanmalarının tedavinin en önemli bileşenidir. Zaman zaman başvurdıkları sağık çalışanından empatik olmayan, dışlayıcı, kırııcı ve eleştirel yorumlar duyduklarını ifade eden katılımcıların ifadeleri, obezitede farklı biyopsikososyal sorunlarla ve konularda çalışan meslek elemanlarının dikkat etmeleri gereken mesleki etik ilkelere ve sorumlulukları gözden geçirmek ve hatırlamak açısından oldukça dikkat çekici bulguları sağlamaktadır.

3.3.2. Tedavide Diyetisyen ve Diyet

Tedavide diyet ve diyetisyen kategorisi Şekil 3.30.’da görölmektedir.



Şekil 3.30. Tedavide Diyetisyen ve Diyet

3.3.2.1. Diyetisyenin Rolü

Tedavide diyetisyen ve diyet alt kategorisinde yoğun olarak ifade edilen kod diyetisyenin rolü kodudur. K7, K9, K12, K13, K14, K18, K19, K21, K22 ve K26 kodlu katılımcıların konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Şimdi yani yine kilo problemim var ve diyetisyene de gittim ama onların verdiği listeleri çok uygulayamıyorum.” (K7)

“Gittim beni evdeki baskülün üstüne çıkartıyor. Ne yağımı ölçüyor ne kasımı ölçüyor, hiçbir şey yok. Bir de para verdim gittim sonra benim elime bir kâğıt tutuşturdu hadi bunları yap.” (K9)

“Ay son 23 yıldır olmuyor, 2000’den beri diyetisyene gidiyorum.” (K12)

“Online diyetisyen yine bana verdi liste bir tane yani bana uyuyor mu, uymuyor mu bunları yiyebiliyor mu bu insan. Diyetisyenlere bir önerim olabilir, böyle herkese aynı listeyi vermesinler, daha duyarlı olabilirler mesela çünkü şey bir laf vardır, biraz amiyane olacak. Ama her koyun aynı çubukla sürülmez.” (K13)

“Valla bütün diyetisyen şeylerim on gün sürüyordu.” (K14)

“Üçtü beşti falan derken nakavt dönemiyle beraber diyet tarihe karışıp 6 ay içinde verilen bütün kilolar fazlasıyla geri alınıp sil başa geri döndük, o yüzden halden anlaması lazım bir diyetisyenin, anlamayınca olmuyor. Yani benim bu konudaki tecrübelerim bayağı geniş kaç diyetisyen gördüm bakayım, bir, iki, üç, diyetisyen, bir, iki, üç doktor bir de bütünsel tıp doktoru enerjiyle falan da çalışan böyle.” (K18)

“Diyetisyenle verdim bu kiloyu özellikle işte hani yağdan gitti hani diyetisyenle yaptığımız için ama sonra ne oldu bunu hayatımın içine koymadığım için işte mutfağımı değiştirmedığım için ve hani tekrarı geri geldi diyeyim size.” (K19)

“Diyetisyene bir kere gittim, 2 ay gittim, 12 kilo verdim, üçüncü ay gittim durdu yerinde, ben de diyetisyene dedim ki bir daha gelmeyeceğim tabi bir şey demedi, bıraktım geldim yani çaba sarfetsem vereceğim ama çaba yok bizde.” (K21)

“Bir de bu diyet zamanlarında psikolojimiz art çarpı iki oluyor, hassasiyet çarpı iki oluyor, her şey çarpı iki oluyor. Yani daha bir duyarlılığın bile artıyor. Yani algıların açık

daha oluyor filan ya tabi ilk bir ay yani alışana kadar ondan sonra normale dönüyorsun.”
(K22)

“İlk başta olayı diyet olarak yani kötü tabir edilmesini istemiyorum, istemezdim çünkü gerçekten çok kötü bir tabir diyet veya diyetle başlamak, diyeti sonlandırmak isimleri çok kötü geliyor. Sağlıklı yaşam olarak değiştirilmesini isterdim, sağlıklı hayat olarak değiştirilmesini isterdim ve çok karıştırılmasını istemezdim, çok karıştırılıyor.” (K26)

Katılımcı ifadelerinde görüldüğü üzere, tedavide diyetisyenlerin rolüne yönelik yoğun paylaşımlar, obezite tedavisinde ilk akla gelen mesleklerden birinin beslenme ve diyet uzmanları olduğunu akla getirmektedir. Halk arasında daha çok *diyetisyen* olarak tabir edilen beslenme diyet uzmanları, katılımcıların özellikle bu alanda çalışan meslek elemanlarına önerileri sorulduğunda, kilo verme taleplerini karşılama noktasında, ilk ifade ettikleri meslek grubudur. Diyetisyenlerin rolünü katılımcıların ifadelerinde yalnızca *kilo vermeye yardımcı* bir meslek grubu olarak görmek dikkat çekici bir bulgudur. Beslenme ve diyet uzmanları obezite tedavisinde katılımcılar tarafından destek almak için ilk akla gelen en önemli meslek gruplarının başında gelmektedir. Obezite tanısı almış bireylerin tanılama, tedavi, zayıflama ve sağlıklı yaşam alışkanlıkları kazanma süreçlerindeki rol ve sorumlulukları bireylerin yaşamlarında oldukça önemli alanlara yönelik müdahalelere yön verebilmektedir. Beslenme ve diyet uzmanlarının obezite tanısı almış bireylerin taleplerini karşılamada multidisipliner ekip çalışmasını benimsemeleri oldukça önemlidir. Bu bulgular doğrultusunda, multidisipliner ekip çalışmasının en önemli bileşenlerinden olan doktor, psikolog, sosyal hizmet uzmanları ve hemşireler ile ekip çalışmaları yürütmek, beslenme ve diyet uzmanlarına atfedilen ve zaman zaman artan beklentileri karşılayabilmeleri açısından kolaylaştırıcı bir faktör olacağı düşünülmektedir.

3.3.2.2. Diyetin Rolü

Tedavide diyetisyen ve diyet alt kategorisinde yoğun olarak ifade edilen kod diyetin rolü kodudur. K3, K7, K8, K10, K12, K13, K18 ve K26 kodlu katılımcıların konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Çok sıkı diyetlere girdim, hiçbir şey yemedim, iki ay boyunca hiç yemek yemediğim oldu. Yani sadece suyla besleniyordum. Çok böyle değişik diyetler yaptım. Hatta sağlığıma da zarar verdim. Hatta şimdi de etkilerini yaşıyorum yani. Yani öyle bir ondan sonra yine kilo verdim tabi ama hani psikolojik olarak hiç iyi değildim.” (K3)

“Hani belki bir ay yapsam iki ay yapsam bir şeylerin değiştiğini göreceğim ve bu beni motive edecek ama o disiplini sağlayamıyorum.” (K7)

“Şu noktaya gelene kadar birçok kez denedim diyet yapmaktan nefret ediyorum. Diyet yaptığım zaman en fazla bir ay sürüyor.” (K8)

“Yani aslında diyet yapmak istediğimde verebilen ama böyle psikolojik olarak sıkıldığı zaman koy veren kendini kilolu gibi hissetmeyen hani öyle bir yapım var.” (K10)

“Aralıklı oruç diyorlar ya onu deneyeceğim kendimde çünkü ben sürekli böyle hani ara öğün ana öğün sürekli aklım yemekte oluyor.” (K13)

“Benim bir diyetim var 50 kilo vermişliğim var o diyetle. Bu fotoğraflara bakınca ben kendimi tanımıyorum ama aynı şekilde geri alıyorum, fazlasıyla geri alıyorum her seferinde.” (K18)

“Ara öğünlerle kafamız karıştı, yani 5 öğün yemek gerektiğini söylüyorlar. Hatta 7 öğün yemek yemeyi söyleyenler var. Yani bununla insanların çok karıştı.” (K26)

Katılımcı ifadelerinde görüldüğü üzere, beslenme ve diyet uzmanlarının katılımcılara önerdikleri diyet listeleri ile ilgili görüş ve önerileri, listelerin kafa karışıklığına yol açtığı, listelere uymakta zorlandıkları ve diyet yapmayı sevmedikleri ifadeleri ile açıklanmıştır. Diyet listelerinin hazırlanma ve uygulanma süreçlerinde katılımcıların yaşam koşullarının ve beslenme alışkanlıklarının dikkate alınması, katılımcıların bu konuda eğitim ihtiyaçları ile açıklanabilir. Katılımcılar, sağlıklı ve dengeli öğünler hazırlama ve sürdürülebilir beslenme alışkanlıkları oluşturmada önerilen diyet yöntemi ve listeleri konusunda kapsayıcı ve bütüncül bilgilere ve yaklaşımlara ihtiyaç duymaktadırlar.

3.3.3. Multidisipliner Çalışma

Görüş ve öneriler kategorisinde yoğun olarak ifade edilen diğer kod multidisipliner çalışma kodudur. K7, K13, K18, K22, K23 ve K27 kodlu katılımcıların konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Bebeğin kaybından sonra bir psikiyatristle görüştim. Hani o daha çok o yas süreciyle ilgili konuştuk.” (K7)

“Ben bunun psikologla beraber olması gerektiğini düşünüyorum. Diyetisyen ve psikolog çünkü bu durumda insanların yani ben belki duygusal açlık çektiğim için mi acaba böyle düşünüyorum.” (K13)

“Mesela bir stajyerimiz vardı diyetisyenlik okumuş şimdi PDR okuyor, ikisini birleştirmek çok önemli, diyetisyenlerin ciddi anlamda psikolojiden anlamaları lazım.” (K18)

“Diyetisyenlerle psikolog, psikolog sosyal hizmete, birbirine bunların hepsinin birbirine bağlaştırmalılar diye düşünüyorum.” (K22)

“Yani psikologlara giriyor, diyetisyenler giriyor, sırf yeme içme değil. Senin psikolojik durumunu her şeyi yani teke tek de görüşmemizi sağlıyorlar yani, çok güzel, çok hoşuma gitti” (K23)

“Doktora da giderim yani, diyetisyenden de yardım almak isterim, fizyoterapistimize gittim zaten.” (K27)

Katılımcı ifadelerinde görüldüğü üzere, multidisipliner çalışma katılımcılarının tedavi sürecindeki olumlu ve olumsuz deneyimleriyle birlikte aktarılmıştır. Katılımcıların deneyimlerine ilişkin paylaşımları, diyetisyen, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, psikiyatrist, psikolojik danışman ve fizyoterapist iş birliğinin önemine işaret etmektedir. Multidisipliner çalışma, meslek elemanlarının iletişim, çalışma, bilgi paylaşımı, önleme, tedavi ve iyileştirme süreçlerini, etik ilkelere uygun çalışma yöntemlerini ve obezite tanısı almış bireylerin üstün yararını gözetken bütün çalışmalara yönelik süreçleri kapsamaktadır. Katılımcı ifadeleri, vurguladıkları meslek mensuplarının, kendi mesleğinin bilgi, beceri ve değer temeline uygun bir biçimde, multidisipliner ekibin bir parçası olarak katılımcıların ihtiyaçlarını karşılama ve destek süreçlerinde rol ve sorumluluklarını gözden geçirmek açısından önemli bir bulguya işaret etmektedir.

3.3.4. Toplumsal Farkındalık

Görüş ve öneriler kategorisinde daha az yoğunlukta ifade edilen kod toplumsal farkındalık kodudur. K9 ve K22 kodlu katılımcıların konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Ya şimdi şöyle tabi ki söylediğim gibi okuma engelli bir toplum olduğumuz için görsel olarak okumaktansa biz görseiliği daha çok tercih ediyoruz. Yani nasıl görseellik dediğin mesela reklamlar çok fazla Kilonun kişinin bir tercihi olmadığı bu hani nasıl

söyleyeyim biyolojik bir rahatsızlık olduğu ya da işte mesela spotlar olabilir, yani bu konuyla alakalı hani bunlar da bir birey bunlar da toplumun başarılı bir bireyi.” (K9)

“Psikiyatristi işte normal doktoru ondan sonra diyetisyeni ayrı ayrı gruplar olup böyle bir yaşam alanı, meslek alanı olduğunu herkes biliyor ama sosyolog, sosyal eğitim, sosyal bilinç, bunların bir meslek olduğu bile bilinmiyor. Bunların daha bilgilendirilmesi, nasıl bilgilendirilir bilmem ama nasıl şişman bir insan diyetisyene gitmeliyim diye biliyor ya böyle bir bilinç algılar var. Ben şişkoyum ama sosyal hizmetlerden de yararlanabilirim gibi bir bilginin olması lazım.” (K22)

Katılımcı ifadelerinden görüldüğü üzere, toplumsal farkındalık kodu ile ilgili bulgular, reklamlar, görsel araçlar ve hizmetler aracılığıyla hem obezite tanısı almış hem de diğer bireylerin bu alandaki farkındalıklarını artırmaya yönelik konuları kapsamaktadır. Toplumsal farkındalık çalışmaları, toplumda obeziteye ve obezite tanısı almış bireylere bakış açısını değiştirme ve hizmetlere yönelik bilgi sağlaması açısından çeşitli çalışmaları kapsamaktadır. Yerel yönetimler, aile sağlığı merkezleri, sağlıklı hayat merkezleri, toplum ruh sağlığı merkezleri gibi yerelde hizmet sağlayan kuruluşlar ve üniversiteler gibi sağlık personeli yetiştiren eğitim kurumları aracılığıyla farkındalık çalışmaları yaygınlaştırılması araştırmanın önerilerini destekleyici bir bulguya işaret etmektedir.

3.3.5. Hizmetlere Erişim

Görüş ve öneriler kategorisinde daha az yoğunlukta ifade edilen kod toplumsal farkındalık kodudur. K9 ve K25 kodlu katılımcıların konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

“Mesela belediyeler daha farklı hizmetler versin yani çünkü ekonomik hayat çok zor artık ulaşamıyoruz, daha böyle küçük cüzi bedellerle elde edebileceğimiz ve hedeflerimize ulaşabileceğimiz. (K9)

“Yani gideyim diyorum, destek alayım diyorum hastaneye, bana diyorum zayıflamak kâğıdı ver ne alacağım ne ilaç ne yiyeceğim yok diyor bir randevu alacaksın bir şeyi gideceksin, ne hastanenin ismi diyet hastanesine git dedi.” (K25)

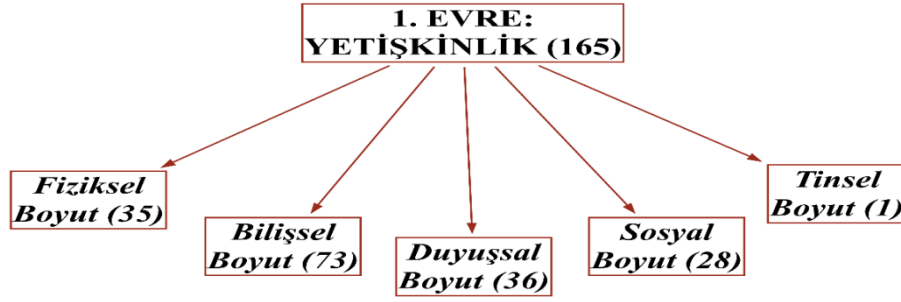
Katılımcı ifadelerinde görüldüğü üzere, hizmetlere erişim ile ilgili paylaşımlar ücretsiz veya uygun ücretli hizmetlere erişim sağlamak, yönlendirme ve erişim sorunlarının gözetilmesi ile ilişkilidir. Katılımcıların eğitim düzeyi düşük ve ileri yaştaki katılımcılarda

Şekil 3.31.'de bütün çalışmada en sık tekrar eden kelimeler verilmiştir.



Araştırmamanın bu bölümünde, aile yaşam döngüsü evreleri ve gelişim boyutlarındaki katılımcı deneyimlerinin karşılaştırmalı analizlerine yönelik analizlere ilişkin bulgular sunulacaktır.

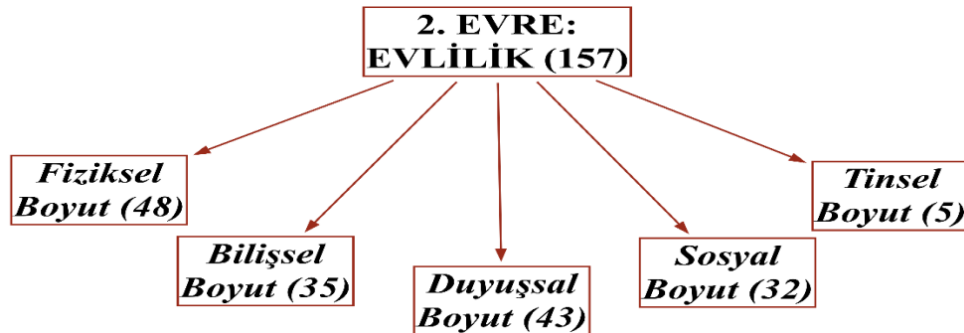
Birinci AYD evresi olan yetişkinlik evresinde, gelişim boyutlarına yönelik kodlar Şekil 3.32’de görülmektedir.



Şekil 3.32. 1. Evre ve Gelişim Boyutları

Araştırmanın katılımcılarından 1. Evre: Yetişkinlik evresinde, katılımcıların tamamı bekârdır. Bu evre katılımcıların ailelerinden bağımsız bir yaşam kurguladıklarını ifade ettikleri bir yaşam evresidir. Bu evrede bağımsızlaşma, kendi işini kurabilme, çalışma yaşamına geçiş ve ikili ilişki deneyimleme gibi alanlarda deneyimleri mevcuttur. Yetişkinlik evresinde yer alan katılımcılardan ikisi henüz ekonomik bağımsızlıkları olmadığı için aileleriyle birlikte yaşamlarını sürdürdüklerini ifade etmişlerdir. Bu evredeki diğer iki katılımcı ekonomik bağımsızlıkları olduğunu ifade eden katılımcılardır. Bu evrede obeziteye bağlı yaşanan zorluklar daha çok bilişsel boyuttaki zorlukları içermektedir. Fiziksel, duyuşsal ve sosyal boyutta da obeziteden kaynaklanan olumsuz deneyimleri ifade eden katılımcıların en çok zorluk yaşadıklarını ifade ettikleri gelişim boyutu bilişsel boyut olarak ortaya çıkmaktadır. Obeziteye bağlı olumsuz düşünceler, kendini beğenmeme, kendini başkalarıyla kıyaslama ve olumsuz beden imajı algısına yönelik en yoğun paylaşımların olduğu evre yetişkinlik evresi olmuştur. Bu evrede duyuşsal boyuta yönelik paylaşımlar bilişsel boyuttan sonra yoğun olarak görülmektedir.

İkinci AYD evresi olan evlilik evresinde, gelişim boyutlarına yönelik kodlar Şekil 3.33'te görülmektedir.

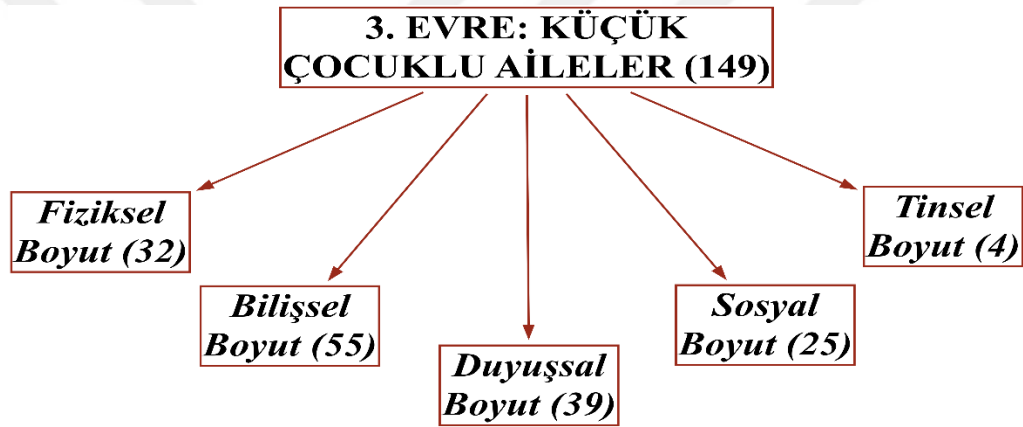


Şekil 3.33. 2. Evre ve Gelişim Boyutları

Katılımcılardan 2. Evre: Evlilik evresinde yer alan beş katılımcıdan iki katılımcı boşanmış, üç katılımcı evlidir. Bu evrede en yoğun bulgular fiziksel ve duyuşsal gelişim

boyutlarında yaşanan zorlukları kapsamaktadır. Fiziksel olarak vücut ağırlıklarının bu dönemde hızla arttığını ifade eden katılımcılar, evlilik ve boşanma ile beraber ortaya çıkan stres faktörlerinin obezite üzerindeki etkilerine vurgu yapmışlardır. Evlilik evresinde bilişsel ve sosyal boyuta yönelik katılımcı ifadelerinin yoğunluğu da birbirine yakındır. Bu evrede yer alan bir katılımcı evlilik yaşantısının olumlu etkilerine yönelik paylaşımlarda bulunurken, obezitenin çoğunlukla fiziksel boyuttaki zorluklarına dikkat çekmiştir. Diğer dört katılımcı ise evlilik ile birlikte yaşamlarındaki değişimin duyuşsal, bilişsel ve sosyal gelişim boyutlarında olumsuz etkilerini yoğun bir şekilde ifade etmişlerdir. Bu evrede çocuk sahibi olmaya hazırlanan, infertilite sorunu yaşayan katılımcılar bulunmaktadır.

Üçüncü AYD evresi olan küçük çocuklu aileler evresinde, gelişim boyutlarına yönelik kodlar Şekil 3.34’te görülmektedir.

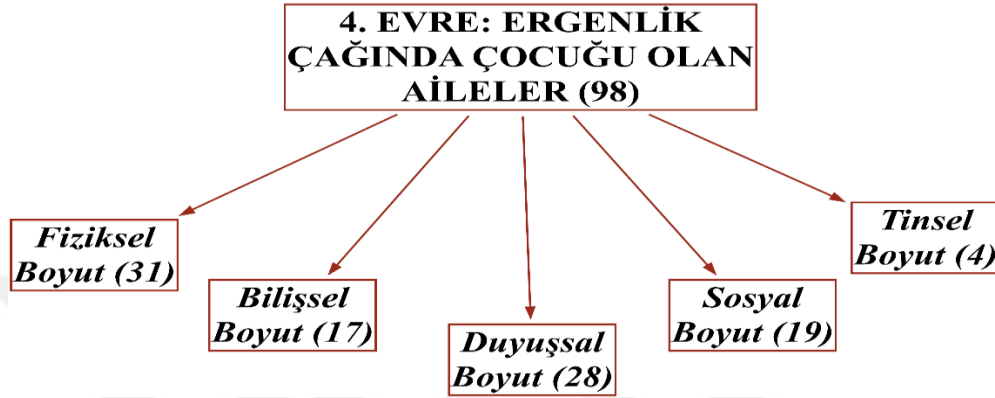


Şekil 3.34. 3. Evre ve Gelişim Boyutları

Katılımcılardan 3. Evre: küçük çocuklu aileler evresinde yer alan dört katılımcı evlidir ve çocukları vardır. Bu evredeki katılımcılar obezitenin bilişsel ve duyuşsal gelişim boyutlarındaki etkilerine daha çok vurgu yapmışlardır. Fiziksel, sosyal ve tinsel boyuttaki katılımcı ifadeleri bu evrede de ikinci evre gibi yoğun ve çoğunlukla olumsuz yönde olmuştur. Bu evrede, bilişsel boyutta özellikle başkalarıyla kıyaslandıklarını ifade eden katılımcılar çoğunluktadır. Aile üyeleri, eşleri ve sosyal çevreleri tarafından sık sık eleştirilere ve kıyaslanmaya maruz kaldıklarını ifade eden katılımcılar bu evrede destek sistemlerinin zayıfladığına vurgu yapmışlardır. Bu evrede stres ve kaygı ifadeleri yüksektir. Bu evredeki katılımcılar hamilelik ve doğum sonrası dönemlerde vücut ağırlıklarında hızlı bir artış olduğunu ifade etmişlerdir. Hamilelikte ve doğum sonrası dönemde obezitenin olumsuz etkilerine vurgu yapan katılımcılar bu dönemlerde yaşadıkları sağlık sorunlarının hamilelik dönemleri üzerindeki etkilerine de değinmişlerdir. Bu evrede bazı katılımcılar çocuklarının bakımı, gereksinimlerinin karşılanması ve özellikle fiziksel aktivite

ihtiyaçlarının karşılanmasında kendilerini fiziksel olarak yetersiz hissettiklerini ifade etmişlerdir. Bu evrede katılımcılardan bazıları obeziteye bağlı erken menopoz ile karşı karşıya kaldıklarını yoğun bir şekilde ifade etmişlerdir.

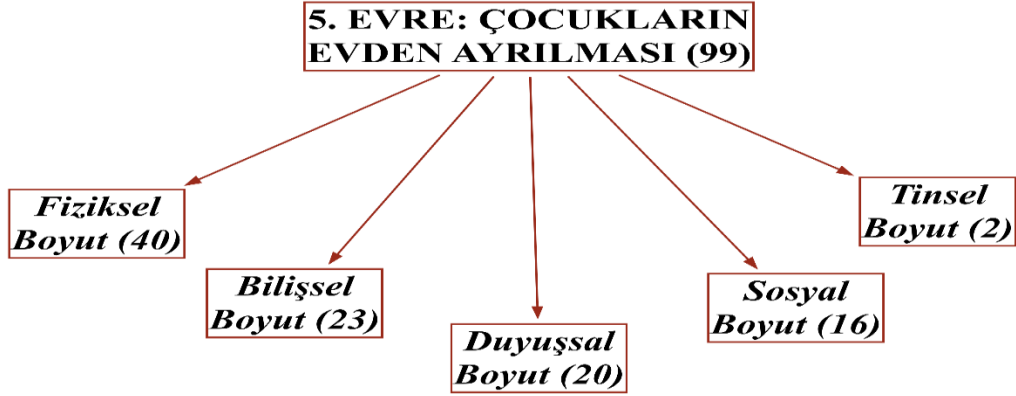
Dördüncü AYD evresi olan ergenlik çağında çocuğu olan aileler evresinde, gelişim boyutlarına yönelik kodlar Şekil 3.35'te görülmektedir.



Şekil 3.35. 4. Evre ve Gelişim Boyutları

Katılımcılardan 4. Evre: Ergenlik çağında çocuğu olan aileler evresinde olan üç katılımcı evli bir katılımcı da eşini kaybetmiştir. Eşini bir kaza sonrasında kaybettiğini ifade eden katılımcı bu travmatik kaybın obezite üzerindeki etkilerine değinmiştir. Travma sonrası vücut ağırlığında hızlı bir artış olduğunu ifade eden katılımcı, travmatik kayıpların obezite üzerine olumsuz etkilerine dikkat çekmiştir. Bu evrede katılımcılardan bazıları ikinci çocuk sahibidir. İlk çocukları ergenlik çağında olan bu evredeki katılımcılar, fiziksel ve duyuşsal boyutta birbirine yakın, sosyal ve bilişsel boyutta da birbirine yakın yoğunlukta aktarımlarda bulunmuşlardır. Bu evre katılımcıların çocuklarına yönelik endişelerinin gündeme yoğun bir biçimde geldiği bir yaşam evresidir. Bu evrede katılımcılar çocukları tarafından da eleştirildiklerini ve başkalarıyla kıyaslandıklarını ifade etmişlerdir. Bilişsel boyuta yönelik aktarımların yoğunluğu bu evrede azalmıştır. Obeziteye yönelik bilişsel anlamda bir kabullenmenin belirgin bir şekilde ortaya çıktığı bu evrede mide ameliyatı olmaya yönelik düşünceler gündeme geçmiş ve bu evredeki iki katılımcı mide ameliyatı bir katılımcı da mide botoksus olduğunu ifade etmişlerdir. Bu katılımcılar zayıflamak için denemedikleri tek yolun mide ameliyatı olduğunu ifade etmişler ve mide ameliyatından bekledikleri sonuçları alamadıklarını ifade etmişlerdir. Bu evrede katılımcılar menopozun obeziteye etkilerine yönelik deneyimleri daha yoğun ifade etmişlerdir.

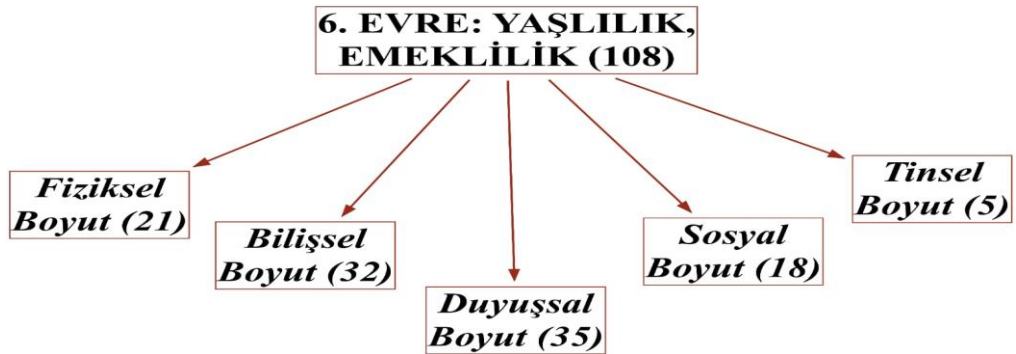
Beşinci AYD evresi olan çocukların evden ayrılması evresinde, gelişim boyutlarına yönelik kodlar Şekil 3.36'da görülmektedir.



Şekil 3.36. 5. Evre ve Gelişim Boyutları

Katılımcılardan 5. Evre: Çocukların evden ayrılması evresinde yaşamlarını sürdüren beş katılımcının beşi de evlidir. Bu evrede katılımcıların obeziteye bağlı yaşadıkları en önemli sorunların fiziksel gelişim boyutunda olduğu görülmektedir. Fiziksel olarak obeziteye bağlı kronik hastalıklar ve ağrılar yaşayan katılımcılar bu evrede artış göstermiştir. Genel olarak bu evrede paylaşımların yoğunluğu azalmış, duyuşsal, bilişsel ve sosyal boyutta paylaşımların yoğunluğu birbirine yaklaşmıştır. Bu evre kadınların eşleriyle yeniden yalnız bir yaşama hazırlandıkları bir dönemdir. Çocuklar okul, iş veya evlilik nedeniyle evden ayrılmış ve katılımcılardan bazıları büyük anne olmuş ve torunlarının bakımını üstlenmişlerdir. Bu evrede obeziteye yönelik kabulleniş artmış ve obeziteyle mücadele, çoğunlukla fiziksel gelişim boyutunda ortaya çıkan sorunlara yönelik olmuştur. Bu evrede obeziteye bağlı artan sağlık sorunlarına yönelik tedavi ve destek arayışı artmıştır.

Altıncı AYD evresi olan yaşlılık ve emeklilik evresinde, gelişim boyutlarına yönelik kodlar Şekil 3.37’de görülmektedir.



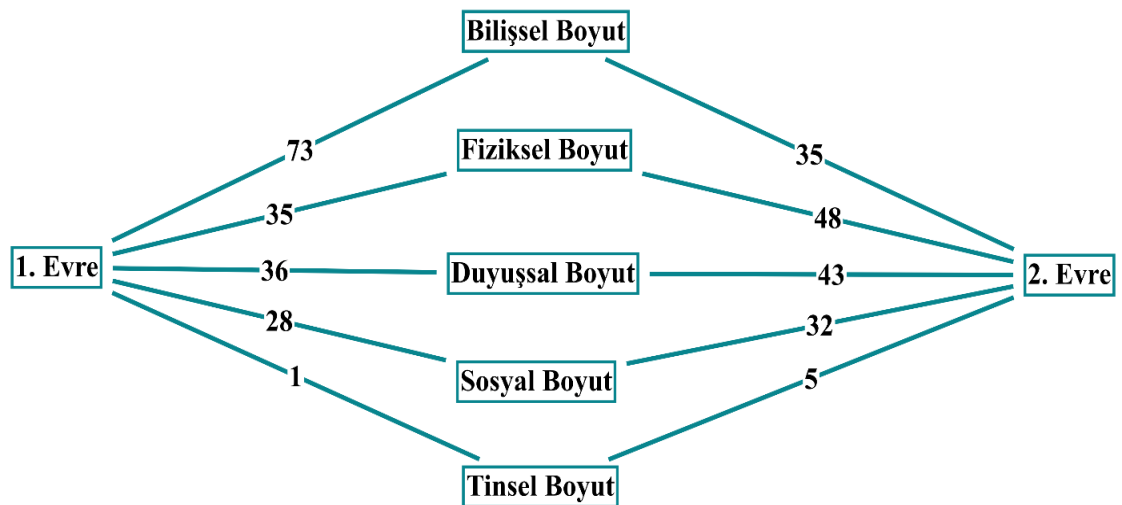
Şekil 3.37. 6. Evre ve Gelişim Boyutları

Katılımcılardan 6. Evre: Yaşlılık ve emeklilik evresindeki beş katılımcı da evlidir. Bu evrede yaşlanmayla beraber fiziksel boyutta artan sağlık sorunları yaşansa da katılımcıların en yoğun aktarımlarının duyuşsal ve bilişsel gelişim boyutlarında olduğu görülmektedir. Bu evrede emeklilik, yaşlanma ve çocukların evden ayrılmasıyla beraber yaşlılık döneminin obezite üzerindeki etkilerini deneyimleyen katılımcılar geçmişe yönelik duyuşsal boyutta kendilerini zorlayan yaşam deneyimlerine yönelik yoğun aktarımlarda bulunmuşlardır. Bu evre, yaşlanmayla beraber obezitenin fiziksel yükünün arttığı ve özellikle bel ve diz ağrıları gibi ağrıların ve kronik rahatsızlıkların arttığı bir evre olarak hem fiziksel hem de duyuşsal boyutta yaşanan zorlukların duygusal yükünün de arttığı bir AYD olma özelliği taşımaktadır. Bu evredeki katılımcılar sosyal boyutta özellikle ekonomik güçlüklerden yoğun söz etmişlerdir. Yaşlılık ve emeklilik nedeniyle gelir kaybına uğradıklarını ifade eden katılımcılar bu evrede ekonomik yetersizliklerin dengeli ve sağlıklı beslenme açısından da olumsuz etkilerine vurgu yapmışlardır.

Aile yaşam döngüsü evreleri arasındaki benzerlik ve farklılıklar her bir evrenin diğer evre ile karşılaştırılması aracılığıyla sunulmuştur.

Bu bölümde verilen şekiller altı AYD evresinde her bir evrenin diğer evreler ile 5 beş gelişim boyutunda karşılaştırmasını göstermektedir. Evrelerdeki kod yoğunlukları şekiller aracılığıyla gösterilmiştir. Nitel desen ile tasarlanmış araştırmalarda sayılar niceliksel olarak değil yoğunluk olarak değerlendirilmelidir. Bu sebeple şekillerdeki sayılar AYD evreleri arasındaki benzerlik ve farklılıkları okumamızda yoğunluk göstergeleri olarak okunmalıdır.

AYD evrelerinden birincisi olan yetişkinlik evresinin ikinci evre ile karşılaştırması Şekil 3.38’de görülmektedir.



Şekil 3.38. 1 ve 2. Evrede Gelişim Boyutları

Şekil 3.38’de görüldüğü üzere, 1. evre olan yetişkinlik evresi 2. evreye göre yalnızca bilişsel boyutta kod yoğunluğu daha fazla olan evredir.

Yetişkinlik evresindeki bilişsel boyuta yönelik aktarımların yoğunluğu artmıştır. Yetişkinlik evresinin gelişimsel özelliklerine bakıldığında, bu evrede bireylerin ebeveynlerden bağımsızlaştığı, okul, çalışma yaşamı, ilişki veya evlilik hazırlıkları gibi nedenlerle ailelerinden ayrı bir yaşam kurguladıkları bir evre olma özelliği taşımaktadır. Bilişsel boyut, bu araştırmada; obezite algısı, kendilik algısı ve beden imajı algısı etrafında şekillenmiştir. Yetişkinlik evresinde katılımcıların en yoğun aktarımlarının bilişsel boyuta yönelik olması, bu evrede bireylerin obeziteye yönelik yaşadıkları güçlüklerin bireysel olarak katılımcılar üzerindeki etkilerine işaret etmektedir. Obezite öyküsü bu evredeki katılımcılarda, kendi ifadelerinden yola çıkarak, çoğunlukla çocukluk ve ergenlik yıllarında başlamış ve yetişkinlik yıllarında da vücut ağırlıkları giderek artmıştır. Bu evrede katılımcıların, obeziteye, kendilerine ve beden imajlarına yönelik genellikle olumsuz düşüncelere sahip oldukları görülmektedir. İş, çalışma yaşamı ve karşı cinsle ilişkiler alanında değişimlerin gerçekleştiği bu evrede katılımcılar, obeziteyi bilişsel boyutta bir sorun alanı bir güçlük olarak değerlendirmektedirler.

Birinci ve ikinci evrede bilişsel boyuta yönelik bazı katılımcı ifadeleri şöyledir:

“Obez insanın muhakkak temelinde bir sıkıntı yatıyordur diye düşünüyorum.” (1. Evre, K1)

“Niye bu kadar gevşek davrandık ya yani biraz da böyle işte bir insan kendini disipline etmeliydi belki bu alışkanlığı farklı şekilde oturtmalıydık belki ama onu yapmadık, aileden yapmadık yani onu.” (1. Evre, K2)

“Öyle yapınca eşim ben de işte kendimi iyice salıyorum aman bu bana böyle hakaret ediyor.” (2. Evre: K5)

“Tabi ki insanlar seni tanıdıktan sonra ilk gördüklerinde şöyle bakıyorlar, eşin zayıf kalem gibi sen gidiyorsun yani sen dünya gibisin.” (2. Evre: K9)

Birinci evrede katılımcılar, ikinci evredeki katılımcılardan farklı olarak obeziteyi aile faktörleriyle ilişkilendirmektedir. İkinci evrede bilişsel boyuta yönelik aktarımlar birinci evreye oranla daha az yoğunluktadır. İkinci evrede yer alan katılımcıların bilişsel boyutta birinci evreye göre aktarımları eşleriyle veya sosyal çevrelerinden başkalarıyla kendilerini kıyaslama şeklindedir. Birinci evrede ebeveyn ve aile faktörlerine yönelik aktarımlar daha

yoğun görülürken, ikinci evrede eş ilişkilerine yönelik aktarımlar yoğun olarak görülmektedir.

Fiziksel boyutta her iki evrede yaşanan zorunlar benzerlik gösterirken, ikinci evrede obeziteye bağlı fiziksel zorlukların arttığı ve bazı hastalıkların kronikleştiği gözlemlenmektedir. Fiziksel boyuta yönelik bazı katılımcı ifadeleri şöyledir:

“Yani ne kadar ben hareketliyim desem de kilo daha çok şey yapıyor. Kısıtlamaların çok oluyor.” (1. Evre, K1)

“O yüzden artık hareketlerimin farklılaştığını hissediyorum.” (1. Evre, K2)

“Duş alırken çok zor oluyor, duş almak bana eziyet gibi geliyor.” (1. Evre, K3)

“Obeziteden tansiyon hastası oldum ben, şekerim çıkıyor, şeker hastası oldum.” (2. Evre, K7)

“Ne oluyor bu kadar beden, bir ayak nasıl taşısın bu bedeni bu sefer şekil olarak bedeniniz de bozuluyor, ayak yapınız bozuluyor, diz yapınız bozuluyor, sırt yapınız bozuluyor yani kaslarınız zayıflıyor.” (2. Evre, K9)

Fiziksel gelişim boyutunda her iki evrede kod yoğunlukları birbirine yakındır. 2. evre olan evlilik evresinde katılımcılar evlenmiş ve eş olma rollerine uyum sağlama, evlilikle beraber yaşamlarında gerçekleşen değişimleri deneyimlemektedirler. Bu evrede katılımcıların hayatlarında obeziteye yönelik fiziksel boyutta artan sorun alanları gözlemlenmektedir.

Duyuşsal boyuttaki kod yoğunlukları her iki evrede de birbirine yakındır. Aynı zamanda duyuşsal boyutta katılımcı ifadeleri yoğun bir şekilde benzerlik göstermektedir. Duyuşsal boyutta her iki evrede de bazı katılımcı ifadeleri şöyledir:

“Küçükken zayıfımışım, belli bir süre sonra bilmiyorum takıntılarım başladı.” (1. Evre, K1).

“Korkularım var, üzüntülerim var işte kaygı bozukluğum var obeziteden.” (1. Evre, K3)

“Stresim çok, üzülüyorum.” (2. Evre, K6)

“Çok öfkeleniyorum, çok kızıyorum kendime, bu kiloya gelene kadar aklın nerdeydi diyorum.” (2. Evre, K7)

Evlilik evresi katılımcıların evlilik ile birlikte yeni aile ilişkileri ve arkadaşlık ilişkileri kurdukları bir dönemdir. Kurulan yeni ilişkilerde katılımcıların kendilerini diğer kadınlarla kıyaslama düşünceleri artış göstermiştir. Sosyal boyuta yönelik her iki evredeki bazı katılımcı ifadeleri şöyledir:

“İnsan içine çıkmak istemem ben, deseler ki 200 kilo ol yine de tanışalım gitmem yani.” (1. Evre, K1)

“Sosyal ortamlarda bakışlardan rahatsız oluyorum.” (1. Evre, K3)

“Eşimin arkadaşlarıyla yemekler falan oluyor gitmek istemiyorum, üstüme bir şey bulana kadar gitmemeyi tercih ediyorum.” (İkinci evre, K6)

“Eşine bakıyorlar bir de sana diyorlar ki bu bununla nasıl olmuş” (K9)

Sosyal boyutta her iki evrede de kod yoğunlukları benzerlik göstermektedir. Ancak birinci evrede sosyal boyuttaki aktarımlar arkadaş ve flört ilişkileri üzerine yoğunlaşmışken ikinci evrede bu ifadeler eş ilişkisi ve evlilikle birlikte oluşan yeni sosyal ilişkilere yönelik sorun alanlarını işaret etmektedir. Evlilik evresinde kadınlar, evlilikte ve evlilik yoluya oluşan yeni sosyal ilişkilerinde kendilerini kilolu olmaktan dolayı rahatsız hissettiklerini ifade etmişlerdir.

Tinsel boyuta yönelik aktarımlar birinci evrede daha az görülürken, ikinci evrede artmaktadır. Her iki evrede bazı katılımcı ifadeleri şöyledir:

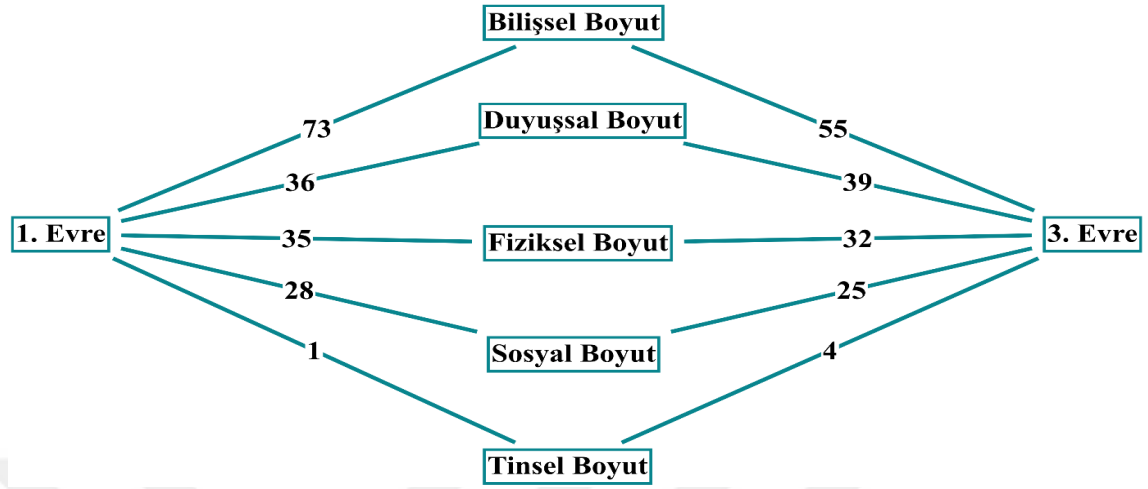
“Baş edemiyorum bazen kilolarımla, ölmek isterim o an, yaşamak istemem yani.” (1. Evre, K1)

“Artık kendimle ilgili bir şey yok bu dünyada, kilo heves bırakmadı.” (2. Evre, K5)

“İnsan kilo veremediği zaman, çoğu kez yaşamak bile istemedim ben.” (2. Evre: K6)

Tinsel boyutta 2. evredeki katılımcı ifadelerinin daha yoğun olması, bu evredeki katılımcıların ifadelerinde, vücut ağırlıklarındaki artışın en yoğun olduğu dönem olmasının etkisinin olduğu görülmektedir. Bu dönemde katılımcılar hızla artan vücut ağırlıklarına bağlı olarak baş etme mekanizmalarında da zayıflamalar yaşandığını ifade etmişlerdir.

Yetişkinlik evresi olan 1. evre ile küçük çocuklu aileler evresi olan 3. evrenin karşılaştırması Şekil 3.39’da görülmektedir.



Şekil 3.39. 1 ve 3. Evrede Gelişim Boyutları

Yetişkinlik evresi olan 1. evre ve küçük çocuklu aileler olan 3. evredeki bilişsel boyuta yönelik aylaşımaların yoğunluğu birbirine yakındır. Üçüncü evre gelişimsel özelliklerine bakıldığında, katılımcıların evlenip çocuk sahibi olduğu, ortalama 5-8 yıldır evlilik kurumu içerisinde yaşamlarını sürdükleri bir yaşam evresidir. Bu evrede katılımcıların bir ya da iki çocuğu bulunmaktadır. Küçük çocuklu aileler evresi olan üçüncü evrede katılımcıların bilişsel olarak en yoğun ifadeleri başkalarıyla kıyaslanma koduna yöneliktir. Birinci ve üçüncü evrede bilişsel boyuta yönelik bazı katılımcı ifadeleri şöyledir:

“Galiba insanlar sana aslında çok böyle şey davranmasa kendini kötü hissetmezsin. Büyük beden insanlara bir acımasızlık var. Gerçi farklı olana var zaten ne yazık ki” (3. Evre, K10)

“Eşim zayıf kadınları beğenir mi diye bir şey oluyorum, kıskanç biriyim.” (3. Evre, K11)

“İster istemez hep böyle bir ablayla kıyaslanıyor ya ablamda hiçbir zaman kilo problemi yoktu hatta daha zayıftı.” (3. Evre: K12)

“En büyük korkumdu o farklı olduğumu düşünceleri başka annelerden birkaç arkadaşına çocuğu öyle söylemiş. Anne sen hani onlar gibi değilsin falan bana söyleyecekler diye çok korkuyorum, söylemezler herhalde inşallah yani. Söylemesinler yani.” (K 13)

Üçüncü AYD evresinde katılımcıların birinci evreye göre bilişsel boyutta paylaşımlarının yönü insanlarla kıyaslanmaya yönelik kaymıştır. Bu evrede katılımcılar çocukları, eşleri veya sosyal çevrelerindeki diğer bireyler tarafından başkalarıyla kıyaslanabildiklerini veya bunun için kaygı duyduklarını ifade etmişlerdir.

Duyuşsal boyuta yönelik aktarımlar her iki evrede de benzerlik gösterirken, ikinci evrede aktarımların içeriği hem olumlu hem olumsuz duygulardan oluşmaktadır. Üçüncü evrede duyuşsal boyuta yönelik ifadeler şöyle olmuştur:

“Yakınlarımla iyi iletişim kurduğumu düşünüyorum, eşimle de bir sıkıntımız yok, beni seviyor, desteğini alıyorum.” (3. Evre, K 10)

“Hiç yardım isteyemem ailemden de isteyemem. Ama keşke yani bilmiyorum ya hiç söyleyemem. Eşimle de geçinemiyoruz.” (3. Evre, K12)

“Daha içime dönük bir zamandayım mesela her şey beni ağlatabiliyor. Eşimle de sorunlarımız var.” (3. Evre, K13)

Duyuşsal boyutta üçüncü AYD evresinde özellikle eşleriyle iletişimi ve ilişkisinin daha iyi olduğunu ifade eden katılımcılar duyuşsal boyutta olumlu yönde aktarımlar yaparken, eş ilişkisinde sorun yaşadıklarını ifade eden katılımcıların duyuşsal boyutta aktarımlarının daha olumsuz olduğu dikkat çekmektedir.

Fiziksel boyutta her iki evrede de aktarımların yoğunluğu benzerlik göstermekte ancak üçüncü evrede hastalıklar ve rahatsızlıkların etkisini arttırdığı ve kronikleştiği görülebilmektedir. Fiziksel boyutta 3. Evrede yer alan bazı katılımcıların ifadeleri şu şekildedir:

“Karaciğer yağlanması var.” (3. Evre, K10)

“Dizlerimdeki ağrılar baya bir attı, ses geliyor artık dizlerimden ameliyat olmam lazım.” (3. Evre, K11)

“Şekerim var benim obeziteden.” (3. Evre, K12)

“Polikistik over olarak var.” (3. Evre, K13)

Fiziksel boyutta 3. AYD evresindeki katılımcı ifadeleri bu evrede hastalıkların ve rahatsızlıkların birinci evreye göre kronikleştiğini ve rahatsızlıkların katılımcıları daha çok

zorladığını göstermektedir. Fiziksel boyutta yaşanan rahatsızlıkların ve zorlukların üçüncü evredeki katılımcıların hamilelik ve doğum sonrası süreçteki vücut ağırlıklarının artmasıyla da ilişkili olduğu gözlemlenmiştir.

Sosyal boyut her iki evrede de kod yoğunluğu birbirine yakın bir gelişim boyutudur. Sosyal boyuta yönelik aktarımların 1. evrede daha çok ebeveynler ve arkadaş çevresi ile ilişkili olduğu görülürken, 3. evrede bu aktarımlar daha çok eş, çocuk ve evlilikle birlikte yeni oluşan sosyal çevre ile ilgili aktarımlardan oluştuğu görülmektedir. 3. evrede sosyal boyuta yönelik bazı aktarımlar şöyledir:

“Eşimle de ailesiyle de böyle konularda çok rahatız, onun kuzenleri de kilolu, o zaten alışık, bizim de ilişkilerimiz çok iyidir.” (3. Evre, K10)

“Eşimin annesi demişti, dedim ben evlendiğimde de kiloluydum yani, bu kadar değildim ama sanki inceciktim evlendiğimde, zoruna gidiyor insanın tabi.” (3. Evre, K11)

“Eşimin iş yemekleri oluyor, hepsi çok zayıf, gitmek istemiyorum, benim oram buram çıkmış.” (3. Evre, K12)

“Ben de zayıf olsaydım kesinlikle bana daha fazla saygı duyardı diyorum.” (3. Evre, K13)

Sosyal boyutta obezitenin etkileri 1. Evre olan yetişkinlik evresinde ebeveyn, flört ve arkadaşlık sistemlerine yönelik aktarımları içerirken, 3. Evrede sosyal boyuta yönelik rahatsızlıklar evlilik ve evlilikle kurulan yeni sosyal ilişkilere yönelik olumlu ve olumsuz duygu ve düşünceleri içermektedir.

Tinsel boyutta 3. Evredeki katılımcılar daha yoğun paylaşımlarda bulunmuşlardır. Bazı katılımcı ifadeleri şöyledir:

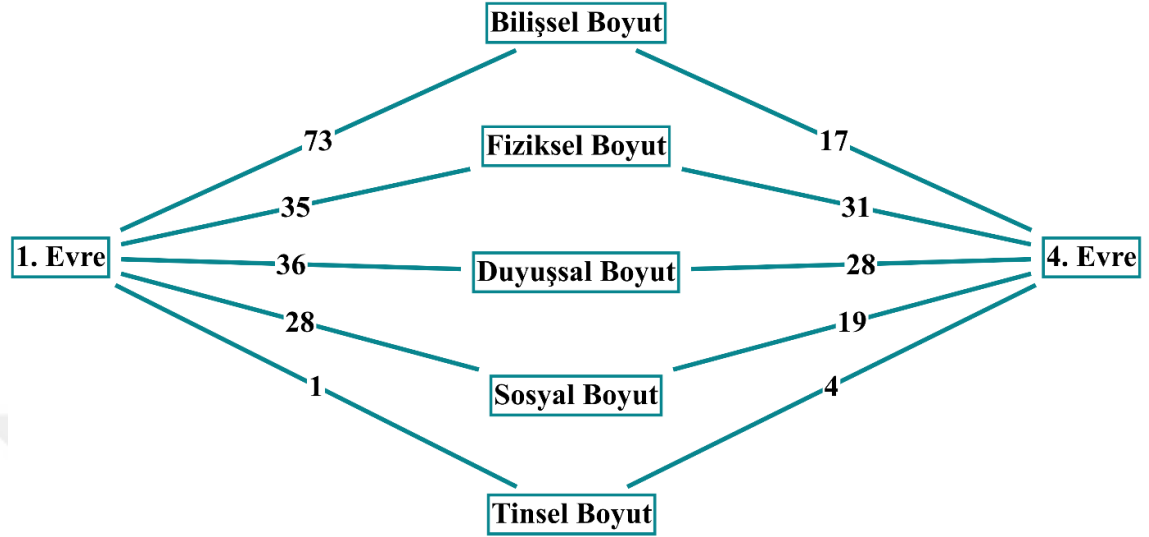
“Öyle çok isyan edecek bir durumum yok ya ben kendimle barıştım.” (3. Evre, K10)

“Baş edemiyorum ya, kendi canımı sıkıyorum.” (3. Evre, K12)

“Çok sıkıntı veriyor, kendime inancım kalmadı” (3. Evre, K13)

Tinsel boyutta katılımcı ifadeleri olumlu ve olumsuz aktarımlardan oluşurken, birinci evrede zayıflamaya yönelik istek ve arzu daha fazlayken, bu evrede katılımcıların, zayıflamaya yönelik kendine olan inançlarının giderek azaldığı gözlemlenmiştir.

AYD evrelerinden birinci evre yetişkinlik evresi ve dördüncü evre ergenlik çağında çocuğu olan aileler evresinin karşılaştırması Şekil 3.40'ta görülmektedir.



Şekil 3.40. 1 ve 4. Evrede Gelişim Boyutları

Yetişkinlik evresinde bilişsel, fiziksel, duyuşsal ve sosyal gelişim boyutlarında kod yoğunluğu dördüncü evreye oranla daha fazladır. Birinci ve dördüncü evrenin en çok yaklaştığı gelişimsel boyut duyuşsal boyuttur.

Fiziksel boyutta ergenlik çağında çocuğu olan aileler evresinde bazı katılımcı ifadeleri şöyledir:

“Ayaklarım bile büyüdü. Benim 38-39 ayaklarım şimdi 40, 41 bile alıyorum bazen. Ayaklarımı bile büyüttü, kilo yani.” (4. Evre, K15)

“Mideme balon taktırdım önce. 24-25 kilo verdim ama ne fark eder ki 110 kilolardan, sonra, sıkıntılı bir süreçti midemde başka bir şeyin olması kötüydü.” (4. Evre, K16)

“Yorgunluğu getiriyor kilo.” (4. Evre, K17)

“Bıktım artık, geri dönüşü yok bence, çok yoruldum, hastalıklarım arttı, bu kilolardan.” (4. Evre, K18)

“Sürekli hastayım, şekerim, tansiyonum, ben artık iyi bir gün geçirmiyorum, artık bıktım.” (4. Evre, K19)

Fiziksel boyutta dördüncü evre olan ergenlik çağında çocuğu olan AYD evresinde katılımcı ifadeleri bu evrede fiziksel ve sağlık sorunlarındaki artışa ve hastalıkların kronikleşmesine vurgu yapmışlardır. Birinci evrede fiziksel boyuttaki ifadeler obezitenin görünen özelliklerine, görsel olarak katılımcıları rahatsız eden boyutlarına vurgu yaparken, dördüncü evrede fiziksel boyutta katılımcılar hastalıklara ve sağlık sorunlarına vurgu yapmışlardır. Bu evrede mide ameliyatı konusu söz konusu olmuş ve bazı katılımcılar mide ameliyatı olmuş, bazıları olmayı düşündüklerini ifade etmişlerdir. Duyuşsal boyut dördüncü evredeki katılımcıların ikinci en yoğun paylaşımlarının görüldüğü evre olmuştur. Dördüncü evrede, duyuşsal boyutta bazı katılımcı ifadeleri şöyledir:

"Stresliyen daha çok yemek istiyorum." (K 14)

"Bu kilo nasıl bir sıkıntıysa kendini durduramıyorsun, yemeden duramıyorsun." (4. Evre, K15)

"Şunu fark ettim şu 12-13 yılım boşa geçmiş bu sebepten dolayı. Kendimle mücadelelerim farklı olurdu bugün yaşadığım hayatı 12-13 sene önce yaşardım arada bir zaman ziyan oldu." (4. Evre, K16)

"Evet, bir psikolojik yanı var. Şöyle bir şey bazı insanlar üzüldü mü yemiyorlar ben evet, üzüldü mü yiyen kısımım yani hani sıkıntıya girdi mi yemeyi seven kısmındayım." (4. Evre, K17)

Duyuşsal boyutta birinci evrede duygusal yemeye yönelik ifadeler daha az görülürken, dördüncü evrede neredeyse her katılımcının duygusal yemeye yönelik ifadeleri dikkat çekicidir. Dördüncü evrede yemek özellikle olumsuz duygularla baş etmek için başvuru bir yöntem olmuştur. Ancak katılımcılar duygusal yemeyi engelleyemedikleri yönünde ifadeleri de dikkat çekicidir. Sosyal boyutta dördüncü evrede birinci evreden farklı olarak katılımcıların annelik deneyimleri ve çocuklarından aldıkları eleştiriler ön plandadır. Dördüncü evrede sosyal boyutta bazı katılımcı ifadeleri şöyledir:

"Kilolu anne olmak şöyle işte, hem yaşlı hem obez anneyim, ikisi zor oluyor gerçekten, sizi bakışları farklı oluyor, çocuklarınıza yetişemiyorsunuz." (4. Evre, K14).

"Söylediği sözler de bazen çok canımı yakıyor. Anne çok kilo aldın anne bu halin ne böyle." (K 15)

“Anne artık yapma, yemekleri yemiyoruz, sen de yeme diyorlar, dikkat ediyorlar ama ben yine de edemiyorum.” (4. Evre, K16)

“Mesela başka bir kliniğin bir hekimi gelip böyle bir şaka niyetiyle bir şey söylerken ondan rahatsız oluyorum.” (K 17)

Dördüncü evrede, sosyal boyutta, katılımcılar birinci evreden farklı olarak, anne olarak obeziteyi deneyimlemektedirler. Annelik deneyimlerinde obeziteye yönelik karşılaştıkları zorluklardan biri, fazla kilolarından dolayı çocukları tarafından eleştirilme. Her iki evrede de sosyal çevre tarafından eleştirilmek ya da bakışlara ve olumsuz söylemlere maruz kalmak mevcuttur. Bilişsel boyut dördüncü evrede daha az yoğunlukta ifade edilmiştir. Dördüncü evrede bilişsel boyutta bazı katılımcı ifadeleri şöyledir:

“Psikolojik olarak bir destek al dedi bana diyetisyen o zaman yaparsın, ben gitmedim.” (K 14)

“Evlendikten sonra kilo almaya başladıktan sonra eşinizle bile birlikte olmak istemiyorsunuz yani çünkü hani o vücut sizi rahatsız ediyor ve eşinizi eşiniz de onu görecektir diye rahatsız oluyorsunuz.” (4. Evre, K15)

“Ben evime kapandım kilolar beni eve kapattı.” (4. Evre, K16)

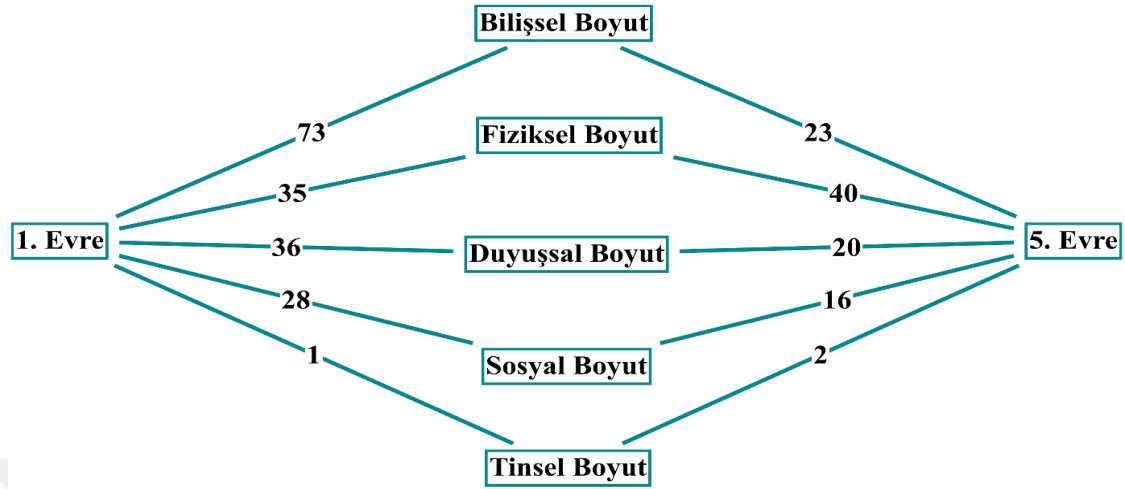
“Aynaya bakınca mutlu olmuyorum zaten, utanıyorum öyle söyleyeyim.” (4. Evre, K17)

Bilişsel boyutta dördüncü evrede yer alan katılımcıların en çok zorlandıkları alanlar bedenlerine yönelik olumsuz düşünceler, eşleriyle yakınlık kurmakta zorlanma gibi alanlarda görülmektedir. Birinci evrede bekâr katılımcılardan farklı olarak bu evrede katılımcılar obeziteye bağlı hem kendilerini beğenmediklerini hem de eşleri tarafından beğenilmediklerini düşündüklerini ifade etmişlerdir. Dördüncü evrede tinsel boyuta yönelik paylaşımlar birinci evreye oranla daha fazla olmuştur. Bu evredeki bazı katılımcı ifadeleri şöyledir:

“Tabi eğilip kalkmada zorlanıyorum ibadetimi yaparken.” (4. Evre, K14)

“Şunu fark ettim şu 12-13 yılım boşa geçmiş obeziteden dolayı. Obez olmasaydım kendimle mücadelelerim farklı olurdu bugün yaşadığım hayatı 12-13 sene önce yaşadım arada bir zaman ziyan oldu, ben hep böyle dua ederim namaz kıldım Allah’a sığındım.” (4. Evre, K16)

AYD evrelerinden birinci evre yetişkinlik evresi ve beşinci evre çocukların evden ayrılması evresinde olan aileler evresinin karşılaştırması Şekil 3.41’de görülmektedir.



Şekil 3.41. 1 ve 5. Evrede Gelişim Boyutları

Araştırmanın beşinci evresindeki katılımcılar çocukların evden ayrıldığı bir yaşam döngüsü evresindedirler. Bu evrede fiziksel boyuta yönelik katılımcı ifadeleri birinci evre ile yakındır ve yoğun olarak görülmektedir. Bu evrede katılımcılar birinci evreden farklı olarak zayıflamak için son çare olarak mide ameliyatı ve mide botoksu gibi operasyonlara başvurmayı düşündüklerini bazıları da bu operasyonları olduklarını ifade etmişlerdir. Birinci evredeki katılımcılardan farklı olarak bu evrede operasyonlara yönelik bazı katılımcı ifadeleri şu şekildedir:

“Yani denemediğim yöntem sanırım bir mide ameliyatı kaldı.” (5. Evre, K18)

“Mesela mide balonu taktırmak istedim.” (5. Evre, K19)

“Eşimin bana bir tespihin eksik falan demesi benim çok zoruma gitti yani aslında ben bu ameliyatı tam anlamıyla eşim yüzünden oldum.” (5. Evre, K20)

“Mide ameliyatı oldum ama işe yaramadı, verdiğim kiloları geri aldım.” (5. Evre, K21)

Beşinci evrede katılımcılar kilolarından kurtulmak için mide ameliyatı operasyonlarını deneyimlemişlerdir. Bu evrede katılımcıların ameliyatları ailelerinden veya sosyal çevrelerden duydukları gözlemlenmiştir. Birinci evrede zayıflamaya yönelik diyet gibi yöntemler tercih edilirken, bu evrede diyetlerin işe yaramadığını ve son çare olarak ameliyat denemek istediğini ifade eden katılımcılar çoğunluktadır. Beşinci evrede bilişsel duyuşsal ve

sosyal gelişim boyutlarındaki katılımcı ifadelerinin yoğunluğu birinci evreye oranla daha az olmuştur. Duyuşsal boyuta yönelik beşinci evredeki katılımcıların ifadeleri şöyledir:

“Yerken duygusal tatmin var, psikolojik bir rahatlama var.” (5. Evre, K18)

“Stres beni yemeye götürüyor, yiyorum doymuyorum, mide de büyüdü.” (5. Evre, K20)

“Kilo almamdaki sebepler aslında yiyerek mutlu oldum biraz.” (5. Evre, K20)

“O doygunluk hissi beni bir rahatlatır üç dakika sonra beş dakika sonra yine pathyorum yani bakarım ki yani artık yeter kusacağım.” (5. Evre, K22)

Beşinci evrede birinci evreye oranla duygusal yeme ifadeleri yoğunluktadır. Bu evrede de katılımcılar stresin kendilerini yemek yemeye yönlendiren önemli bir tetikleyici faktör olduğunu ifade etmişlerdir. Bu evrede de birinci evreyle benzer bir şekilde duyuşsal boyuta yönelik aktarımlar yoğun olarak ifade edilmiştir. Sosyal gelişim boyutuna yönelik beşinci evredeki bazı katılımcı ifadeleri şöyledir:

“Dediğim gibi bir şeyde hani bu konudaki en acımasız insan gene sizin aileniz oluyor maalesef.” (5. Evre, K18)

“Kimse bana acıtmıyor. Öyle sen yaparsın, sen üstesinden gelirsın, sen başarırırsın, sen beceriklisin diye diye beni poppopluyorlar Songül Hanım.” (5. Evre, K19)

“Siz kendinizle dalga geçmeye başlarsınız onlar sizinle nasıl dalga geçsinler, onlar söylemeden ben söylüyorum sussunlar diye, ama zor yapmasınlar tabi ki.” (5. Evre, K18)

“Benim şişko olmamı ailemden daha çok dış çevrem daha çok dert ediniyor, ben kendimle dalga geçiyorum, insanlar eleştiriyor.” (5. Evre, K22)

Beşinci evrede sosyal boyuta yönelik paylaşımlar birinci evre ile benzerlik göstermektedir. Hem birinci hem de beşinci AYD evresinde sosyal boyutta bireyler hem aile üyeleri hem de sosyal çevreleri tarafından eleştirilere maruz kaldıklarını ifade etmişlerdir. Beşinci AYD evresinde birinci AYD evresinden farklı olarak bazı katılımcılar dışarıdan maruzkaldıkları eleştirileri mizah ile karşıladıklarını, kendileriyle dalga geçerek üstesinden gelmeye çalıştıklarını ifade etmişlerdir. Tinsel boyut beşinci evrede birinci evreye oranla daha fazla ifade edilen bir gelişim boyutudur. Bazı katılımcı ifadeleri şöyledir:

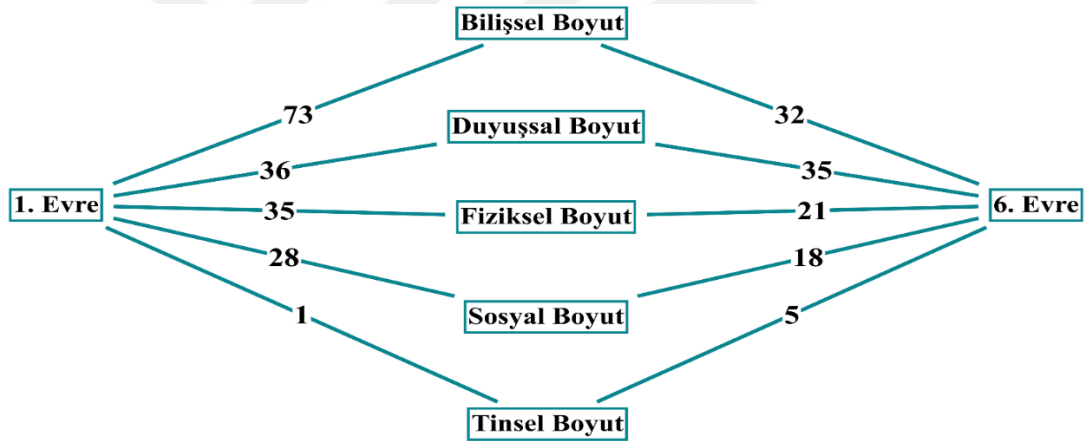
“Oturarak namaz kılmak beni çok üzüyor, ibadetimi tam yapamıyorum kilolarım yüzünden ama ibadetimi yapmaya çalışıyorum, o beni rahatlatıyor.” (5. Evre, K19)

“Namaz kılmaya, ibadet etmeye çalışıyorum, şükrediyorum ne yapayım, benden daha kötüler var.” (5. Evre, K20)

“İnanç anlamında, motivasyon anlamında kendimi rahatlatmaya çalışıyorum.” (5. Evre, K22)

Tinsel boyut beşinci evrede birinci evreden farklı olarak, obeziteyle bir baş etme mekanizması olarak görülmektedir. Bu evrede birinci evreden farklı olarak, katılımcıların inanç sistemleri, obezitenin olumsuz etkilerine yönelik koruyucu bir faktör olarak vurgulanmıştır.

AYD evrelerinden birinci evre yetişkinlik evresi ve altıncı evre yaşlılık ve emeklilik evresinde olan aileler evresinin karşılaştırması Şekil 3.42’de görülmektedir.



Şekil 3.42. 1 ve 6. Evrede Gelişim Boyutları

Araştırmanın 6. Evresi olan yaşlılık ve emeklilik evresinde bütün gelişim boyutlarındaki kod yoğunluğu birinci evre olan yetişkinlik evresine göre daha azdır. Yaşlılık ve emeklilik evresinde en yoğun katılımcı ifadelerinin bilişsel boyutta olduğu görülmektedir.

Bilişsel boyutta altıncı evrede katılımcıların obeziteye yönelik düşünceleri birinci evreden farklı olarak ifade edilmiştir. Bazı katılımcı ifadeleri şöyledir:

“Ne yapalım artık olan oldu, biz de böyle yaşadık, obez olmasaydım bu kadar hasta olmazdım ama olduk artık, isyan edecek bir şey yok.” (6. Evre: K24)

“Ne diyeyim öyle çok bir şeyim yok, çok şükür çocuklarım var geliyor gidiyorlar.” (6. Evre: K25)

“Zayıflayamadım o içimde kaldı, artık da yaşlandık kimse bize bakmıyor, genç değiliz ki, hastalıklar olmasa daha iyi tabi.” (6. Evre, K26)

“Ben bu zamana kadar veremedim, bundan sonra ne yapayım, genç değilim ki.” (6. Evre, K27)

Altıncı evrede bilişsel boyuttaki paylaşımlar birinci evre ile karşılaştırıldığında obeziteyi kabullenme, bulunduğu halinden memnun olmaya yönelik ifadeler barındırmaktadır. Bu evrede obeziteye yönelik olumsuz düşünceler sürmekle beraber, katılımcılar daha kötü olmamakla ilgili temennilerde bulunmuş ve bu durumu kabullendiklerini, eskiye oranla daha az rahatsızlık duyduklarını ifade etmişlerdir. Altıncı evrede duyuşsal boyuta yönelik aktarımlar birinci evreye yakın yoğunluktadır. Bazı katılımcı ifadeleri şöyledir:

“Sevgisiz büyüdük, ne geldiyse başımıza ondan geldi.” (6. Evre: K24)

“Şimdi üzülsem ne, geçmişte çok çektik annemizden babamızdan.” (6. Evre: K25)

“Bekârlığımda tamamen sevgisiz tamamen dışlanmış bir ailede olduğum için kiloyu da öyle aldım, sevgisizlikten.” (K 26)

“Çocuklarım da hep söylüyor, bak hastasın, bu kadar kilo aldın, zayıfla biraz ama ben umursamıyorum.” (6. Evre: K27)

Birinci evreden farklı olarak bu evrede geçmiş aile yaşantılarına yönelik, katılımcıların kaybettikleri ebeveynlerine yönelik bazı duygu ifadeleri baskındır. Bu evrede katılımcıları duyuşsal boyutta en çok zorlayan deneyimler çocukluk ve ergenlik yılları deneyimleriyle ilgili paylaşımlar olmuştur. Birinci evrede katılımcılar duyuşsal boyutta daha çok stres, öfke ve depresyon kodlarına yönelik yoğun paylaşımlarda bulunurken, altıncı evrede katılımcılar sevgisiz bir aile ortamında büyüdüklerini ve obeziteye yol açan en önemli sebebin de bu olduğunu vurgulamışlardır. Fiziksel boyut altıncı evredeki katılımcıların kronik hastalıklar ve rahatsızlıkları en yoğun yaşadıkları sorunları kapsamaktadır.

Fiziksel boyuta yönelik bazı katılımcı ifadeleri şöyledir:

“Tabi yürürken şey tıkanma oluyor. Komalara bile giriyorum, yani o kadar kötü oluyorum.” (6. Evre: K24)

“Mesela benim belim çok kötü ağrıyor bazen sanki öleceğim, bazı geceler hiç yatamıyorum.” (6. Evre: K25)

“Çok fazla sürede de çok ciddi kilolar aldığım için her seferinde bir beden büyük veya biraz daha geniş şeyler giymeye başladım.” (6. Evre: K26)

“Ağrıdan uyuyamıyorum, astımım, şekerim, tansiyonum, artık iyi olacağım yok.” (6. Evre: K27)

Altıncı evrede fiziksel boyutta hastalıkların ve rahatsızlıkların birinci evreye göre oldukça arttığı ve kronikleştiği görülmektedir. Birinci evrede katılımcılar fiziksel boyutla ilgili daha çok fiziksel görünüşlerine yönelik aktarımlarda bulunurken, altıncı evrede katılımcılar obeziteye bağlı yaşadıkları sorunları ve bu sorunların fiziksel gelişim boyutuna etkilerini daha çok hastalıkları ve fiziksel olarak yaşadıkları zorluklar üzerinden aktarmışlardır. Sosyal boyutta altıncı evredeki katılımcılar, birinci evreden farklı olarak, aile veya sosyal çevreden gelen eleştirileri önemsemediklerini ve obezitenin sosyo-ekonomik etkileri üzerine yoğunlaştıkları bir alanı vurgulamışlardır.

Sosyal boyutta bazı katılımcı ifadeleri şöyledir:

“Yani herkes belki kiloyla mücadele etmek için o dengeli, yeterli beslenmeyi tercih et diyor, yapamıyoruz ki alamıyoruz, beslenemiyoruz.” (6. Evre: K23)

“Kimseyi takmıyorum artık, eskiden üzülürdüm şimdi kim ne demiş önemsemiyorum.” (6. Evre: K24)

“Mesela kira veremiyoruz borcumuz var. Bir yerden bir destek alamıyorum, yardım alamıyorum, nasıl sağlıklı besleneyim.” (6. Evre: K25)

“Eşim şaşırtıyor bezen, nasıl bu kadar yiyorum diye, onu da umursamıyorum artık, söylüyor da dinlemiyorum.” (6. Evre: K26)

Altıncı evrede katılımcılar aile ve sosyal çevrelerinden gelen eleştirileri eskisi kadar umursamadıklarını ifade etmişlerdir. Bu evrede yer alan katılımcılar ekonomik koşullarının sağlıklı ve dengeli beslenme alışkanlıkları edinmede yetersiz olduğunu ifade etmişlerdir. Birinci evrede sosyal boyuta yönelik paylaşımlar genellikle dışlanma ve sosyal

çevre tarafından eleştirilme ile ilgiliyken bu evrede sosyal çevrenin etkisi daha önemsiz hale gelmiştir. Tinsel boyut altıncı evrede birinci evreye oranla daha yoğun paylaşımların olduğu gelişim boyutudur. Tinsel boyutta altıncı evredeki bazı katılımcı ifadeleri şöyledir:

“Manevi olarak bir şeyim olmadı, beni etkilemedi obezite, öyle kendimle ilgili bir olumsuz şey olmadı.” (6. Evre: K24)

“Ne yapayım isyan etmiyorum artık, alıştım, bize de böyle bir hayat verdi Allahım.” (6. Evre: K25)

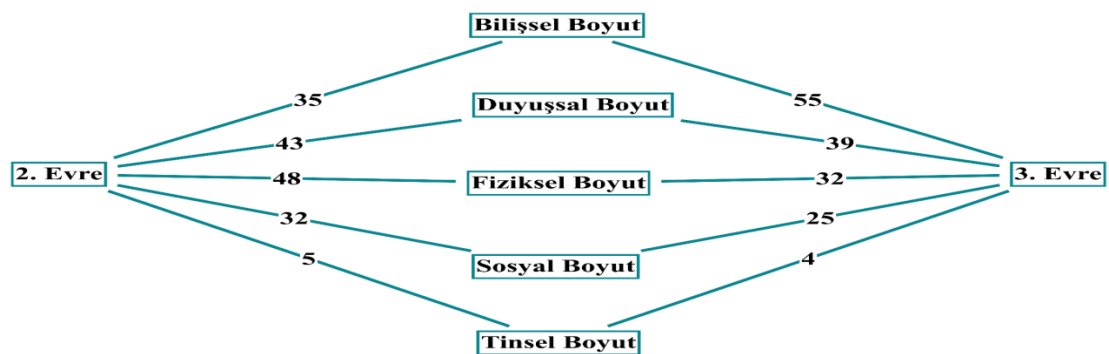
“Eskiden çok üzülürdüm, şimdi eskisi kadar isyan etmiyorum, Allah büyüktür.” (6. Evre: K26)

“Sağlığım da birazcık da hani benim için çok önemli. Başka bir obeziteyle ilgili olumsuz bir şeyim yok yani.” (6. Evre: K 27)

Tinsel boyutta, altıncı evrede yer alan katılımcılar eskisi kadar etkilenmediklerini, obezitenin ortaya çıkardığı manevi duygularla baş edebildiklerini ifade etmişlerdir. Bu evrede birinci evreye oranla inanç sistemlerinin koruyucu bir faktör olduğu görülmektedir. Birinci evrede obezite inanç ve değer sistemlerinde olumsuz etki ederken, altıncı evrede katılımcılarda kabullenme ve bu kabullenmeye bağlı bir rahatlama yaşadıklarını ifade etmişlerdir.

Araştırmanın ikinci AYD evresi olan evlilik evresi ile üçüncü evresi olan küçük çocuklu aileler evresi bütün araştırma boyunca katılımcı ifadelerinin içeriği ve yoğunluğu açısından birbirine en yakın evreler olarak bulunmuştur.

İkinci evre evlilik ve üçüncü evre küçük çocuklu aileler evrelerinin karşılaştırması Şekil 3.43’te görülmektedir.



Şekil 3.43. 2 ve 3. Evrede Gelişim Boyutları

Bütün gelişim boyutlarında paylaşımların en çok benzerlik gösterdiği bu evrelerde yer alan katılımcıların yaş, medeni durum, çocuk sahibi olmayı isteme, çalışma durumu gibi demografik özellikleri birbirine yakındır. Bu benzerlikler, katılımcıların ifadelerinin yoğunlaştığı alanlardan elde edilen bulgulara yönelik benzerlikleri de sağlamaktadır. Üçüncü evrede bilişsel boyuta yönelik aktarımların yoğunluğu ikinci evreye oranla daha fazla ancak aktarımların içeriği birbirine benzer bulunmuştur. Bilişsel boyuta yönelik bazı katılımcı ifadeleri şöyledir:

“Obez olmasaydım kendime güvenim daha fazla olurdu diye düşünüyorum.” (2. Evre, K6)

“Bu kilolarda olmadığım zaman daha dışa dönük biriydim.” (2. Evre, K8)

“Zaten kilolu olmadığın zaman güzel olmak çok kolay ama kilo olduğunda öyle değil.” (3. Evre, K11)

“Her seferinde bir başarısızlık hikâyesi birikiyor zayıflayamayınca.” (3. Evre, K 11)

Bilişsel boyuta yönelik katılımı ifadeleri her iki evrede de benzerlik göstermektedir. Her iki evrede benzerlik gösteren bir başka gelişim boyutu duyuşsal boyuttur. Duyuşsal boyutta bazı katılımcı ifadeleri şöyledir:

“Engel olamıyorum yemek yemeye.” (2. Evre: K6)

“Ne zaman sıkışsam ne zaman strese girsem bunu hani yiyerek kendimce rahatlamaya çalıştım.” (2. Evre, K7)

“Zaman zaman göz açlığı oluyor, üzülünce, sevinince, yemek yemeyi seviyoruz yani öyle bir durumumuz var.” (3. Evre, K10)

“Mutlu olmadığım her an da yemek yiyorum.” (2. Evre, K12)

“Sinirlendim, üzüldüm, bir şeyler yiyeyim, hani hep benim şeyim bu kaçamağım bu.” (3. Evre, K13)

Duyuşsal boyutta her iki evrede de katılımcıların duygusal yemeye yönelik aktarımları benzerdir. Bu evrelerde katılımcılar olumlu ve olumsuz duygularla baş etmek için başvurdukları bir araç olarak değerlendirmektedirler. Her iki evrede de duygusal yemeye bağlı olarak gelişen bir obezite öyküsünden söz etmek mümkündür. Her iki evrede de

fiziksel boyuta yönelik aktarımlar benzerlik göstermektedir. Fiziksel boyuta yönelik bazı katılımcı ifadeleri şöyledir:

“Evlendikten sonra kilolarım arttı, sağlık sorunlarım da arttı.” (2. Evre, K7)

“Kilolu olduğum için çevik değilim istediğim her şeyi giyemiyorum mesela ben rahat olamıyorum.” (2. Evre, K8)

“Yani mesela utanırdım, eşimle de mesela çok az öyle aydınlıkta bir arada bulunmam, obez şiş bir vücut, istemiyorum görünmek.” (2. Evre, K9)

“En basitinden mesela dans kursuna gitmek istiyordum ama diyorum yok ya çok kiloluyum şimdi ne alaka yakışmaz ki falan ya kiloyla çoğu şeyi çok erteledim.” (3. Evre, K12)

“Evlendikten sonra çok kilo aldım ben, kilolarım arttıkça ağrılarım rahatsızlıklarım arttı.” (3. Evre, K13)

Her iki evrede de katılımcılar fiziksel boyuta yönelik benzer paylaşımlarda bulunmuşlardır. Obezite her iki evrede de katılımcılarda fiziksel gelişim boyutunda olumsuz etkileri olan bir konu olarak değerlendirilmiştir. Her iki evrede de katılımcılar evlendikten sonra vücut ağırlıklarındaki artışın hızlandığını ifade etmişlerdir. Vücut ağırlıklarındaki artışa bağlı olarak her iki evrede de katılımcıların rahatsızlıklarında artış olduğu görülmektedir. Bazı katılımcılar yapamk istediklerini bu evrelerde obeziteye bağlı ertelediklerini ifade etmişlerdir. İkinci evrede yer alan katılımcılar, üçüncü evrede yer alan katılımcılara oranla sosyal boyuta ilişkin daha yoğun paylaşımlarda bulunmuşlardır. Sosyal boyuta yönelik bazı katılımcı ifadeleri şöyledir:

“Kendimi hep başkalarıyla kıyaslıyorum.” (2. Evre, K5)

“Kendime bakıyorum sonra başkalarına, üzülüyorum.” (2. Evre, K6)

“Eşim diyorum acaba zayıf kadınları beğeniyor mudur, aklıma geliyor yani.” (2. Evre, K7)

“Teyzemin kızı vardı, annem hep onunla kıyaslardı.” (3. Evre, K11)

“Ablam zayıftı, annemler beni hep onunla kıyaslardı.” (3. Evre, K12)

Sosyal boyutta ikinci evrede daha yoğun paylaşımlar bulunmasına rağmen, katılımcı ifadelerinde bu boyuta yönelik paylaşımların birbirine benzer olduğu görülmektedir. Başkalarıyla kıyaslanma, kendilerini başkalarıyla kıyaslamaya yönelik ve aile içinde yaşadıkları sorunlara yönelik aktarımlar bu evrelerde benzerdir. Ancak ikinci evrede sosyal boyutta kendini başkalarıyla kıyaslama aktarımları yoğunken, üçüncü evrede katılımcıların başkalarıyla kıyaslanmaya maruz kaldıkları aktarımları yoğundur. Tinsel boyuttaki aktarımların yoğunluğu ve benzerliği her iki evrede de birbirine çok yakındır. Bazı katılımcı ifadeleri şöyledir:

“Artık kendimle ilgili pek bir şeyim yok ya bu dünyada.” (2. Evre, K5)

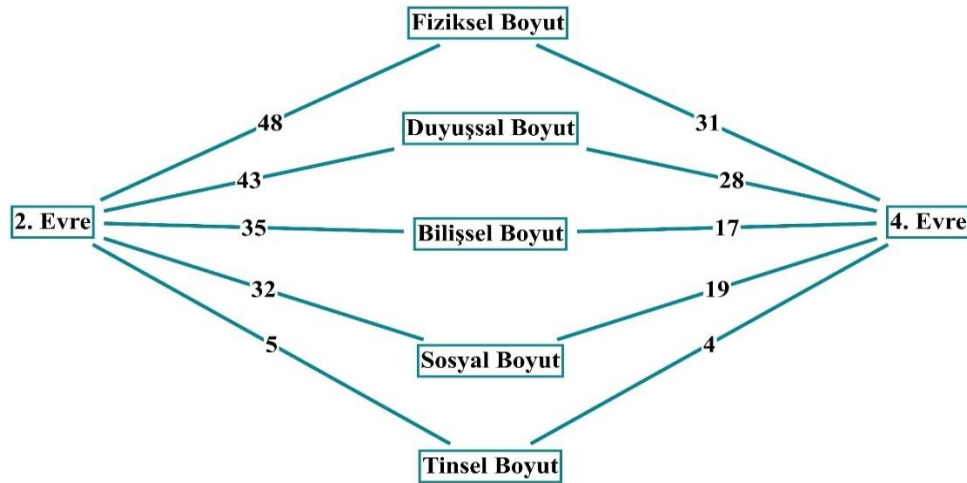
“Bazen insan kilo veremediği zaman yaşamak bile istemiyor.” (2. Evre, K6)

“Bıktım ya inancım da kalmadı.” (3. Evre, K11)

“Kendimi unuttum, kendimle ilgilenmiyorum artık.” (3. Evre, K12)

Her iki evrede tinsel boyuta yönelik aktarımlar benzerlik göstermektedir. Obeziteye bağlı gelişen inanç ve değerler bu evrelerde yaşamlarını sürdüren katılımcılar için çoğunlukla olumsuzluk duygular içermektedir.

İkinci evre evlilik ve dördüncü evre olan çergelik çağında çocukları olan aileler evrelerinin karşılaştırması Şekil 3.44’te görülmektedir.



Şekil 3.44. 2. ve 4. Evrede Gelişim Boyutları

İkinci evre olan evlilik evresi ile dördüncü evre olan ergenlik çağında çocuğu olan aileler evresinde katılımcıların fiziksel, duyuşsal, bilişsel ve tinsel boyutlardaki paylaşımları benzerlik göstermektedir. Fiziksel boyuta yönelik bazı katılımcı ifadeleri şöyledir:

“İstediğini giyememek, rahat hareket edememek obezitenin etkileri.” (2. Evre, K6)

“Büyük beden kıyafet satan yerler aramak zorundasın, bulduğun her şey olmuyor, orantısız bir beden oluyor.” (2. Evre, K7)

“İstediğin gibi hareket edemiyorsun, istediğini giyemiyorsun.” (4. Evre, K15)

“Büyük beden kıyafetler şimdiki gibi yaygın değildi, giyecek bir şey bulamamak çok kötüydü.” (4. Evre, K17)

Fiziksel boyutta her iki evrede de yaşanan sorunlar büyük beden olmak, artan vücut ağırlığına bağlı olarak hareket kısıtlılıklarının ortaya çıkması şeklindedir. Duyuşsal boyut katılımcıların aktarımlarının ortaklaştığı bir diğer gelişim boyutudur. Bazı katılımcı ifadeleri şöyledir:

“Ben evlendikten sonra çok kilo aldım, stres de var, eşimin işte bana davranışları falan zayıflayamıyorum yani.” (2. Evre, K5)

“Eşim de zayıf olmamı istiyor, bazen onun yanında kendimi kötü hissediyorum.” (2. Evre, K7)

“Eşim de böyle çok kibar biri değildir, üzüyor beni sözleriyle, davranışlarıyla.” (4. Evre, K16)

“Yaşadığım stres arttıkça yedim, kilolarım arttı.” (4. Evre, K17)

Duyuşsal boyutta her iki evrede de katılımcılar evlilikle beraber yaşamlarında değişen konulara vurgu yapmışlardır. Vücut ağırlıklarındaki artışın evlilik sonrası dönemde arttığını vurgulayan katılımcılar için obezitenin hem stresin nedeni hem de bir sonucu olarak ifade edilmiştir. Bilişsel boyut her iki evrede de benzer katılımcı ifadelerinin yer aldığı bir diğer gelişim boyutudur. Bazı katılımcı ifadeleri şöyledir:

“Kendimi beğenmiyorum, çekici bulmuyorum kendimi. Özgüvenimi kırdı obezite” (2. Evre, K5)

“Kızıyorum kendime, bu kiloları alana kadar aklın nerdeydi diyorum, kendime acımasızım yani. Özgüvenim düştü” (2. Evre, K9)

“Hayata küsüyor insan obez olduğunda. Kendini de sevmiyor” (4. Evre, K14)

“Kimse sizi ciddiye almıyor, iradesiz görüyor, zayıf olsam daha çok saygı görürdüm.”
(4. Evre, K15)

Bilişsel boyutta katılımcılar obezitenin olumsuz etkilerini vurgulamışlardır. obezitenin özgüvenlerini düşüren bir faktör olduğunu belirten her iki evredeki katılımcılar da obezitenin bilişsel boyutta ortaya çıkardığı sorunlardan en fazla etkilenen AYD evrelerindedirler. Bu evrelerde katılımcıların tinsel boyuta yönelik aktarımları da benzerlik göstermektedir. Bazı katılımcı ifadeleri şöyledir:

“Kendime bile inancımı yitirdim.” (2. Evre, K8)

“İnsan kendinden vazgeçiyor, obezite inancımı zayıflattı.” (2. Evre, K9)

“Yaşamayan bilemez, obezite berbat bir şey.” (4. Evre, K5)

“Çok kötü bir şey obezite.” (4. Evre, K9)

Tinsel boyutta katılımcılar obezitenin yol açtığı olumsuz inanç ve değerlerden söz etmişlerdir. obezite her iki evrede de katılımcıları tinsel gelişim boyutunda olumsuz etkileyen bir faktör olarak bulunmuştur. İkinci ve dördüncü evrede sosyal boyuta yönelik katılımcıların aktarımları hem benzer hem de farklılıklar içermektedir. Bazı katılımcı ifadeleri şöyledir:

“Eşinizle bir yer gitmek istemiyorsunuz, herkes zayıf, ben böyleyim, herkes kilomu soracakmış gibi hissediyorum.” (2. Evre, K7)

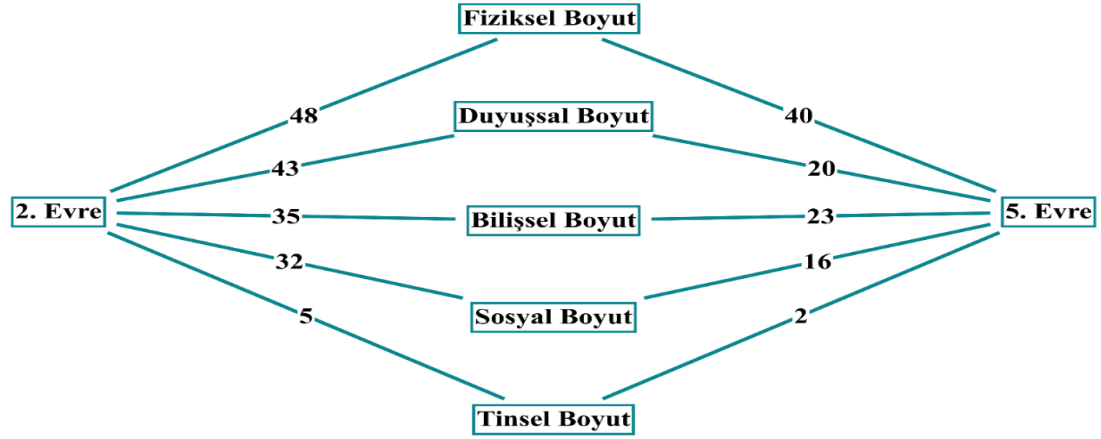
“En acımasız olanlar yine kendi aileniz bu konuda. Kendi ailem de eşimin ailesi de kibar değildir bu konuda” (2. Evre, K8)

“Eşim de çocuk da eleştiriyor, anne sen niye zayıflamıyorsun, bak onun annesi şöyle böyle sen de öyle giyin diye.” (4. Evre, K15)

“Kızım diyet yapıyor hep, beni de beğenmiyor sen şöyle oldun böyle oldun, eleştiriyor beni.” (4. Evre, K17)

Sosyal boyutta katılımcıların her iki evrede de aileleri tarafından eleştirildikleri görülmektedir. Ancak ikinci evrede katılımcıların daha çok eşleri ve eşlerinin aileleri tarafından eleştirilere maruz kaldıkları görülürken, dördüncü evrede katılımcıların çocukları tarafından da zaman zaman eleştirilere maruz kaldıkları görülmektedir.

İkinci evre evlilik ve beşinci evre olan çocukların evden ayrılması evrelerinin karşılaştırması Şekil 3.45'te görülmektedir.



Şekil 3.45. 2 ve 5. Evrede Gelişim Boyutları

Araştırmanın ikinci evresi olan evlilik evresi ile beşinci evresi olan çocukların evden ayrıldığı evrelerinde kod yoğunlukları ve benzerlikleri arasında farklılıklar bulunmaktadır. Kod yoğunluklarının en yakın olduğu fiziksel boyuta iki evre arasındaki farklılıklara yönelik bazı katılımcı ifadeleri şöyledir:

“Büyük beden oldum, hala dolabımda giyemediğim ama atamadığım elbiselerim var veremiyorum bir gün içine sığarım diye.” (2. Evre, K9)

“Evlilikle beraber daha da kilo aldım, kıyafet bulmakta zorlanıyorum mesela.” (2. Evre, K10)

“Astımım var, dizlerim ağrıyor, hani sağlık açısından çok etkiliyor artık. Denemediğim mide ameliyatı kaldı.” (5. Evre, K18)

“Doktor zayıflamadığın sürece hastalıkların azalmaz diyor tabi. Ameliyatı oldum ama fark etmedi pek bir şey.” (5. Evre, K19)

İkinci evrede fiziksel boyuta yönelik aktarımlar, giderek vücut ağırlığında artışla beraber büyük beden olmak, fiziksel olarak genişleyen bedenden ve kıyafetlerden rahatsızlık duymak gibi aktarımlardan oluşurken, beşinci evrede fiziksel boyuta yönelik aktarımlar daha çok obeziteden kaynaklanan hastalıklara ve kronik hastalıkların oluşmasına yönelik olmuştur. Beşinci evrede katılımcılar mide ameliyatı operasyonlarına yönelik aktarımlarda bulunurken, birinci evrede henüz operasyonlara yönelik herhangi bir paylaşım yoktur. Duyuşsal boyutta iki evre arasındaki farklılıklar bulunmaktadır. Duyuşsal boyutta her iki evrede bazı katılımcı ifadeleri şöyledir:

“Stresten kilo alıyorum, çok yemekle kilo alındığını düşünmüyorum.” (2. Evre, K6)

“Çok kızıyorum kendime, bu hale gelene kadar aklın nerdeydi diyorum.” (2. Evre, K9)

“Artık takmıyorum eskisi kadar, artık sağlık boyutundayım.” (5. Evre, K20)

“Çok etkilendim üzülsüm de stres de yaptım ama artık baktım ki kendime zarar veriyorum, sağlık için iyi olayım yeter diyorum kendime.” (5. Evre, K21)

Duyuşsal boyutta, iki evre arasındaki farklılıklar belirgin bir biçimde değişiklik göstermektedir. İkinci evrede duyuşsal boyuta yönelik zorlayıcı duygular daha belirgin, beşinci evrede bu duyguların katılımcıları geçmişte günümüzden daha çok zorladığı, bugün katılımcıların obezitenin sağlığı olumsuz etkileyen boyutlarına yönelik endişe duydukları ortaya çıkmıştır. İki evre arasındaki gelişim boyutlarına yönelik aktarımların en çok benzerlik gösterdiği gelişim boyutu bilişsel boyuttur. Bilişsel boyuta yönelik bazı katılımcı ifadeleri şöyledir:

“Kendimi çekici bulamıyorum.” (2. Evre, K8)

“Eşinizin yanında onunla farklı bir ambiyansta yaklaşıyorsunuz, komik görünüyor, saklamak istiyorsunuz kendinizi.” (2. Evre, K 9)

“Eşim çocuklarım yakıştı dese de ben aynanın karşısında kendimi çoğu zaman güzel görmüyorum yani.” (5. Evre, K19)

“Şimdi her taraf bingil bingil olunca, dikkat ediyorsun daha hani en azından estetik gelmiyor.” (5. Evre, K22)

Bilişsel boyutta her iki evrede yer alan katılımcıların da bedenlerine yönelik hoşnutsuzluk duydukları aktarımlar yoğundur. Beden imajına yönelik olumsuz düşünceler her iki evrede de yoğun olarak ifade edilmiştir. Her iki evrede de katılımcılar evlidir ve eşleriyle ilişkilerinde obezitenin olumsuz etkilerini yaşamaktadırlar. Sosyal boyutta iki evre arasında aktarımlar hem benzerlik hem farklılıklar barındırmaktadır. Her iki evrede de aile ve sosyal çevrenin katılımcılar üzerindeki etkisi görülürken, beşinci evredeki katılımcıların aile ve sosyal çevreden maruz kaldıkları olumsuz eleştirilere yönelik aktarımları ikinci evreye göre farklılıklar içermektedir. Bazı katılımcı ifadeleri şöyledir:

“Eşimin ailesi tarafından da maruz kaldım, evlendin kilo aldın gibisinden, üzücü tabi, üzüliyor insan, eşimin kardeşinin eşini daha çok sevdiklerini düşünüyorum o zayıf kendimi onunla kıyaslıyorum.” (2. Evre, K5)

“İnsanlarla görüşmekten çekiniyorum, görüşmek istemiyorum, bahane buluyorum sürekli.” (2. Evre, K6)

“Eskisi gibi önemsemiyorum insanların bakıp bakmamasını, bakara baksınlar.” (5. Evre, K18)

“Ben de böyleyim diyorum, beni böyle kabul edeceksiniz diyorum, eleştirenle görüşmüyorum” (5. Evre, K22)

Sosyal boyuttaki katılımcı ifadeleri ikinci evrede daha fazla olmakla beraber sosyal çevrenin katılımcılar üzerindeki olumsuz etkisinin de ikinci evrede daha fazla gündeme geldiği görülmektedir. Beşinci evrede katılımcılar ikinci evreden farklı olarak sosyal çevrenin olumsuz etkilerini önemsemediklerini ifade etmişlerdir. Evreler arasındaki farklılıklardan biri de tinsel boyuta yöneliktir. Bazı katılımcı ifadeleri şöyledir:

“Kendimle barışık olamıyorum obez olduğum için.” (2. Evre, K5)

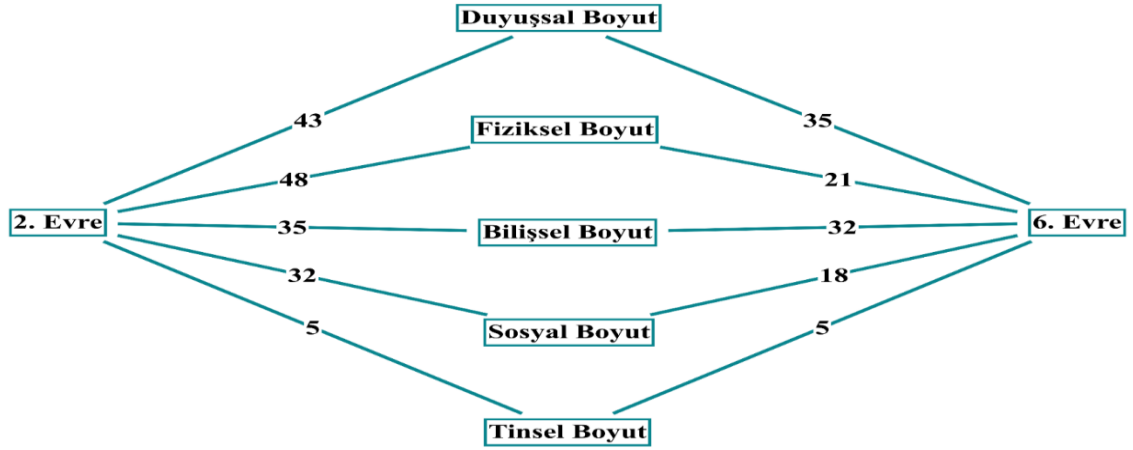
“Çok kötü bir his obez olmak” (2. Evre, K9)

“İbadetimi yapıyorum o beni rahatlatıyor.” (5. Evre, K20)

“Çocuklarım sağolsun, kötü bir şey yaşamıyorum öyle, öyle kötü bir şeyim yok.” (5. Evre, K22)

Tinsel boyutta beşinci evredeki katılımcılar, birinci evredeki katılımcılara oranla daha farklı alanlara vurgu yapmışlardır. Beşinci evredeki katılımcıların ikinci evredeki katılımcılara oranla obeziye yönelik inanç ve değer sistemlerine etki eden faktörlerin daha olumlu olduğu görülmektedir.

İkinci evre evlilik evresi ve altıncı evre olan yaşlılık ve emeklilik evrelerinin karşılaştırması Şekil 3.46’da görülmektedir.



Şekil 3.46. 2 ve 6. Evrede Gelişim Boyutları

Araştırmanın ikinci evresi olan evlilik evresi ile altıncı evresi olan yaşlılık ve emeklilik evresinde en yoğun benzerlikler duyuşsal ve bilişsel gelişim boyutunda olmuştur. Duyuşsal boyutta ikinci evrede yer alan katılımcıların yaşadıkları duygusal zorluklar altıncı evredeki katılımcılarla benzerlik göstermektedir. Duyuşsal boyutta bazı katılımcı ifadeleri şöyledir:

“Daha çok aile streslerinden aldım yani ben kiloyu.” (2. Evre, K6)

“Aileden kaynaklanan bir stres vardı, kilo da öyle oldu, obez olmam ailemde yaşadığım stresten yani.” (2. Evre, K7)

“Hep geçmişten ailede yaşadığım sıkıntılar geliyor aklıma, üzüntüden, stresten obez oldum.” (6. Evre, K23)

“Stres böyle yaptı, düşünceden, üzüntüden kilo aldım.” (6. Evre, K25)

Her iki evrede katılımcıların ifadelerinde yoğunluk olarak yakın olan bir diğer alan bilişsel boyuttur. Bilişsel gelişim boyutunda kodların yoğunluğu birbirine yakın ancak içerik bakımından aktarımlar farklıdır. Bilişsel boyutta bazı katılımcı ifadeleri şöyledir:

“Hayatımı değiştirdiği şey, obeziteli olduğumda, yani kilolu olmak benim kendime olan güvenimi bitirdi.” (2. Evre, K6)

“Çok emin olduğum ama kendime bile itiraf edemediğim bir şey var kilo özgüven eksikliği yapıyor.” (2. Evre, K8)

“Kilo aldıkça benim özgüvenim kırıldı, daha çok kendi kabuğuma çekilmek istedim.” (2. Evre, K8)

“Öyle çok sıkıntım yok, kendimle barışığım, yaşıyoruz genç değil ki artık.” (6. Evre, K24)

“Gençken kendimi beğenmezdim, şimdi de umrumda değil.” (6. Evre, K25)

Bilişsel boyutta, ikinci evredeki katılımcılar obeziteye yönelik olumsuz düşüncelerini yoğun bir şekilde ifade ederken, altıncı evrede bu aktarımlar katılımcıların ifadelerine göre yaşa bağlı olarak biraz daha önemsiz hale gelmiştir. Fiziksel boyut her iki evrede farklı alanlara işaret etmektedir. Bazı katılımcı ifadeleri şöyledir:

“Büyük beden oldukça kıyafet bulmakta zorlandım, giymek istediğin şeyleri giyememek zor.” (2. Evre, K5)

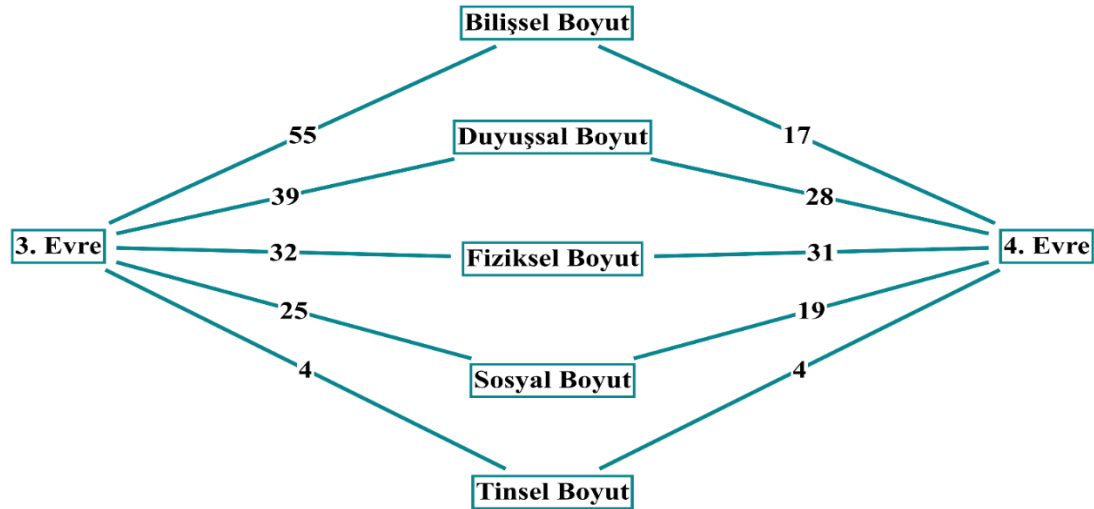
“İstediğim kıyafeti giyememek çok zor, kendimi güzel bulmuyorum, giydiğim yakışmıyor.” (2. Evre, K6)

“Gece ağrıdan uyuyamıyorum.” (6. Evre, K25)

“Bizden geçti artık, kimseye beğendirmeyeceğim kendimi.” (6. Evre, K26)

Fiziksel boyutta iki evredeki katılımcıların ifadeleri farklıdır. İkinci evrede katılımcılar obezitenin dış görünüme olumsuz etkilerini vurgularken, altıncı evredeki katılımcılar dış görünüşün kendileri için önemsizleştiğine ve fiziksel boyutta yaşanan hastalıkların ve sorunların zorluğuna dikkat çekmişlerdir.

Araştırmanın üçüncü evresi olan küçük çocuklu aileler evresi ile dördüncü evresi ergenlik çağında çocuğu olan aileler evrelerinin karşılaştırması Şekil 3.47’de görülmektedir.



Şekil 3.47. 3 ve 4. Evrede Gelişim Boyutları

Araştırmanın üçüncü evresi olan küçük çocuklu aileler evresi ve dördüncü evresi olan ergenlik çağında çocuğu olan aileler evrelerinde kod yoğunluklarına farklı olmasına rağmen, benzerlikler fazladır. Her iki evrede de katılımcılar çocuk sahibidir. Bu evrelerde katılımcıların yaşadıkları bilişsel, duyuşsal, fiziksel ve sosyal sorunlar benzerdir. Her iki evrede de katılımcılar çocukların bakımı, çocukların beslenme ve sağlıklarıyla ilgili endişe duyduklarını yoğun bir şekilde ifade etmişlerdir. Duyuşsal boyutta her iki evrede de bazı katılımcı ifadeleri şöyledir:

“İnsan onlar için zayıflamak istiyor, ilerde beni eleştirir mi, beğenmez mi diye endişeliyim.” (3. Evre, K10)

“Oğlum için de endişeleniyorum, o da böyle kilolu olur mu diye, onda da beslenmeyle ilgili bir sorun olur mu diye.” (3. Evre, K12)

“Kızım için de bazen diyorum inşallah bana benzemez ama o da kötü besleniyor.” (4. Evre, K14)

“Çocuklarım da kilolu, oğlum yizmeye gidiyor, arkadaşları dalga geçmiş, memelerin var diye, geldi anlattı.” (4. Evre, K17)

Üçüncü ve dördüncü evrelerde katılımcıların duyuşsal boyuta yönelik endişe duydukları alanlar benzerdir. Her iki evrede sosyal boyuta yönelik benzerlikler de dikkat çekicidir. Sosyal boyutta katılımcıların ifadeleri şöyledir:

“Sen niye diyet yapmıyorsun, aralıklı oruç yap bilmem ne diye insanlar sürekli bir şeyler öneriyor, çok rahatsız edici.” (3. Evre, K10)

“İnsanlar bakıyor, gözüyle süzüyor, kendini bir topluluğun içinde rahat hissedemiyorsun.” (3. Evre, K11)

“Biz de zayıflamak istiyoruz ama demek ki olmuyor, bu insanları sürekli uyarıp durmasınlar.” (4. Evre, K16)

“Metroda, yolda, herhangi bir mağazada bir yerde herkes her şeyi söyleme özgürlüğüne sahip, bu çok rahatsız edici bir durum.” (4. Evre, K17)

Her iki evrede de katılımcılar obezitenin sosyal yaşamlarındaki olumsuz etkilerine değinmişlerdir. Sosyal boyutta her iki evrede de katılımcılar sosyal çevreden maruz kaldıkları olumsuz eleştirileri ve bu eleştirilerden duydukları rahatsızlıkları ifade etmişlerdir.

Fiziksel boyutta obeziteye bağlı yaşanan sorunlar her iki evrede de benzerlik göstermektedir. Bazı katılımcı ifadeleri şoyledir:

“Doğumdan sonra daha çok aldım kiloları.” (3. Evre, K12)

“Doğumdan sonra bir de bizde işte her şeyi ye ki ocuk doysun gibi bir anlayış var hiç dikkat etmedim.” (3. Evre, K13)

“Doğum ve sonraki süreçte çok arttı kilolarım.” (4. Evre, K15)

“Doğumdan bana kaldı bu kilolarım sonra da veremedim.” (4. Evre, K16)

Fiziksel boyutta her iki evrede de katılımcıların obeziteye yönelik yaşadıkları sorunlar benzerdir. Obezite yks her iki evrede de hamilelik ve doğum sonrası dönemde daha belirginleşmiştir. Vücut ağırlığında en yüksek artış doğum sonrası dönemde olmuştur. Tinsel boyutta her iki evrede de katılımcılar obeziteye yönelik benzer aktarımlarda bulunmuşlardır. Bazı katılımcı ifadeleri şoyledir:

“Obezite insanın her şeyini etkiliyor, kötü bir durum yani.” (3. Evre, K11)

“İnsanı her yönde zora sokan bir şey, eskisi gibi değilim hayatımdan çok şey aldı.” (3. Evre, K13)

“Zor yani, nasıl diyeyim sağlığından ilişkine her şeyini etkiliyor. İyi bir yanı yok.” (4. Evre, K14)

“Kendimle ilgili bir isteğim kalmadı bu hayatta, çocuklarım iyi olsun yeter, çok yordu beni bu kilolar.” (4. Evre, K17)

Tinsel boyutta katılımcıların aktarımları benzerdir. Her iki evrede de katılımcılar obezitenin yarattığı zorlukları ifade etmişlerdir. bilişsel boyut üçüncü ve dördüncü evre arasında en fazla farklılıkların olduğu gelişim boyutu olmuştur. Bazı katılımcı ifadeleri şoyledir:

“Kendini beğenmiyorsun, başkaları da seni beğenmiyor.” (3. Evre, K12)

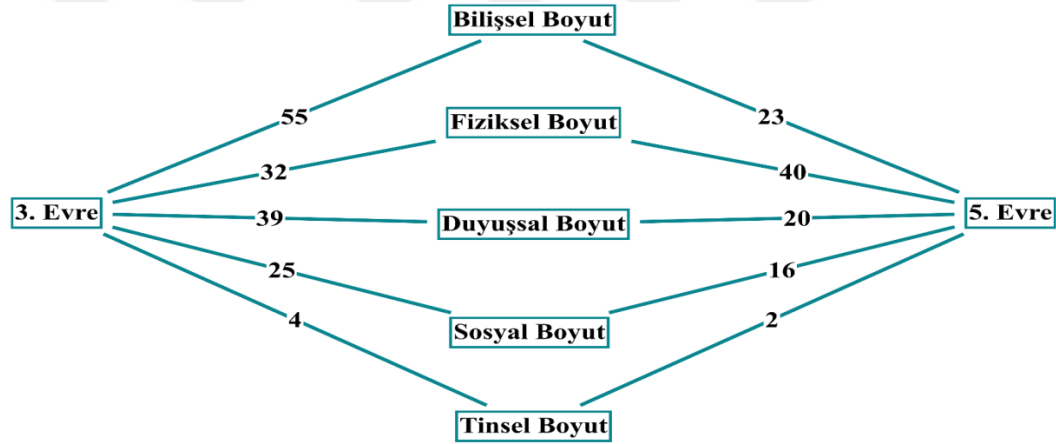
“Kendime bakmak istemiyorum zaten baksam da bakmasam da aynı gibiyim, zayıf olsan farklı olur.” (3. Evre, K13)

“Obezite bizim ailede de var, halam, annem, kuzenlerim yani genetik etkisi olan bir hastalık.” (4. Evre, K15)

“Kendimi eskisi kadar paralamıyorum, ben de böyleyim, çocuklarım büyüdü artık, ben böyle kabul ettim kendimi.” (4. Evre, K16)

Bilişsel boyutta üçüncü evredeki katılımcılar, kendilerine, bedenlerine yönelik belirgin bir hoşnutsuzluk içerisindeyken, dördüncü evredeki katılımcılar obezitenin genetik yatkınlık olduğunu düşündüklerini ve obezitenin olumsuz etkilerinden eskisi kadar etkilenmediklerini ifade etmişlerdir. her iki evre arasında en belirgin farklılıklar bilişsel boyuta yönelik bulunmuştur.

Araştırmanın üçüncü evresi olan küçük çocuklu aileler evresi ile beşinci evresi çocukların evden ayrılması evrelerinin karşılaştırması Şekil 3.48’de görülmektedir.



Şekil 3.48. 3 ve 5. Evrede Gelişim Boyutları

Üçüncü evre ve beşinci evre arasında en yoğun benzerlikler fiziksel boyutta görülmektedir. Fiziksel boyuta yönelik bazı katılımcı ifadeleri şöyledir:

“Kilo artışına bağlı olarak ağrılarım arttı, dizlerim belim çok ağrıyor.” (3. Evre, K11)

“Çok yoruluyorum, çocuklara yetişemiyorum, kilom artınca ağrılarım da arttı.” (3. Evre, K13)

“Ağrılarım çok, gece uyuyamıyorum ağrıdan.” (5. Evre, K18)

“Ağrılarım çok dizlerimde, belimde.” (5. Evre, K22)

Fiziksel boyutta her iki evrede de obeziteye bağlı artan ağrılar ve rahatsızlıklar söz konusudur. Her iki evrede de katılımcılar diz ve bel ağrılarını yoğun bir şekilde yaşamaktadırlar. Bilişsel, duyuşsal ve sosyal boyutta her iki evrede de benzerliklerden çok farklılıklar dikkat çekicidir. Bilişsel boyutta bazı katılımcı ifadeleri şöyledir:

“Kendimi başarısız hissetmekten yorumldum, bir başarı başarısızlık savaşına dönüştü zayıflayamamak.” (3. Evre, K13)

“Zihnimde artık obezite bir hastalık ve ben baş edemiyorum.” (3. Evre, K15)

“Evet almasıymı iyiydi ama ben hayatın stresinden aldım verdim, veremedim olan oldu, artık takmıyorum.” (5. Evre, K20)

“Benden çok insanlar dert ediyor benim obezitemi.” (5. Evre, K22)

Bilişel boyutta üçüncü evre ve beşinci evre arasında obeziteye yönelik düşüncelerde farklılıklar mevcuttur. Üçüncü evrede katılımcılar obezitenin yarattığı olumsuz düşünceleri vurgularken beşinci evredeki katılımcılar eskiye oranla olumsuz düşüncelerinin azaldığını ifade etmişlerdir. sosyal boyut katılımcı ifadelerinin farklılaştığı diğer bir gelişim boyutu olmuştur. Sosyal boyutta bazı katılımcı ifadeleri şöyledir:

“İnsan kendi içine kapanıyor, eskiden gittiğim yerlere artık gitmemeyi tercih ediyorum, kendimi iyi hissetmiyorum çünkü.” (3. Evre, K10)

“Birileri yorum yapmasın diye görüşmemyi, sosyalleşmemeyi tercih ediyorum artık.” (3. Evre, K11)

“Her yere de gidiyorum, kim ne derse desin ben buyum yani beni böyle kabul etti herkes.” (5. Evre, K18)

“İnsanlar bir şey demeden ben diyorum susuyorlar, yeri geldiğinde de söylüyorum, mesela sen de sigara içiyorsun ben sana içme diyor muyum diyorum.” (5. Evre, K20)

Sosyal boyutta da her iki evrede farklılıklar ortaya çıkmıştır. Sosyal hayatlarında zorlandıklarını ifade eden üçüncü evredeki katılımcıların aksine beşinci evredeki katılımcılar, sosyal hayatlarında obeziteye yönelik eleştirileri ve olumsuz değerlendirmeleri kabullenmediklerini, onları olumsuz etkilemesine izin vermediklerini ve eskisi kadar önemsemediklerini ifade etmişlerdir. her iki evre arasındaki belirgin farklılıkları barındıran diğer gelişim boyutu duyuşsal boyuttur. Bazı katılımcı ifadeleri şöyledir:

“Çok öfkeliyim kendime” (3. Evre, K12)

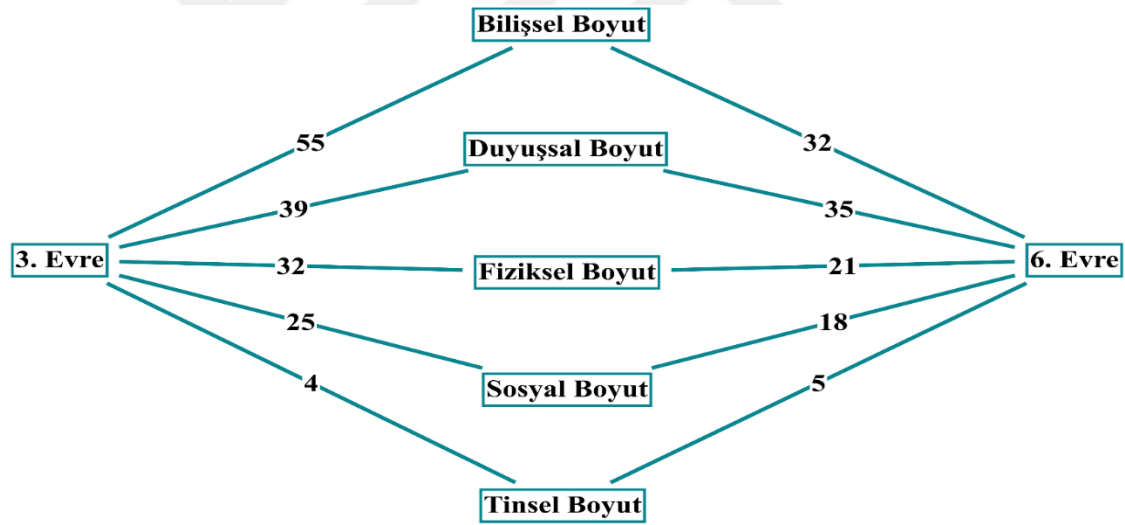
“İnsanlara da kendime de çok kızıyorum, öfkeliyim diye mi kiloluyum acaba.” (3. Evre, K13)

“Ben kendimi harap etmiyorum, ne yapayım ben de böyleyim, kabullendim artık.” (5. Evre, K20)

“Kendimle savaşmayı bıraktım.” (5. Evre, K21)

Duyuşsal boyutta üçüncü evredeki katılımcılar kendilerine ve çevrelerine yönelik öfke duygusuna vurgu yaparken, beşinci evredeki katılımcılar duyuşsal boyutta üçüncü evreden farklı olarak olumsuz duygulara daha az değinmişlerdir.

Araştırmanın üçüncü evresi olan küçük çocuklu aileler evresi ile altıncı evresi olan yaşlılık ve emeklilik evrelerinin karşılaştırması Şekil 3.49’da görülmektedir.



Şekil 3.49. 3 ve 6. Evrede Gelişim Boyutları

Araştırmanın üçüncü evresi olan küçük çocuklu aileler ile altıncı evresi olan yaşlılık ve emeklilik evresinde bilişsel, duyuşsal ve fiziksel evrede benzerlikler, sosyal ve tinsel boyutta daha çok farklılıklar ön plana çıkmaktadır. Bilişsel boyutta bazı katılımcı ifadeleri şöyledir:

“Zihnimde hap zayıflayacağım düşüncesi olunca bu da yorucu bir şey.” (3. Evre, K11)

“Zor bir durum obez olmak, kendini çıkmazda hissediyorsun. Eskisi kadar iyi düşünemiyorum.” (3. Evre, K12)

“Bu yaşımda hala kendimi başkalarıyla kıyaslıyorum, diyorum onlar gibi zayıf olsaydım.” (6. Evre, K24)

“Diyorum böyle yaşlanmasaydım iyiydi, sağlık da gitti, daha kötü olmasam bari.” (6. Evre, K27)

Bilişsel boyutta katılımcılar her iki evrede de birbirine benzer alanlara vurgu yapmışlardır. Her iki evrede de katılımcılar obeziteden kaynaklanan bilişsel zorluklara yönelik aktarımlarda bulunmuşlardır. İki evrede benzer ifadelerin yer aldığı bir diğer gelişim boyutu duyuşsal alana yöneliktir. Bazı katılımcı ifadeleri şöyledir:

“Dışarıya belli etmem ama kendimle kaldığımda çok üzülürüm.” (3. Evre, K12)

“Üzülürüm, ağlarım, baş edemem yani.” (3. Evre, K13)

“İnsanların yüzüne gülerim ama içim öyle değil, yaşlılıkta zor kilolu olmak.” (6. Evre, K25)

“Dışarda herkes çok mutlu görür ama içim öyle değil, çok canım sıkılıyor bu halime.” (6. Evre, K27)

Duyuşsal boyutta her iki evrede de katılımcıların sıklıkla vurguladıkları üzüntü duygusu ön plandadır. Katılımcılar obeziteden kaynaklanan duygulara yönelik benzer alanlara vurgu yapmışlardır. İki evrede yaşları arasında farklılıklar olan katılımcılar olmasına rağmen, fiziksel boyuta aktarımlar arasındaki benzerlikler dikkat çekicidir.

“Dizlerim, belim sıkıntı çıkarıyor epey.” (3. Evre, K10)

“Bu dizler nasıl taşısın bu kadar kiloyu, zorluyor artık.” (3. Evre, K13)

“Dizlerimden belimden çok zorum var.” (6. Evre, K23)

“Merdiven çıkamıyorum, dizlerim, belim çok ağrıyor.” (6. Evre, K25)

Fiziksel boyutta, bedensel olarak yaşanan zorluklar ve ağrılar her iki evrede de benzerdir. Her iki evrede farklılıkların görüldüğü gelişim boyutlarından biri sosyal boyuttur. Sosyal boyuta yönelik bazı katılımcı ifadeleri şöyledir:

“Bakışlarından rahatsız oluyorum insanların.” (3. Evre, K11)

“Bakışları imalı imalı rahatsız edici insanların.” (3. Evre, K12)

“Kimsenin bir şey dediği yok, normal yani.” (6. Evre, K24)

“Kimseden olumsuz bir şey duymadım yani, herkes memnun.” (6. Evre, K26)

Sosyal boyuta yönelik iki evrede yaşanan zorluklar ve sosyal çevreye yönelik endişeler farklılık göstermektedir. Bu iki evrede farklılıklar barındıran diğer gelişim boyutu tinsel boyut alanına yöneliktir. Tinsel boyutta bazı katılımcı ifadeleri şöyledir:

“Kendime olan inancım zayıfladı.” (3. Evre, K12)

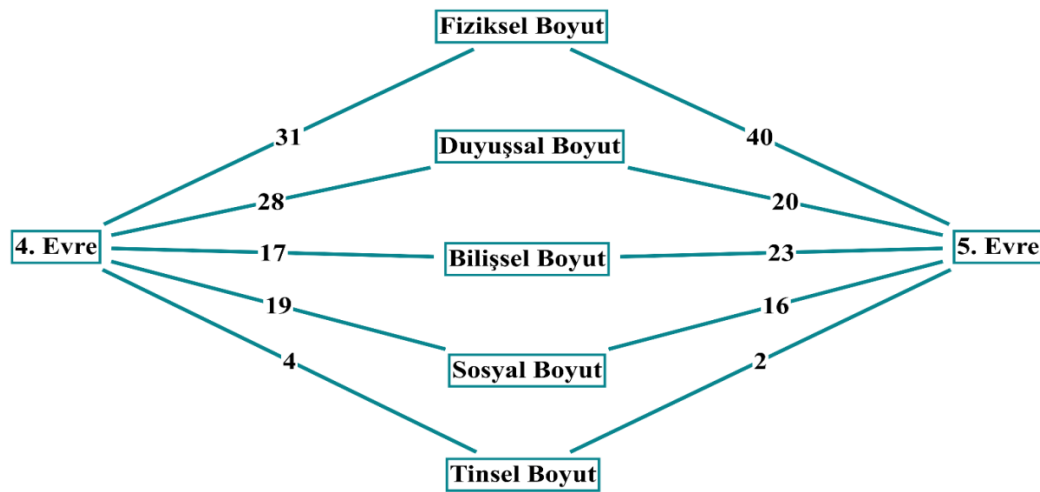
“Kendime inancımı yitirdim, olmuyor yani.” (3. Evre, K13)

“Bir şeyim yok yani, olumsuz bir şey yok.” (6. Evre, K25)

“İbadetimi yaparım, Allaha şükrederim.” (6. Evre, K26)

Tinsel boyutta katılımcı ifadeleri farklılıklar barındırmaktadır. Üçüncü evrede obeziteye yönelik inanç ve değerlerde olumsuz ifadeler görülürken, altıncı evrede bu ifadeler yerini daha olumlu ifadelere bırakmıştır.

Araştırmanın dördüncü evresi olan ergenlik çağında çocuğu olan aileler evresi ile beşinci evresi çocukların evden ayrılması evrelerinin karşılaştırması Şekil 3.50’de görülmektedir.



Şekil 3.50. 4 ve 5. Evrede Gelişim Boyutları

Dördüncü ve beşinci evrede fiziksel boyuta yönelik katılımcı ifadeleri benzerlik göstermektedir. Fiziksel boyuta yönelik bazı katılımcı ifadeleri şöyledir:

“Mide ameliyatı olmadım bir tek, ondan da korkuyorum.” (4. Evre, K14)

“Mide ameliyatı düşünüyorum.” (4. Evre, K17)

“Denemediğim yöntem mide ameliyatı kaldı.” (5. Evre, K18)

“Mesela mide balonu taktırmak istedim geçen sene.” (5. Evre, K19)

“Mide ameliyatı oldum.” (5. Evre, K20)

Fiziksel boyutta her iki evrede de katılımcıların mide ameliyatına yönelik deneyimleri ve düşünceleri benzerlik göstermektedir. Fiziksel olarak benzer zorlukları yaşadıklarını ifade eden katılımcılar mide ameliyatı olmaya yönelik düşüncelerini veya ameliyat olma deneyimlerini paylaşmışlardır. İki evrede bilişsel boyuta yönelik aktarımlar farklıdır, bilişsel boyutta farklılıklara yönelik bazı katılımcı ifadeleri şöyledir:

“İnsana en büyük zararı obezitenin stres.” (4. Evre, K14)

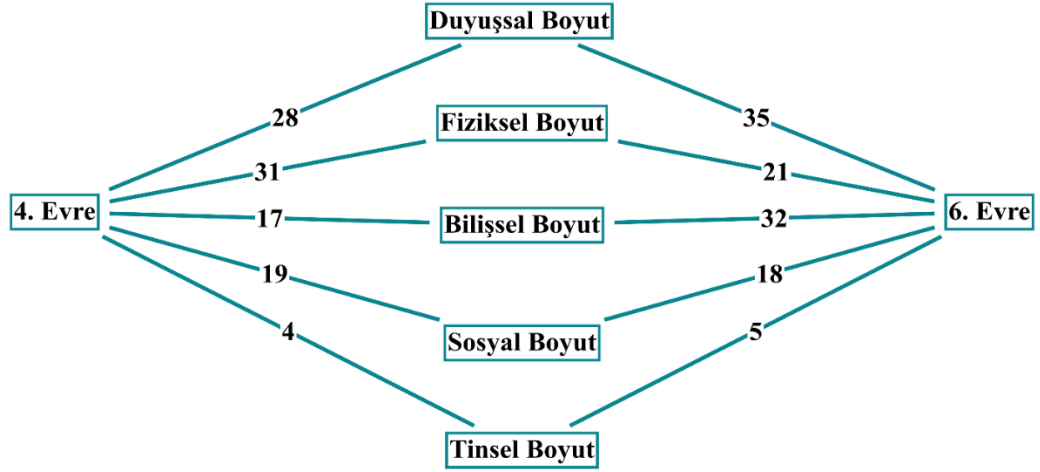
“Hayatımdan 12 sene boşa geçmiş gibi, zayıflayamadığım 12 sene.” (4. Evre, K17)

“Eskiden çok düşünürdüm artık o kadar da etkilemiyor beni.” (5. Evre, K19)

“Gençken çok üzülürdüm neden bu kadar obezim diye.” (5. Evre, K20)

Bilişsel boyutta dördüncü evredeki katılımcılar çoğunlukla obezitenin yol açtığı olumsuz düşünceleri dile getirirken beşinci evrede bu düşünceler katılımcıların geçmiş yaşamlarında daha etkin, günümüzdeyse daha kendilerini daha az etkileyen sorunlar gibi değerlendirilmektedir. Bazı katılımcı ifadeleri şöyledir:

Araştırmanın dördüncü evresi olan çocukların evden ayrılması evresi ile altıncı evresi yaşlılık ve emeklilik evrelerinin karşılaştırması Şekil 3.51’de görülmektedir.



Şekil 3.51. 4 ve 6. Evrede Gelişim Boyutları

Dördüncü ve altıncı evre arasında en yoğun benzerlikler fiziksel gelişim boyutunda görülmektedir. Her iki evrede de katılımcılar obezitenin fiziksel etkilerini benzer ifadelerle aktarmışlardır. Fiziksel boyutta bazı katılımcı ifadeleri şöyledir:

“Dizlerimde kireçlenme var, belimde fitik var.” (4. Evre, 16)

“Hep yorgunum, iş yapmasam da yorgunum, yorgunluğu getiriyor kilo.” (4. Evre, K17)

“Belimin ağrısından uyuyamıyorum geceleri.” (6. Evre, K25)

“Oturduğum yerden yoruluyorum, ayağa kalksam yürüyemiyorum, hep sorun yani.” (6. Evre, K26)

Fiziksel boyutta ifade edilen sorunlar her iki evrede de benzerlik göstermektedir. İki evrede bilişsel boyuta yönelik aktarımlar farklıdır. Bilişsel boyutta bazı katılımcı ifadeleri şöyledir:

“Kendimi beğenmiyorum.” (4. Evre, K14)

“Şiş bir beden, başka bir şey görmüyorsun, aynaya bakmıyorum o yüzden.” (4. Evre, K15)

“Dert etmiyorum, ne yapayım.” (6. Evre, K24)

“Gençler için daha zor, bizim artık sağlık sorunu olmasın yeter.” (6. Evre, K27)

Bilişsel boyutta katılımcı ifadeleri dördüncü evrede daha olumsuz beden imajı ve obezitenin bilişsel düzeydeki olumsuz etkilerine yönelik bulunmuşken, altıncı evrede katılımcıların bu etkileri daha hafif yaşadıkları görülmektedir. Duyuşsal boyuttaki aktarımlar da iki evrede farklılıklar barındırmaktadır. Bazı katılımcı ifadeleri şöyledir:

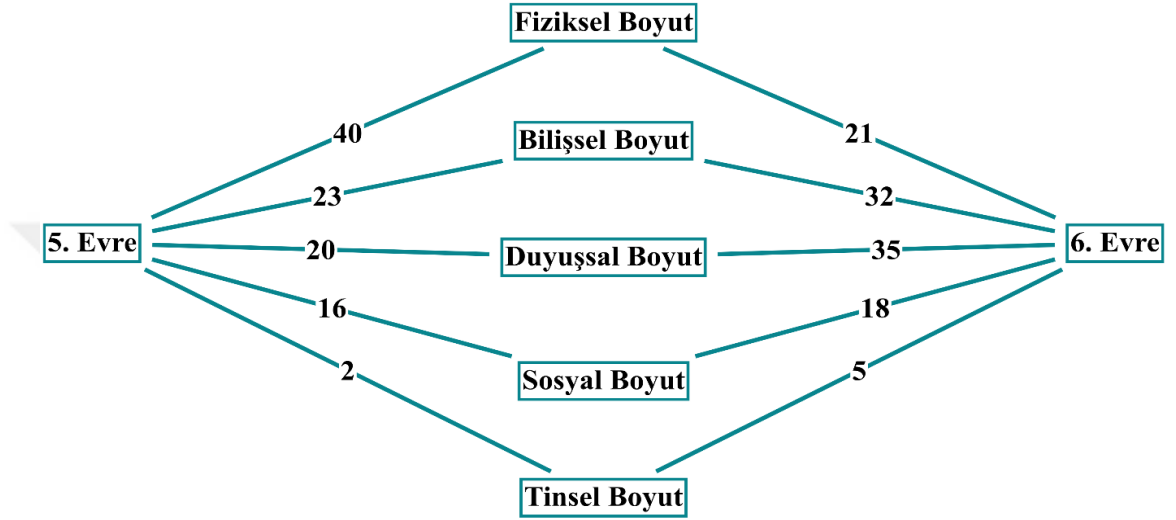
“Stres, üzüntü, eşime çocuğuma kime üzülsem yiyorum.” (4. Evre, K16)

“Obezite ağır yaşam demek.” (4. Evre, K17)

“Üzüntü yok, stresim sadece sağlıkla ilgili, hasta olmasam yeter.” (6. Evre, K24)

“Üzüldük zamanında ama bir şey elde edemedik.” (6. Evre, K25)

Araştırmanın beşinci evresi olan çocukların evden ayrılması evresi ile altıncı evresi yaşlılık ve emeklilik evrelerinin karşılaştırması Şekil 3.52’de görülmektedir.



Şekil 3.52. 5 ve 6. Evrede Gelişim Boyutları

Araştırmada katılımcı aktarımları arasındaki benzerliklerin en fazla olduğu evreler beşinci ve altıncı evreler olarak bulunmuştur. Her iki evrede de beş gelişim boyutundaki kod yoğunlukları farklı olsa da kodlara yönelik aktarımların benzerlikler göstermektedir. Her iki evrede de fiziksel boyuta yönelik bazı katılımcı ifadeleri şöyledir:

“Yaşın da ilerlemesiyle, obeziteden sağlık sorunlarım arttı, astımım, şekerim var.” (5. Evre, K18)

“Sağlık sorunlarım olmasa idare ederim, kolesterol, astım var, kalp var.” (5. Evre, K19)

“Yaşlılık artık, kilo da var, sağlık sorunlarım arttı, kalp, tansiyon hastası oldum.” (6. Evre, K25)

“Astım var, doktor diyor zayıfla.” (6. Evre, K26)

Fiziksel boyutta yaşanan hastalıklar ve kronik sağlık sorunlar her iki evrede de oldukça benzerlik göstermektedir. Bu evrelerdeki fiziksel boyuta aktarımların benzerliği,

yaşın ilerlemesiyle beraber obezitenin bireyler üzerindeki fiziksel etkilerinin ağırlaşmasına işaret etmektedir. Bilişsel boyutta katılımcıların obeziteye ve kendilerine yönelik düşünceleri her iki evrede de benzerlik göstermektedir. Bazı katılımcı ifadeleri şöyledir:

“Kötü bir düşüncem yok artık ama işte çok hastalık var artık, kilo vermeden de iyileşmiyor.” (5. Evre, K21)

“Genç değilim artık, kendimi beğendirecek değilim, güzellik değil de hastalıklar olmasa tamam yani.” (5. Evre, K22)

“Yaşlılık, hastalık, kilolar hepsi iç içe girdi yoksa ben ne yapayım artık güzelliği, genç değilim.” (6. Evre, K23)

“Bizden geçti, gençler kilo alsın, biz artık yaşlandık ama hastalıklar çoğaldı.” (6. Evre, K24)

Bilişsel boyutta katılımcılar her iki evrede de obeziteyi, bedenlerindeki değişimi ve obeziteden kaynaklanan görsel değişimi kabullendiklerini ifade ederek, obezitenin yaşa bağlı ortaya çıkardığı sorunlara yönelik paylaşımlarda bulunmuşlardır. Duyuşsal boyutta da her iki evrede katılımcı ifadeleri benzerlik göstermektedir. Duyuşsal boyuta yönelik bazı katılımcı ifadeleri şöyledir:

“Üzülsem, stres yapsam neye yarar artık, üzülmiyorum.” (5. Evre, K19)

“Stresim yok, hiçbir yerden yardım almadım, gerek de duymadım.” (5. Evre, K21)

“Yardım almadım yani diyetisyene gitmiştim gençlikte.” (6. Evre, K23)

“Yok yani ben böyle kendimle barışığım, ağlasam üzülsem yine bana zarar.” (6. Evre, K25)

Duyuşsal boyutta her iki evredeki katılımcı ifadeleri benzerlikler içermektedir. Bu evredeki katılımcılar obezitenin duyuşsal gelişim boyutuna etkilerini benzer ifadelerle aktarmışlardır. Sosyal boyuta yönelik katılımcı ifadeleri de her iki evrede benzerdir. Bazı katılımcı ifadeleri şöyledir:

“Eşim bazen zayıfla sağlığın için diyor ama umursamıyorum.” (5. Evre, K18)

“Ailemde herkes obez, kimsenin bir şey dediği yok.” (5. Evre, K19)

“Ben insanların ne dediğini umursamayalı çok oldu.” (6. Evre, K24)

“Eşim bazen söyler, zayıflasaydın der ama sağlığım için ona da alınmam yani.” (6. Evre, K27)

Sosyal boyutta her iki evrede de katılımcı ifadeleri benzerlik göstermektedir. Her iki evrede de sosyal çevrenin olumsuz etkilerini karşılamada benzer tepkiler gösteren katılımcılar bulunmaktadır. Bu evrelerdeki demografik özellikler katılımcıların birbirine benzer aktarımlarda bulunmalarına yol açan etkenlerdendir. Tinsel boyut her iki evredeki katılımcıların da benzer aktarımları mevcuttur. Tinsel boyuta yönelik bazı katılımcı ifadeleri şöyledir:

“Etkilemedi yani, kötü bir şeyim yok.” (5. Evre, K22)

“Şükrediyorum.” (5. Evre, K23)

“Etkilemedi.” (6. Evre, K25)

“Şükrediyorum bu halime, çocuklarım yanımda.” (6. Evre, K26)

Tinsel boyutta her iki evrede de katılımcılar tinsel boyutta obezitenin inanç ve değerlerini etkilemediğini, şükrettiklerini ifade etmişlerdir. Tinsel boyuta yönelik aktarımların benzerliği her iki evredeki katılımcıların obeziteye yönelik inanç ve değerlerindeki ortaklığa işaret etmektedir.

Altı AYD evresinin beş gelişim boyutu olan fiziksel, bilişsel, duyuşsal, sosyal ve tinsel gelişim boyutlarında karşılaştırmaları ve bu karşılaştırmalardan elde edilen benzerlik ve farklılıklara yönelik bulgular yukarıda özetlenmiştir. Bu evreler arasındaki benzerlik ve farklılıkların araştırmanın tamamından elde edilen kodlar aracılığıyla karşılaştırılmasına, kod yoğunluğu matrisleri ile devam edilmiştir. Kod yoğunluğu matrisleri aracılığıyla her evrede hangi kodlara yönelik aktarımların daha yoğun olduğu, hangi evrelerde kod yoğunluklarının benzer ve farklı olduğu görülmektedir. Bu bölümde araştırmanın bütün AYD evreleri ve beş gelişim boyutundaki kod yoğunluğu matrisi Şekil 3.53.'te görülmektedir.

Kod Sistemi	1. Evre	2. Evre	3. Evre	4. Evre	5. Evre	6. Evre
- OBEZİTE TANISI ALMIŞ KADINLAR - AYD PERS. OTA KADINLARIN GELİŞİM BOYUTLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ - Fiziksel Boyut - Bedensel Kısıtlılıklar - Büyük Beden Olmak - Fiziksel Aktivite - Özbakım - Yürüme - Fiziksel Ağrılar - Sağlık Sorunları - Covid-19 Pandemisi - Kronik Sağlık Sorunları - Diz Ağrıları ve Sorunları - Menopoz - Uyku Sorunları - Düşük - Polikistik Over - Operasyonlar - Mide Ameliyatı Olma Düşüncesi - Mide Ameliyatı - Mide Botoksu - Bilişsel Boyut - Obezite Algısı - Ailenin Yeme Alışkanlıkları - Bireyin Yeme Alışkanlıkları - Obeziteye Yönelik Düşünceler - Obezite Farkındalığı - Genetik Yatkınlık - Kendilik Algısı - Kendine Yönelik Düşünceler - Kendini Başkalarıyla Kıyaslama - Başkalarıyla Kıyaslanma - Beden İmajı - Olumsuz Beden İmajı Algısı - Olumlu Beden İmajı Algısı - Duyuşsal Boyut - Psikososyal Sorunlar - Öfke - Kaygı - Psikoterapi - Stres - Yardım İsteme - Antidepresan - Duygusal Yeme - Olumsuz Duygulara Bağlı Gelişen Yeme İsteği - Olumlu Duygulara Bağlı Gelişen Yeme İsteği - Gece Yeme - Özgüven ve Benlik Saygısı - Olumsuz Özgüven ve Benlik Saygısı Duyumsamaları - Utanç - Olumlu Özgüven ve Benlik Saygısı Duyumsamaları - Duygusal Özbakım - Sosyal Boyut - Sosyal Destek Mekanizmaları - Aile - Eş ve Çocuklar - Ebeveynler - Kardeşler - Diğer Aile Bireyleri - Arkadaşlar - Ayrımcılığa Yönelik Deneyimler - Dışlanma - Ötekileştirilme - Yoksulluk - Tinsel Boyut - İnanç ve Değerler						

Şekil 3.53. AYD Evreleri ve Gelişim Boyutları Kod Yoğunluk Matrisi

Araştırmanın karşılaştırmalı analizlerinden elde edilen kod yoğunluklarına ait bulgulara bölümde verilmiştir. Araştırmaya katılan katılımcılar, altı farklı aile yaşam döngüsü evresinde yaşamlarını sürdürmektedir. Her bir evrenin gelişimsel özellikleri birbirinden farklıdır. Her bir aile yaşam döngüsü evresinde yaşamlarını sürdüren obezite tanısı almış kadınların gelişim boyutlarına yönelik en yoğun paylaşım yaptıkları alanlar değişmektedir. Her bir evrede sırasıyla en yoğun paylaşımlar olduğu gelişim boyutları şöyledir:

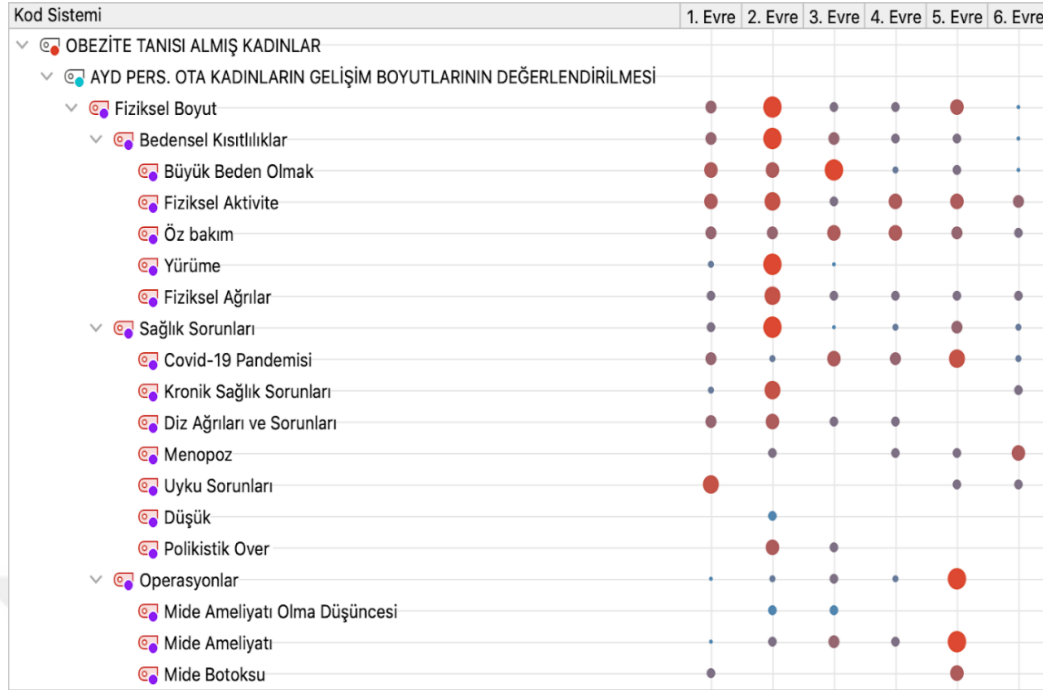
Birinci, ikinci ve üçüncü AYD evrelerinde sırasıyla bilişsel, duyuşsal ve sosyal boyuta yönelik en yoğun paylaşımlarda bulunurken; ikinci AYD evresinde bu boyutlara ek olarak tinsel boyuta yönelik olumsuz inanç ve değerler içeren paylaşımlar dikkat çekici sonuçlara işaret etmektedir. Bu üç AYD evresinde katılımcıların yaşları birbirine yakındır ancak ikinci ve üçüncü AYD evresindeki katılımcılar evli, birinci AYD evresindeki katılımcılar bekârdır. Bu üç AYD evresindeki gelişim boyutlarına yönelik bulgular, katılımcıların obeziteye bağlı özellikle bilişsel ve duyuşsal boyutta yoğunlaşan sorunlar yaşadıklarını göstermektedir. Bu üç evrede bilişsel boyutta en dikkat çekici aktarımlar obeziteye yönelik olumsuz düşünceleri barındırırken; stres, kaygı, öfke gibi duyuşsal boyuta yönelik sorunlar katılımcıların aktarımlarında yoğun bir şekilde yer almıştır.

Dördüncü, beşinci ve altıncı AYD evrelerinde sırasıyla fiziksel ve duyuşsal boyuta yönelik en yoğun paylaşımlar bulunurken; altıncı AYD evresinde tinsel boyuta yönelik olumlu aktarımlar dikkat çekicidir. Dördüncü ve beşinci evredeki katılımcıların yaşları birbirine yakinken altıncı evrede yaş farkı diğer evrelere göre artmaktadır. Altıncı evredeki katılımcılar yaşa bağlı sağlık sorunlarından daha yoğun paylaşımlarda bulunurken, dördüncü ve beşinci evredeki katılımcılar kronik sağlık sorunları ve ağrılara yönelik daha yoğun aktarımlarda bulunmuşlardır. Duyuşsal boyut bu evrelerde de katılımcıların yoğun paylaşımlarda bulundukları bir gelişim boyutudur.

Aile yaşam döngüsü evreleri ve sırasıyla fiziksel, bilişsel, duyuşsal, sosyal ve tinsel gelişim boyutlarına yönelik karşılaştırmalı analizlere yönelik bulgular bu bölümde detaylı bir şekilde verilmiştir.

3.4.1. Aile Yaşam Döngüsü Evreleri ve Fiziksel Boyut Karşılaştırmalı Analizleri

Aile yaşam döngüsü evreleri ve fiziksel boyut karşılaştırmalı analizleri Şekil 3.54.'te görülmektedir.



Şekil 3.54. AYD Evreleri ve Fiziksel Boyut Kod Yoğunluk Matrisi

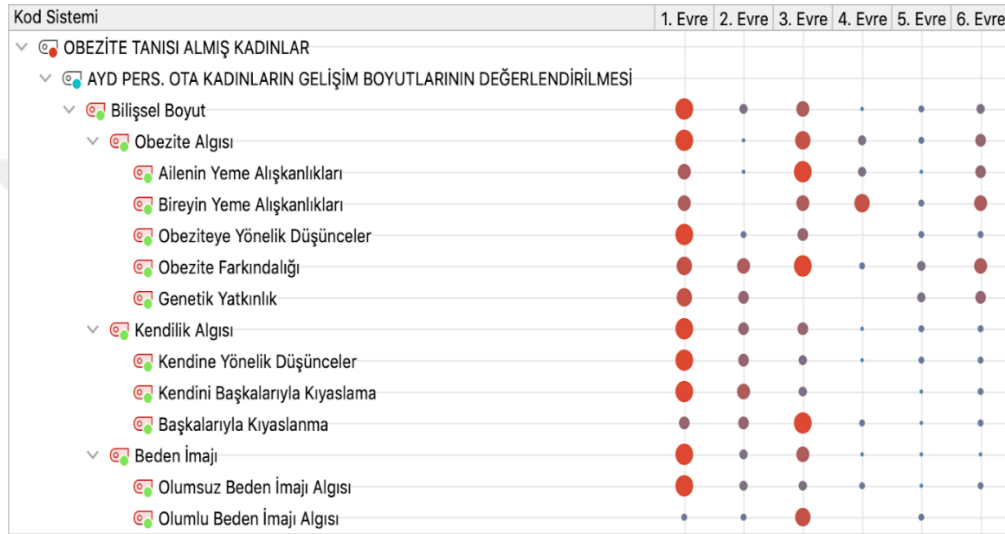
Şekil 3.54.'te görüldüğü üzere, fiziksel boyuta yönelik aktarımların yoğunluğunun evlilik evresi olan 2. evrede arttığı ve yaşlılık evresi olan 6. evrede azaldığı görülmektedir. Bedensel kısıtlılıklar ve sağlık sorunlarına yönelik paylaşımlar evlilik evresi olan 2. evrede; operasyonlara yönelik paylaşımlar da çocukların evden ayrılması evresi olan 5. evrede yoğunlaştığı görülmüştür. Evlilik evresinde, katılımcıların evlilik sonrası ve hamilelik sürecinde vücut kütle ağırlıklarında önemli artışların olduğu bir yaşam döngüsü deneyimi olarak katılımcı paylaşımlarında yer almıştır. Fiziksel boyutta bedensel kısıtlılıklar ve sağlık sorunlarına yönelik aktarımların yoğun olarak paylaşıldığı bu evre katılımcıların evlenip kendi çekirdek ailelerini kurmaya adım attıkları ve hamilelik deneyimlerinin ön plana çıktığı bir AYD evresidir. Bu evrede bedensel kısıtlılıklar ve sağlık sorunlarına yönelik paylaşımların yoğunluğunun artması, katılımcıların evlilik, hamilelik ve doğum sonrası dönemde vücut ağırlıklarında ciddi değişimlerin yaşandığına ilişkin bulgulara işaret etmektedir.

Çocukların evden ayrıldığı evre olan 5. evre katılımcıların operasyonlara yönelik en yoğun paylaşımlarının olduğu evredir. Bu AYD evresinde katılımcıların mide botoksu, mide ameliyatı ve mide ameliyatı olmaya yönelik düşüncelerini yoğun bir şekilde paylaştıkları görülmektedir. Bu evre katılımcıların vücut ağırlıklarının giderek artmaya devam ettiği ve en üst seviyeye ulaştığı bir yaşam dönemini kapsamaktadır. Bu evrede katılımcılar çözüm önerileri arasında mide balonu ve mide ameliyatı gibi operasyonları da düşünebilmektedirler.

Bu evrede mide ameliyatı olmuş katılımcılar ve henüz ameliyat olmamış ancak ameliyat fikrini yoğun bir şekilde gündeminde tutan katılımcılar da mevcuttur. Katılımcı ifadelerinden elde edilen veriler, katılımcıların mide ameliyatı operasyonlarına yönelik en yoğun düşüncelerinin bu AYD evresinde yoğunlaştığına işaret etmektedir.

3.4.2. Aile Yaşam Döngüsü Evreleri ve Bilişsel Boyut Karşılaştırmalı Analizleri

Aile yaşam döngüsü evreleri ve bilişsel boyut karşılaştırmalı analizleri Şekil 3.55.'te görülmektedir.



Şekil 3.55. AYD Evreleri ve Bilişsel Boyut Kod Yoğunluk Matrisi

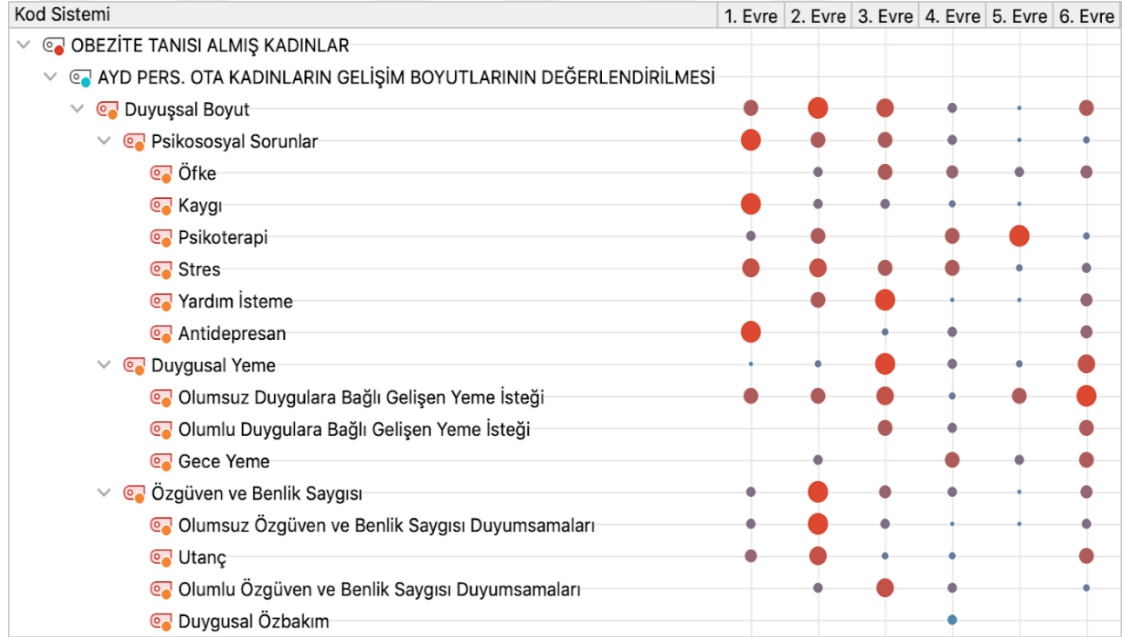
Şekil 3.55.'te görüldüğü üzere, bilişsel boyuta yönelik paylaşımların yoğunluğunun bütün temalarda yetişkinlik, evlilik ve küçük çocuklu aileler evreleri olan 1, 2 ve 3. evrelerde artış gösterdiği; ergenlik çağına çocuğu olan aileler, çocukların evden ayrılması ve yaşlılık ve emeklilik evreleri olan 4, 5 ve 6. evrelerde azaldığı görülmektedir.

Yetişkinlik evresi olan birinci aile yaşam döngüsü evresinde, kendini başkalarıyla kıyaslama koduna yönelik en yoğun paylaşımlar mevcuttur. Yetişkinlik evresinde katılımcılar vücut ağırlıklarından dolayı kendilerini daha zayıf kişilerle kıyaslamaktadırlar. Bu evrede katılımcılar kendilerini beğenmek ve özellikle karşı cins tarafından beğenilme ihtiyacının en yoğun ifade edildiği evrelerden biridir. Bir ilişkiye başlamak, evlenmek ve yuva kurmak gibi isteklerin ifade edildiği bu evrede katılımcılar kendilerini yoğun bir şekilde kendilerinden daha zayıf kadınlarla kıyaslamaktadırlar. 3. evre olan küçük çocuklu aileler evresinde ise başkalarıyla kıyaslanma koduna yönelik katılımcı ifadeleri yoğun bir şekilde paylaşılmıştır. 3. AYD evresi katılımcıların evlenmiş ve en az bir çocuk sahibi oldukları bir yaşam dönemini kapsamaktadır. Bu evrede başkalarıyla kıyaslanma

deneyimleri yoğun bir şekilde katılımcıların çocukluk ve ergenlikte aile üyeleri tarafından yapılan kıyaslanmaları içermektedir. Bazı katılımcılar çocuklarının kendilerini arkadaşlarının anneleri ile kıyaslanmalarından korktuklarını da ifade etmişlerdir. Başkalarıyla kıyaslanmaya yönelik en yoğun katılımcı deneyimlerinin paylaşıldığı bu evre aynı zamanda katılımcıların vücut ağırlıklarında hızlı artışın olduğu bir evre olarak da aktarılmıştır. Bu evrede aynı zamanda fiziksel görünümlerinde ciddi değişiklikler yaşadıklarını ifade eden katılımcılar zaman zaman aile üyeleri, eşleri ve çocukları ve sosyal çevrelerindeki diğer kişiler tarafından başkalarıyla kıyaslanabildikleri görülmüştür.

3.4.3. Aile Yaşam Döngüsü Evreleri ve Duyuşsal Boyut Karşılaştırmalı Analizleri

Aile yaşam döngüsü evreleri ve duyuşsal boyut karşılaştırmalı analizleri Şekil 3.56.'da görülmektedir.



Şekil 3.56. AYD Evreleri ve Duyuşsal Boyut Kod Yoğunluk Matrisi

Şekil 3.56.'da görüldüğü üzere, duyuşsal boyuta yönelik aktarımların yoğunluğunun yetişkinlik, evlilik ve küçük çocuklu aileler evreleri olan 1,2 ve 3. evrelerde daha fazla ve birbirine yakın, ergenlik çağına çocuğu olan aileler, çocukların evden ayrılması ve yaşlılık ve emeklilik evreleri olan 4,5 ve 6. evrelerde ise daha az yoğunlukta olduğu görülmektedir. Yetişkinlik evresi olan 1. Evrede kaygı koduna yönelik en yoğun aktarımların yer aldığı görülmektedir. Bu evre katılımcıların ailelerinden bağımsızlaşma deneyimlerinin olduğu, iş bulma, flört ilişkileri ve evlenip yuva kurmaya yönelik yaşam hedeflerinin olduğu bir evredir. Bu evredeki katılımcılar bu yaşam deneyimlerine yönelik sahip oldukları olumsuz

çevresel koşulların yaşadıkları kaygı üzerinde etkili olduğunu ifade etmişlerdir. Duyuşsal boyuta yönelik ifadelerin yoğunlaştığı evreler 1, 2 ve 3. evreler olmakla beraber, 1. evrede kaygı koduna yönelik paylaşımların yoğunluğu, bu evrede duyuşsal boyuta yönelik çalışmaların yoğunlaşması gerekliliğine yönelik önemli bulgulara işaret etmektedir.

Küçük çocuklu aileler evresi olan 3. evrede duyuşsal boyut kategorisinde öfke koduna yönelik paylaşımların yoğun olduğu bir evre olarak görülmektedir. Bu evrede katılımcıların kendilerine yönelik öfkeleri dikkat çekici bir bulgudur. Bu AYD evresi katılımcıların evli ve en az bir çocuk sahibi oldukları bir yaşam dönemini kapsamaktadır. Bu evrede katılımcıların evlilikte süregelen problemlere yönelik paylaşımlarının da yoğunlaştığı görülmektedir. Öfke koduna yönelik paylaşımların yoğunluğu, bu evredeki katılımcıların evlilikte yaşadıkları sorunlar ve kendilerine yönelik öfkenin nedenlerini ve bunun vücut ağırlıklarındaki artış üzerindeki etkilerini tartışmak açısından önemli bulgulara işaret etmektedir. Yetişkinlik ve evlilik evreleri olan 1. ve 2. Aile yaşam döngüsü evreleri duyuşsal boyut kategorisinde stres koduna yönelik paylaşımların yoğun olduğu evreler olarak görülmektedir. Strese bağlı vücut ağırlıklarında artış olduğunu ifade eden bu evrelerdeki katılımcılardan yetişkinlik evresinde olanlar, flört ilişkiler, evlenme düşüncesi, iş bulma, aileden kaynaklanan sorumlulukları azaltmak gibi yaşam deneyimlerini deneyimleyen kadınlardır. Bu evrede üniversite mezunu olup atanamadığı için çalışamadığını ifade etmiş, flört şiddetine maruz kalmış ve ebeveynlerinin bakım yükünü üstlenmek zorunda kalmış katılımcılar bulunmaktadır. Evlilik evresinde, katılımcılar çalışma, evlilik, çocuk sahibi olmaya yönelik yaşam olaylarını deneyimlemektedirler. Her iki evrede de stres koduna yönelik paylaşımların yoğunluğu bu evrelerdeki stresli yaşam olaylarını ve etkilerinin tartışılması gereken bulgulara işaret etmektedir.

Yetişkinlik evresinde duyuşsal boyut kategorisinde antidepresan koduna yönelik paylaşımların yoğun olduğu bir evre olarak görülmektedir. Antidepresan kullanımına yönelik en yoğun paylaşımların olduğu bu evredeki bulgular, katılımcıların baş etme mekanizmaları, sorun çözme becerileri ve gelişim boyutlarına etki eden içsel ve çevresel faktörlerin birlikte değerlendirilmesi ve tartışılmasına yönelik önemli bulgulardır.

Yaşlılık ve emeklilik evresi olan 6. evre, duyuşsal boyut kategorisinde olumsuz duygulara bağlı gelişen yeme isteği koduna yönelik paylaşımların yoğun olduğu bir evre olarak görülmektedir. Olumsuz duygulara bağlı gelişen yeme isteği koduna yönelik paylaşımların bu evrede yoğunlaştığı görülmektedir. Stres, sıkıntı, yoksulluk gibi olumsuz yaşam deneyimlerinin ortaya çıkardığı olumsuz duygularla baş etmede yemek yemeye

yöneldiklerini ifade eden katılımcı ifadeleri, bu AYD evresinde yalnızlık, yaşlılık, emekliliğe bağlı ekonomik gelir kaybı ve emekli olmalarına rağmen çalışmaya devam etme gibi deneyimlerinin tartışılması için önemli bulgulara işaret etmektedir.

Evlilik evresi olan 2. evre duyuşsal boyut kategorisinde olumsuz özgüven ve benlik saygısı koduna yönelik paylaşımların yoğun olduğu bir evre olarak görülmektedir. Olumsuz özgüven ve benlik saygısı koduna yönelik paylaşımların bu evrede yoğunlaştığı görülmektedir. Bu evre katılımcıların vücut ağırlıklarının hızla arttığını ifade ettikleri bir yaşam dönemi özelliği taşımaktadır. Evlilik ve hamilelik gibi yaşam deneyimleriyle ilişkili paylaşımları, katılımcıların bu evrede olumsuz özgüven ve benlik saygısı aktarımlarının yoğunluğunu etkileyen faktörlere ilişkin bulgular sağlamaktadır.

3.4.4. Aile Yaşam Döngüsü Evreleri ve Sosyal Boyut Karşılaştırmalı Analizleri

Aile yaşam döngüsü evreleri ve sosyal boyut karşılaştırmalı analizleri Şekil 3.57.'de görülmektedir.



Şekil 3.57. AYD Evreleri ve Sosyal Boyut Kod Yoğunluk Matrisi

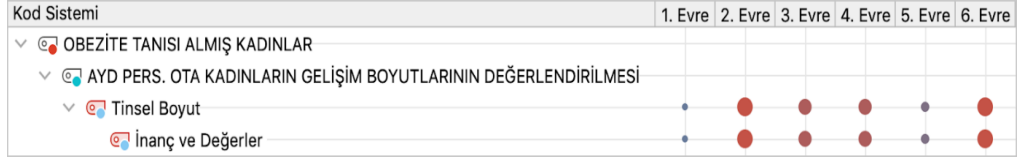
Şekil 3.57.'de görüldüğü üzere, sosyal boyuta yönelik paylaşımların yetişkinlik, evlilik ve küçük çocuklu aileler evreleri olan 1, 2 ve 3. evrelerde yoğunlaştığı, ergenlik çağında çocuğu olan aileler, çocukların evden ayrılması ve yaşlılık ve emeklilik evreleri olan 4, 5 ve 6. evrelerde daha az yoğunlukta paylaşımların olduğu görülmektedir.

Eş ve çocuklar koduna yönelik paylaşımların evlilik evresi olan 2. evrede yoğunlaştığı görülmektedir. Sosyal destek mekanizmaları kategorinde eş ve çocuklar koduna yönelik yoğun paylaşımların olduğu bu evrede dikkat çekici bulgular katılımcıların eşleriyle ilgili olumsuz duygulanımlar içeren deneyimlerdir. Bu deneyimler katılımcıların sosyal boyutta eş

desteğinin zayıf olduğunu ve psikolojik, sözel ve duygusal şiddete maruz kalabildiklerine yönelik bulguları sağlamaktadır. Ebeveynler koduna yönelik paylaşımların 3. evrede yoğunlaştığı görülmektedir. Sosyal destek mekanizmaları kategorinde ebeveyn koduna yönelik paylaşımların yoğunluğu 3. evrede artmıştır. Bu evrede çocukluk, ergenlik ve genç yetişkinlik dönemlerinde ebeveynleriyle ilgili olumsuz deneyimleri ve duygulanımları içermektedir. Dışlanma koduna yönelik paylaşımların yetişkinlik evresi olan 1. evrede yoğunlaştığı görülmektedir. Dışlanma koduna yönelik paylaşımların yoğunluğunun arttığı bu evrede katılımcılar hem çocukluk ve ergenlik dönemi deneyimlerini hem de şu an yaşadıkları deneyimleri paylaşmışlardır. Bu evrede dışlanma koduna yönelik paylaşımların yoğunluğu obeziteye bağlı yaşanan dışlanmanın hem aile ve yakın çevre ile hem de sosyal çevre ilişkili boyutlarına yönelik tartışılması gereken bulguları sağlamaktadır. Ötekileştirilme koduna yönelik paylaşımların yoğunluğu yetişkinlik ve evlilik evreleri olan 1 ve 2. evrelerde daha fazla olduğu görülmektedir. Bu evreler katılımcıların vücut ağırlıklarında artış yaşadıklarını ifade ettikleri evrelerdir. Katılımcıların ötekileştirilmeye maruz kalma deneyimleri zaman zaman çocukluk ve ergenlik deneyimleriyle ilişkiliyken, bu koda yönelik paylaşımların yoğunluğu genellikle sosyal ilişkiler alanına vurgu yapmaktadır. 1 ve 2. evrede katılımcıların ikili ilişkiler, sosyal alanlar, çalışma ortamları gibi alanlarda ötekileştirilmeye maruz kaldıkları görülmüştür. Bu evrelerde ötekileştirilme, sosyal boyutta katılımcıların yaşadıkları sorunların başında gelmektedir. Katılımcılar tarafından alım gücünün düşük olduğu ifade edilen ve ekonomik zorlukların en yoğun gündeme geldiği evreler, yoksulluk koduna yönelik yoğun paylaşımlarla çocukların evden ayrılması ve yaşlılık ve emeklilik evreleri olan 5 ve 6. evrelerde dikkat çekicidir. Bu evreler katılımcıların çocuklarının lisans ve yüksek lisans eğitimi gibi harcamalarına destek oldukları, yaşlılık ve emeklilik nedeniyle gelir kaybına uğradıkları evrelerdir. Yaşları ve AYD evreleri ilerledikçe yoksulluk koduna yönelik paylaşımların yoğunlaşması, 5 ve 6. evrelerdeki katılımcıların ekonomik zorluklar nedeniyle yeterli, dengeli ve sağlıklı beslenme alışkanlıklarını sürdüremediklerine yönelik bulgulara işaret etmektedir.

3.4.5. Aile Yaşam Döngüsü Evreleri ve Tinsel Boyut Karşılaştırmalı Analizleri

Aile yaşam döngüsü evreleri ve sosyal boyut karşılaştırmalı analizleri Şekil 3.58.'de görülmektedir.



Şekil 3.58. AYD Evreleri ve Tinsel Boyut Kod Yoğunluk Matrisi

Şekil 3.58.'de görüldüğü üzere, tinsel boyuta yönelik paylaşımların, evlilik ve yaşlılık ve emeklilik evreleri olan 2. evrede yoğunlaştığı; küçük çocuklu aileler ve ergenlik çağına çocuğu olan aileler evreleri olan 3. ve 4. evrede daha az ve yetişkinlik ve çocukların evden ayrılması evreleri olan 1. ve 5. evrede de en az yoğunlukta olduğu görülmektedir. Bu evreler arasında aktarımların yoğunluğunun farklı alanlara yapılan vurgulardan oluştuğu görülmektedir. 2. Evre olan evlilik evresindeki katılımcıların inanç ve değerler koduna yönelik olumsuz duygu ve düşüncelere yönelik daha yoğun paylaşımlarda bulunduğu görülürken, 6. evre olan yaşlılık ve emeklilik evresindeki katılımcıların inanç ve değerler koduna yönelik daha olumlu ifadeleri yoğun bir şekilde ifade etmeleri dikkat çekici bir bulgudur. Bu koda yönelik farklı alanlara yapılan vurgu katılımcıların bireysel yaşam döngüleri deneyimlerindeki farklı demografik özellikler ve yaşam olayları ile açıklanabilmektedir.

4. TARTIŞMA

Bu bölümde, bulguların ve bulgulara yönelik çıkarımlardan elde edilen verilerin alan yazın desteği ile tartışılmasına yer verilmiştir. Bu bölümde ilk olarak ilk 3 temaya yönelik betimsel analizlere yönelik tartışmalara ve daha sonra da karşılaştırmalı analizlere yönelik tartışmalara yer verilmiştir.

Literatürde, farklı disiplinlerde obeziteye yönelik yapılmış çalışmalar çoğunlukla tıp, beslenme ve psikoloji alanında yoğunlaşmıştır. Sosyal hizmet disiplininde uluslararası literatürde obezite konusunda çalışmalar son birkaç yılda ivme kazanmıştır. Türkiye’de sosyal hizmet literatüründe obezite konusuna ilişkin derinlemesine yapılmış çalışmalar kısıtlıdır. Aile yaşam döngüsü perspektifinden obezite tanısı almış kadınların gelişim boyutlarında yaşadıkları sorunları, obezitenin nedenlerini, obeziteye bağlı yaşanan güçlükleri, obezite tanısı almış bireylerin sosyal hizmet gereksinimlerini değerlendiren bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu yaşam deneyimlerini ortaya koymak amacıyla altı farklı aile yaşam döngüsünde 27 obezite tanısı almış kadın katılımcı ile derinlemesine görüşmeler yapılmıştır. Yapılan görüşmelerden elde edilen bulgular bağlamında obezite tanısı almış kadınların yaşam deneyimleri aşağıda tartışılmıştır.

AYD Perspektifinden Obezite Tanısı Almış Kadınların Gelişim Boyutlarının Değerlendirilmesi

Aile yaşam döngüsü perspektifinden obezite tanısı almış kadınların gelişim boyutlarının değerlendirilmesi teması araştırmanın ilk temasıdır. Gelişim boyutları sosyal hizmet perspektifinden bireylere yönelik ekolojik değerlendirme yapmayı sağlar. Aile yaşam döngüsü perspektifinden gelişim boyutlarının değerlendirilmesi, kadınların belirli bir aile yaşam döngüsü içerisinde gelişim boyutlarının nasıl şekillendiğine yönelik bir değerlendirme yapmayı sağlamıştır. Gelişim boyutlarının her biri hem kadınların öznel deneyimlerini hem de bulundukları aile yaşam döngüsü süreçlerinin etkisini kapsayan bulguları barındırmaktadır. Gelişim boyutlarına yönelik bu değerlendirme obezite tanısı almış kadınların hangi gelişim boyutu/boyutlarının güçlü ve gelişmiş, hangilerinin daha az güçlü ve az gelişmiş olduğunu, aile yaşam döngüsündeki yaşam olaylarının bu gelişim boyutlarına olumlu/olumsuz etkilerini değerlendirmek için ihtiyaç duyulan perspektifi sağlamaktadır. Böylece bu bölümde obezite tanısı almış kadınların sırasıyla, fiziksel, bilişsel, duyuşsal, sosyal ve tinsel gelişim boyutlarını ve bu gelişim boyutlarına etki eden aile yaşam döngüsüne

özgü deneyimleri anlamak için ortaya çıkan bulgular alan yazındaki kavramlar ve yaklaşımların desteği ile tartışılmıştır.

Fiziksel Boyut, obezite tanısı almış kadınlarda görülen bazı sağlık sorunları, bedensel kısıtlılıklar, kronik ağrılar ve fiziksel ve somatik yakınmalar ve obezite tedavisine yönelik bazı operasyonlarla ilişkilidir. Obezite kadınlarda metabolik ve sistemik birçok hastalığın ortaya çıkmasında birincil öneme sahip bir sağlık sorunu olarak tanımlanmıştır (Bray, 2003). Katılımcılarda kalp hastalıkları, diyabet, astım, hipertansiyon, bel fıtığı, eklem hastalıkları, romatizmal hastalıklar, psikososyal sorunlar ve psikosomatik yakınmaların görüldüğü gözlemlenmiştir. Ayrıca motor becerilerde gerileme, hareketlerde kısıtlılıklar, kronik ağrılar ve kronik yorgunluk gibi sorun alanlarına yönelik katılımcı ifadeleri görülmektedir. Obezite metabolik hastalıklara ve metabolik olmayan sebeplere bağlı gelişebilmektedir (Lam vd., 2023). Metabolik hastalıklardan kaynaklanan obezite tanısı almış kadınlar bu çalışmaya dahil edilmemişlerdir. Dolayısıyla bu çalışmanın katılımcıları herhangi bir kronik veya metabolik hastalığa bağlı obezite tanısı almış kadınlar değildir. Bu farklılıklar kadınların obeziteye bağlı yaşadıkları sağlık sorunlarının anlaşılmasında ayırıcı bir faktördür.

Katılımcılardan bazıları 2019 yılında ortaya çıkan Covid-19 salgınında hastalandıklarını, hastalık sürecinde hastanede yatarak tedavi görmek zorunda kaldıklarını ve hastalığı ağır geçirdiklerini belirtmişlerdir. Bazı katılımcılar obezite tanısı aldıkları için salgın hastalıklarla ilgili daha fazla risk taşıdıklarını ve hastalıkları daha ağır geçirdiklerini ifade ettiğini belirtmiştir. Obezitenin Covid-19'un olumsuz etkilerini şiddetlendirdiği yapılmış araştırmalarla da ortaya konmuştur. (Bornstein vd., 2020; Özalp ve Kürklü, 2020). Covid-19 pandemisi sürecinde obezite tanısı almış bireyler aynı zamanda ruh sağlığı açısından da risk grubu olarak değerlendirilmiştir (Melamed vd., 2022). Obezite düzeyinde kilolu olmak kadınlar için herhangi bir hastalığı daha ağır geçirmek konusunda endişe yaratmaktadır. Bununla birlikte, astım, nefes darlığı ve yürürken veya bir iş yaparken çabuk yorulma katılımcıların ifadelerinde yer verdikleri fiziksel aktivite kısıtlılığına ilişkin sorunlardır. Bazı katılımcılar vücut ağırlıklarının artmasıyla birlikte astım hastası olduklarını belirtmişlerdir. Yapılmış araştırmalarda astım ve nefes darlığı gibi sağlık sorunları obezite tanısı almış kadınların yaşadıkları sağlık sorunlarının başında gelmektedir (Chih Chiang Lam vd., 2023). Aynı zamanda astım hastalarında obezitenin astımlı olmayan hastalara oranla daha sık görüldüğü ortaya çıkmıştır (Erdem Eralp ve Ersu, 2021).

Katılımcılar sıklıkla yürürken, ev işleri yaparken, çocuklarıyla ilgilenirken veya herhangi bir aktivite esnasında nefes nefese kaldıklarını ve normalden fazla terleme sorunları

yaşadıklarını vurgulamışlardır. Fiziksel olarak yorulduklarında diğer insanlara göre daha çabuk yorulduklarını, fiziksel ağırlar yaşadıklarını belirtmişlerdir. Katılımcılardan elde edilen bulgular vücut ağırlığında artış yaşadıkça kadınların fiziksel aktivite kısıtlılığı yaşadıkları yönündedir. Yılmaz (2020), obezite ve fiziksel aktivite arasındaki ilişkiye yönelik çalışmaların kısıtlılığına dikkat çekmiştir. Yılmaz (2020), obezite ve fiziksel aktivite arasındaki ilişkinin net olarak kanıtlanamamasını, obezite tanısı almış bireylerin fiziksel aktivite sırasında karşılaştığı çok yönlü zorluklara, testlerin verimli yapılamamasına ve sağlık araştırmacılarının obezite ile egzersizi temel araştırma konusu olarak ele almamasına bağlamaktadır. Katılımcıların yürüme, hareket etme, fiziksel olarak hareket halinde olmalarını gerektiren ev işleri ve aktivitelerde zorlandıkları görülmektedir. Katılımcıların sıklıkla karşılaştıkları zorluklar bel ve diz ağrıları, solunum fonksiyonlarında bozulma ve yorgunluktur. Bu zorluklar nedeniyle, katılımcıların fiziksel aktiviteleri yaşamlarına dahil etmekte zorlandıkları, hatta yürüme gibi temel bazı aktiviteleri bile gerçekleştirmekte güçlük çektikleri gözlemlenmiştir.

Katılımcıların bazıları öz bakımlarına oldukça önem verdiklerini ancak bazı alanlarda zorlandıkları için kuaförlerden ya da kızlarından yardım istediklerini ifade etmişlerdir. Katılımcıların öz bakım konusunda en çok zorlandıkları ve destek aldıkları alanların, kiloları nedeniyle vücut hijyeni ile ilgili olduğu ortaya çıkmıştır. Bazı katılımcılar, öz bakım sorularında kilolu oldukları için güzel olamayacaklarını düşünmekte ve öz bakımı yalnızca vücut temizliği olarak değerlendirmektedirler.

Bazı katılımcılar yakın zamanda mide ameliyatı olduklarını belirtmiş ve zayıflamak için son çare olarak ameliyatı denemek istediklerini ifade etmişlerdir. Bazı katılımcılar mide ameliyatının hayatlarında ciddi değişimlere yol açtığını ya da açacağını düşünmektedirler. Katılımcılardan bazıları mide ameliyatını iş bulmak, çalışmak, sosyalleşmek, arkadaş edinmek, karşı cins tarafından beğenilmek, evlenmek, eşi tarafından beğenilmek ve toplumda statü kazanmak olarak sıralamaktadırlar. Mide ameliyatı olmayı düşünen katılımcılar ameliyatın belirsiz yan etkilerinden korktuklarını ancak başka bir çarelerinin kalmadığını ifade ederek ameliyatın obeziteden kaynaklanan sorunları azaltmada tek seçenek olarak gördüklerini vurgulamışlardır. Kara ve Sevinç (2024), obezite tedavisinde önemli etkileri olan cerrahi operasyonlar hakkında sağlıklı bilgilerin, internet ve sosyal medya hesaplarından değil, uzman hekimler ile beslenme ve diyet uzmanlarından alınması gerektiğini vurgulamışlardır. Obezite cerrahisinde hastanın cerrahi operasyona uygunluğunu onlarca farklı ölçüm ve değerlendirme sonrasında karar verildiğini ifade eden Kara ve Sevinç (2024), obezite cerrahisine yönelik gerçekçi beklentilerin ve operasyonlar öncesinde ve

sonrasındaki süreçlerin bütüncül bir şekilde değerlendirilmesi gerektiğine vurgu yapmışlardır. Katılımcılardan bazıları mide ameliyatını, cerrahlar tarafından yapılan ve mideye mide balonu veya tüp taktırmak ya da mideyi aldırarak, mideyi küçültmek olarak tanımlamıştır. Bu işlemden sonra kişilerde iştahın kapandığını ve ameliyat olanların yemek yiyemediklerini ve böylelikle zayıfladıklarını düşündüklerini ifade etmişlerdir.

Katılımcıların mide ameliyatı olarak nitelendirdikleri operasyonlar tıp alan yazınında aynı zamanda bariatrik cerrahi başlığı altında açıklanmaktadır. Bariatrik cerrahi, besin öğelerinin emilimini ya da alımını kısıtlayan ve çok farklı çeşitlerde yapılabilen obezite tedavisinde kullanılan cerrahi bir yöntemdir (Kara ve Sevinç, 2024). Bariatrik cerrahi yönteminin uygulanabilmesi için öncelikle kişilerin koşullarının uygunluğu aranmaktadır. Bu koşullar; BKİ'sinin 40'ın üzerinde veya BKİ'si 35'in üzerinde olup obeziteye eşlik eden hastalıkların olması, cerrahi tedavilerden önce uygulanan medikal tedavilerde başarısız olunması, hastanın psikolojik durumunun ameliyata uygun olması, aile ve çevre desteğinin sağlanmış olması, alkol ve madde bağımlılığının olmaması ve hastanın ameliyat ve sonrası için tam bilgisinin olması koşullarıdır (Kara ve Sevinç, 2024). Bu bilgiler ışığında, katılımcıların endikasyonlarının bu endikasyonlarla uygun olmadığı bulgular ile desteklenmektedir. Mide ameliyatı düşüncesi olan kadınların bu maeliyatı çoğunlukla eş ve çocuk faktörüne bağlı olarak olmak istedikleri düşünülürse, kendilerinin özellikle psikolojik olarak tam bir hazır bulunuşluklarını söylemek mümkün değildir. Mide ameliyatı olmuş katılımcıların aktarımları bütün endikasyonların sağlanıp sağlanmadığına dair üzerine tartışılması gereken önemli bir konudur.

Katılımcıların fiziksel boyutta dile getirdikleri sorun alanlarından bir diğeri menopozdur. Menopoz, psikanalitik açıdan, kadın kimliği, cinsellik ve annelikle ilgili bilinçdışı çatışmaların yeniden ortaya çıkabileceği, benlik algısında ve yaşlanma kaygılarında artışa neden olabilecek bir yaşam dönemi olarak yorumlanmaktadır (Namlı ve Düşgör, 2024). Menopoza geçiş süreci hormonal, psikolojik, fiziksel, bilişsel değişikliklerle karkterize bir süreç olarak değerlendirilmektedir (Frey vd., 2010. Akt; Kandemir ve İkiz 2023). Menopoza girmiş kadınlar arasından, vücut ağırlıklarındaki artışın bu dönemde hızlandığını ifade eden katılımcılar, menopozun obezite ile ilgili olumsuz düşüncelerini tetiklediğini ve yaşadıkları stresi de artırdığını belirtmişlerdir. Menopoza geçiş süreci hormonal, psikolojik, fiziksel, bilişsel değişikliklerle karkterize bir süreç olarak değerlendirilmektedir (Frey vd., 2010. Akt; Kandemir ve İkiz 2023). Bununla birlikte, kadınların menopozla beraber başka sağlık sorunları ya da rahatsızlıklar yaşamaları da muhtemel görülmektedir. (Hoga vd., 2015; Simbar vd., 2020). Çeşitli yaşam döngülerinde

yaşamlarını sürdüren bazı katılımcılar, obeziteden dolayı erken menopoza girdiklerini bazıları da menopozdan sonra obeziteye bağlı sorunlar yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Katılımcılar, menopozla birlikte depresyon, kaygı yaşadıklarını, fiziksel olarak kendilerini daha yorgun hissettiklerini ve cinsel isteksizlik yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Katılımcılardan elde edilen bulgular, obezitenin hem erken menopozun nedeni hem de menopozun bir sonucu olarak görüldüğünü göstermektedir.

Araştırmaya katılan bazı katılımcıların sıklıkla vurguladığı sağlık sorunlarından bir diğeri uyku ile ilişkili sorunlardır. Katılımcılar vücut ağırlıklarındaki artışa bağlı olarak uyumakta zorlanmak, fiziksel ağırlara bağlı uyuyamamak, uykudan sık sık uyanmak, gece uyuyamamak gibi sorun alanlarını ifade etmişlerdir. Leader'ın belirttiği gibi, "Uykusuzluk, bireyin bilinçdışı çatışmalarının dışavurumudur" (Leader, 2020). Uyku bozuklukları, obezite tanısı almış kişilerde rastlanabilecek sorunlar arasında tanımlanmıştır (Sertsuwankul vd., 2024). Obezite ve uyku arasındaki araştırılan çalışmalarda obezite uyku bozuklukları için bir risk faktörü olarak bulunmuştur (Erdem Eralp ve Ersu, 2021; Tai vd., 2024). Bu çalışmalara göre, obezite tanısı almış bireylerin yaşadıkları uyku apnesi, solunum bozuklukları ve sık uyanma atakları obezitenin olumsuz etkileriyle ilişkilidir.

Katılımcıların sağlık sorunlarıyla ilişkili aktarımlarından elde edilen verilerde polikistik over rahatsızlığını yaşayan katılımcıların ifadeleri dikkat çekici bir bulgudur. Vücut ağırlıklarındaki artışla doğru orantılı olarak kadınlar polikistik over sorunları yaşamaya başlamışlardır. Polikistik over sendromu (PKOS), obezite tanısı almış kadınlarda sık karşılaşılan bir rahatsızlıktır (Şirin ve Akdevelioğlu, 2020). Polikistik over rahatsızlığının direk nedeni obezite olmasa bile, obezitenin polikistik over oluşumunda ve rahatsızlığın ilerlemesinde önemli rolü bulunmaktadır (Can ve Türker, 2023). Katılımcılardan bazıları polikistik over rahatsızlığından dolayı hamile kalamadıklarını ifade etmişlerdir. Yapılan araştırmalar polikistik over sendromu kadınlarda gebe kalmayı zorlaştıran bir faktör olarak bulunmuştur. (Acet vd., 2020).

Katılımcılardan bazılarının sağlık sorunlarına yönelik ifadelerinde hamilelikte bebek kaybettiklerine yönelik ifadeler yer almaktadır. Literatürde "abortus" olarak tanımlanan hamilelikte bebek kaybını katılımcılar düşük¹ yapmak olarak ifade etmişlerdir. Hamileliğin çeşitli dönemlerinde düşük riski ile karşı karşıya kalabileceklerini öğrenen ve düşük nedeniyle bebeklerini kaybeden katılımcılar hem fiziksel hem de psikososyal sorunlar

¹ Düşük (abortus), fetüsün veya embriyonun anne adayının gebelik haftasına bağlı olarak gelişimini tamamlamadan rahimden atılmasıdır.

yaşamaktadırlar. Maternal obezite olarak tanımlanan gebelikte obezite çeşitli sağlık sorunları açısından risk faktörü oluşturabildiği gibi düşük riski de hamilelikte obezitede sık karşılaşılan bir durum olarak bulunmuştur (Demirer ve Yardımcı, 2020). Demirer ve Yardımcı (2020) gebelik ve maternal obezite ile ilgili çeşitli çalışmalardan derledikleri araştırmalarında gebelik planlayan ve obezite tanısı almış kadınların normal vücut ağırlıklarına geldikten sonra gebelik planlamasının önemine değinmişlerdir. Maternal gebelikteki bebek ölümlerinin görüldüğü vakaların yaklaşık yarısının obezite düzeyinde kilolu olduğu bulunmuştur (Thangaratnam vd., 2012). Bu çalışmalar ışığında araştırmanın katılımcılarının da maternal düşük riski taşıdığı görülmektedir.

Bilişsel Boyut, bireylerin kendileri, çevreleri ve evren hakkındaki algılarını ve düşüncelerini, bu düşüncelerin ve algıların nasıl şekillendiğini içeren süreçleri kapsar (Derezotes, 2000). Bilişsel boyuta yönelik katılımcılardan elde edilen bulgular, obezite algısı, kendilik algısı ve beden imajı algısı kategorilerinde değerlendirilmiştir. Katılımcıların bilişsel boyut ile ilgili paylaşımlarının şekillendiği kategoriler dikkat çekicidir. Obezite algısı bireyin kilo durumunu ve bunun toplumsal normlarla çatışmasını nasıl yorumladığını; kendilik algısı bireyin kendi kimliğini, benlik değerini ve özsaygısını nasıl şekillendirdiğini; beden imajı algısı ise bireyin bedenine yönelik duygu ve düşüncelerini, bu algının psikolojik etkilerini ve toplumsal beklentilerle olan uyum sürecini anlatmalarına yardımcı olmuştur.

Katılımcılar obezite tanısı almış olmanın kendilerine yönelik düşüncelerini olumsuz yönde etkilediğini, öz güvenlerinin olumsuz etkilendiğini ve benlik saygılarının düştüğünü çeşitli biçimlerde ifade etmişlerdir. Çalışmada vücut ağırlıklarına yönelik olumsuz düşüncelerini ifade eden katılımcılar çoğunluktadır. Katılımcıların obezite algılarının, katılımcıların yaşam deneyimlerine etki eden olumlu ve olumsuz faktörlerle ilişkisinin anlamlı olduğu düşünülmektedir. Alami vd. (2021), obezitede demografik farklılıkların etkisini inceledikleri çalışmada obezite tanısı almış katılımcıların kilo algıları ile gerçek kilo durumları arasında bir tutarsızlık olduğuna dikkat çekmişlerdir. Bu çalışmanın katılımcılarından bazıları gerçek kilo durumlarına göre kendilerini daha kilolu, daha hantal ve ağır hissettiklerini vurgulamış, bazıları da kendilerini obezite düzeyinde değil de kilolu veya şişman kategorisinde değerlendirdiklerini ifade etmişlerdir. Katılımcı ifadelerinde, beden imajı algısına yönelik hem olumsuz hem de olumlu kabuller ve düşünceler yer almaktadır. Beden imajı algısına etki eden faktörleri inceleyen çalışmalar, obezite tanısı almış kadınlarda, olumsuz beden imajının yalnızca bir düşünce biçimi değil, yaşamlarında pek çok alana etki eden bir anlayış olduğuna işaret etmektedir (Schmalbach vd., 2020).

Vücut ağırlıklarından dolayı ilişki kurmaktan çekindiğini ifade eden katılımcılar erkeklerin kendilerini beğenmediklerini düşündüklerini ve “kilolu birini ancak kilolu biri beğenir” yaklaşımının toplumda yaygın olduğunu vurgulamışlardır. Metabolik hastalıklara bağlı gelişmeyen obezitede yani non-metabolik obezitede benlik saygısı metabolik hastalıklara bağlı obezite tanısı almış kişilere oranla daha düşük bulunmuştur (Türkoğlu Dikmen vd., 2022). Bu çalışmadaki bulgular ve referans alınan araştırmanın sonuçları herhangi bir sağlık sorununa bağlı gelişmeyen obezitede kadınların benlik saygılarının daha düşük olduğuna yönelik benzerlik göstermektedir.

Bilişsel boyutun bir başka yönüne dikkat çeken katılımcılar, eşleri tarafından beğenilmediğini, eşleriyle cinsel yakınlık kuramadığını, kendi bedenlerini onlardan saklama ihtiyacı duyduğunu ifade etmişlerdir. Obezite tanısı almış kadınların cinsel yaşam kalitelerinin belirlendiği çalışmalarında Karabulutlu ve Beydağ (2023), demografik değişkenlerin cinselliğe etki etmediğini, obezite tanısı almış kadınların cinsel ilişkiye ve tatmine yönelik durumlarının cinsel yaşam kalitesi üzerinde etkili olduğunu bulmuşlardır. Obezitenin neden olduğu hastalıklar ve rahatsızlık veren duygular cinselliğin yaşanmasını kısıtlayan ya da engelleyen sebeplerden bulunmuştur (Polat ve Serin, 2020). Ayrıca düşük benlik saygısı ve obezite arasındaki ilişki aynı zamanda cinsel işlev bozuklukları ile ilişkili araştırmalarda da vurgulanmıştır (Polat ve Serin, 2020). Kahveci vd. (2022), obezitede cinsel sağlık ve hemşirelik yaklaşımı konulu çalışmalarında, kadınların cinsel sağlığının fiziksel ve ruhsal sağlık, benlik saygısı, beden imajı ve mevcut yaşam tarzı gibi birçok faktörden etkilendiğini belirtmişlerdir. Olumsuz beden imajı algısı, eşlerin cinsel doyumlarına etki eden bir diğer faktördür (Van Den Brink vd., 2018). Olumsuz beden imajı duyumsamalarına yönelik aktarımlar, katılımcıların cinsel yaşamlarında da sorunlar yaşadıklarına işaret etmektedir. Benlik saygıları ile ilgili herhangi bir olumsuzluk ifade etmeyen katılımcıların eşleri ile yakınlaşmakta güçlük çekmedikleri ve bu katılımcıların cinsel yaşamlarında da herhangi bir zorlanma yaşamadıkları katılımcılar tarafından ifade edilmiştir. Cinsellik ve obezite arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmalarında yüksek özgüven cinsel yaşamın niteliği üzerinde oldukça önemli bir etkiye sahip olduğu vurgulanmıştır (Sarwer ve Polonsky, 2016).

Araştırmanın katılımcılarından bazıları çocukluk çağındaki beslenme alışkanlıklarıyla ilgili paylaşımlarda bulunmuşlardır. Çocukluk ve ergenlik dönemlerini kapsayan yıllarda ailelerin yemek alışkanlıklarının kendileri üzerindeki olumlu ve olumsuz etkilerinden söz eden katılımcılar, bugün sahip oldukları yeme alışkanlıklarının o yıllardaki alışkanlıklardan etkilendiğini ifade etmişlerdir. Ailelerin özellikle çocuklukta çocuklarına sağlıklı beslenme alışkanlıkları kazandırmadaki rolü büyüktür. Birlikte sofraya oturmak, öğün atlamamak,

sağlıklı, yeterli ve dengeli beslenmek gibi davranışların çocuklukta ebeveynler ve diğer kardeşlerden öğrenilmesi beklenir. Bazı katılımcılar vücut ağırlıklarının artmasında, çocukluk yıllarında karbonhidrat ağırlıklı beslenmenin, sofra kültürünün olmamasının, geniş aile ile yaşamının, çalışan ebeveynlerin eve geç gelmesinden kaynaklanan öğün atlama veya geç yemek yeme, paketli gıdalar tüketme gibi yemek alışkanlıklarının rolüne değinmişlerdir. Epstein vd. (2023), 452 aile ile 24 hafta yürüttükleri çalışmalarında, ailenin beslenme alışkanlıklarını çocukluk çağı obezitesine etki eden oldukça önemli bir faktör olarak bulmuşlardır. Bu çalışmada koruyucu önleyici çalışmaların aileler ve ebeveyn sistemiyle birlikte yürütülmesi gerekliliği vurgulanmıştır.

Bazı katılımcılar kendi çekirdek ailelerinin yeme alışkanlıklarının dışında bir beslenme alışkanlığına sahip olduklarını ve bu sebeple eşleri ve çocukları tarafından eleştirildiklerini ifade etmişlerdir. Eşleri ve çocukları sağlıklı ve dengeli beslenmeye yatkın olan ailelerde katılımcılar yeme alışkanlıklarından dolayı kendilerine yönelik öfke duyduklarını ifade etmişlerdir. Katılımcılardan elde edilen bu veriler, katılımcıların ailenin yeme alışkanlıklarına yönelik daha çok kendi ebeveynleriyle deneyimlerini paylaşırken kendi bireysel yeme alışkanlıklarının bugünkü çekirdek ailelerinde sorun haline dönüştüğünü ifade etmişlerdir. Bu veriler çocukluk çağında edinilen beslenme alışkanlıklarından vazgeçmenin kadınlar için kolay olmadığını göstermektedir.

Katılımcılardan bazıları obezite tanısı almış olmalarını genetik yatkınlığın etkisi olarak ifade etmişlerdir. Ailelerinde obezite tanısı almış başka bireylerin de olduğunu belirten katılımcılar ailede genetik olarak obez olmaya yatkın olduklarını ifade etmişlerdir. Obezitenin oluşmasında genetik faktörler etkili bulunmuştur (Hemmingson, 2023), ancak bazı çalışmalar obezitenin tek nedeni olarak genetik yatkınlığın öne sürülemeyeceğini vurgulamaktadır (Kara ve Sevinç, 2024). Genetik olarak ailede obezite öyküsü düşündüren durumlarda obezitenin iki veya üç kuşak geriye doğru görülme olasılığının araştırılması beklenir (Açıkgöz vd., 2021). Katılımcılar kendileri, ebeveynleri ve onların ebeveynlerine ait obezite öyküsü paylaşmışlardır. Bazı ailelerde kardeşlerde görülen obezite birlikte büyüyen ve benzer beslenme alışkanlıklarına sahip kardeşlerde obezite görülme olasılığının arttığını göstermiştir.

Araştırmanın katılımcılarından elde edilen veriler obezite tanısı almış kadınların kendilerini diğer kadınlarla kıyasladıklarına ve başka insanlar tarafından da kıyaslandıklarına dair bulgulara işaret etmektedir. Fiziksel olarak kendilerini diğer kadınlarla kıyaslayan kadınlar kendilerini çekici ve güzel bulmadıklarını ifade etmişlerdir. Zayıf oldukları için her

zaman kendilerinden daha ön planda olduklarını düşündükleri kişiler yer yer aile üyeleri, yakın arkadaşlar ve iş arkadaşları olabilmektedir. Katılımcılar zaman zaman yakınları ve sosyal çevrelerindeki diğer kadınlarla kıyaslandıklarını ifade etmişlerdir. Özellikle ebeveynlerin ve çocukların kıyaslamaları kadınlar açısından ciddi özgüven sorunlarına yol açmaktadır. Bu bulgular kadınların beden imajı algılarına yönelik düşüncelerine işaret etmektedir.

Kadınlarda obezite ve beden imajı arasındaki ilişki farklı boyutlarıyla tartışılan bir konudur. Beden imajı algısı, çeşitli kaynaklarda bu algıya etki eden faktörler ve yüksek ya da düşük benlik saygısı kavramları bağlamında araştırılmış ve tartışılmıştır. Schwartz ve Brownell (2023), obezitenin düşük benlik saygısına yol açabilecek bir faktör olabileceğini ancak bütün obezite tanısı almış bireylerin bu sorundan muzdarip olmadığını ve benlik saygılarında bir düşüş gözlemlenmediğini belirtmişlerdir. Bir başka çalışmada, obezitenin başlangıç yaşı, cinsiyet, etnisite ve obezitenin düzeyi ve bireylerin sahip olduğu kaynaklar ve fırsatlar gibi faktörlerin benlik saygısı üzerinde önemli etkileri olduğu vurgulanmıştır (Kilpela vd., 2015). Bu çalışmada beden imajına etki eden, katılımcıların birbirinden farklı özellikleri ve yaşam deneyimleri bulunmaktadır. Katılımcıların özgün deneyimlerinin benlik saygıları üzerinde olumlu ve olumsuz etkileri vardır. Pesa vd. (2000) vücut kütle ağırlığına bağlı psikososyal farklılıklar konulu çalışmalarında beden imajının önemine değinmişlerdir. Bu çalışmada kadınların beden imajı algısına yön veren olumlu ve olumsuz düşünceler; benlik saygısı duyumsamaları, majör depresif bozukluk, eğitim yaşamındaki problemler ve koruyucu etmenler gibi faktörlerle ilişkili bulunmuştur.

Duyuşsal Boyut, bireylerin psikososyal sorunlarını, kendileri, aileleri ve çevreleriyle ilgili olumlu ve olumsuz deneyimlerinden ortaya çıkan duygularını, yardım isteme, psikoterapi ve destek hizmetlerine yönelme, depresyon ve antidepresan kullanımı, özgüven ve benlik saygılarına etki eden içsel ve duygusal faktörlerle ilişkili alanları kapsamaktadır. Obezite tanısı almış kadınların sıklıkla vurguladıkları duyuşsal boyut psikososyal sorunlarla ilişkili bulunmuştur.

Obezite fiziksel sorunların yanı sıra sıklıkla psikososyal sorunlara yol açmakta ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilmektedir (Obezite Tanı ve Tedavi Klavuzu, 2019). Psikososyal yaklaşım bireylerin hem zihinsel hem duygusal hem de psikolojik süreçlerini inceleyen ve bireyin içsel süreçleri ile çevresel faktörlerin etkileşiminden doğan psikolojik ve sosyal durumları kapsayan bir yaklaşımdır. Psikososyal sağlık bireyin fiziksel, psikolojik ve sosyal iyi oluşunu etkiler. Psikososyal sorunlar bireyi fiziksel, psikolojik ve sosyal olarak

olumsuz etkileyen, içsel, zihinsel ve sosyal sorunlar olarak tanımlanabilir. Araştırmanın katılımcıları psikososyal sorunlar olarak öfke, kaygı, stres gibi sorunları tanımlarken bu sorunlarla baş etmede etkili yöntemler ve araçlar olarak da psikoterapi, antidepresan kullanımı ve yardım isteme davranışlarına yönelik paylaşımlarda bulunmuşlardır. Katılımcıların duygusal yemeye yönelik deneyimleri, özgüven ve benlik saygısı duyumsamaları ve duygusal öz bakım ile ilgili aktarımları da duyuşsal boyut kapsamında tartışılmıştır.

Katılımcılardan elde edilen bulgulara göre, obezite bireylerde geleceğe yönelik kaygı ve endişe, geçmişe ve bugüne yönelik ise öfke duygusunun oluşumunu tetikleyen bir deneyim olarak yaşanmaktadır. Katılımcılar gelecekte nasıl bir fiziksel görünümde ve hangi sağlık sorunlarıyla karşı karşıya kalacakları kaygısını yaşamaktadırlar. Obezite kaygı ve kaygı ile ilişkili duygusal ve ruhsal sorunlara yol açabilmektedir (Lam vd., 2023; Kontinen, 2020). Katılımcılardan bazıları geleceğe dair kaygılarının yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Bu kaygılar bazı katılımcılarda özellikle toplumsal olarak dışlanma, damgalanma, zayıflayamama endişesi, obeziteye bağlı hastalıkların ve rahatsızlıkların artacağı kaygısı ile ilişkili iken bazı katılımcılarda istediğini giyememe, bedeniyle ilgili hoşnutsuzlukların artması, çocuklarının eleştirilerine maruz kalmak, eşleri tarafından beğenilmemekle ilişkili bulunmuştur. Bazı katılımcılar bu kaygıları çoğunlukla hastalıkların ağırlaşması ve hareket kısıtlılıkları ile ilişkili bulmuşlardır.

Geçmişe yönelik öfke, aile bireyleri, beslenme alışkanlıkları, yaşanan travmatik deneyimlerin etkisi ve önlem almada gecikme ile ilişkilidir. Katılımcıların olumsuz duygularını düzenleme konusundaki çabaları obeziteye bağlı sorunların artmasıyla beraber yetersiz kalabilmektedir. Öfke, kaygı, endişe, üzüntü gibi duyguları rahatsız edici bulan katılımcılar, bu duyguların oluşmaması gerektiğini düşünmekte ancak bu duyguların önüne geçemediklerini ifade etmektedirler. Duygu durumlarının çok sık değişmesinden ve ilişkilerinde sorun yaşamaktan korktuğunu ifade eden katılımcıların zamanla bu duygulardan kaynaklanan dışavurumları stres, sıkıntı ve somatik ağrılar yoluyla, kendi bedenlerinde ve ruhsallıklarında deneyimledikleri gözlemlenmiştir.

Katılımcılardan bazıları yemek yemeye onları yönlendiren esas sebebin ne olduğunu bilmediklerini ifade etmiş ve yaşadıkları duygulara bağlı yeme isteği geldiğinde kendilerine engel olamadıklarını ifade etmişlerdir. Literatürde bu konuya ilişkin araştırmalarda duygusal yeme başlığı altında incelenmiştir. Yapılan araştırmalarda, BKİ'si 35'in üzerinde olan obezite tanısı almış bireylerin, BKİ'si 30'un üzerinde olanlara oranla duygusal yeme oranları

yüksek bulunmuştur (Saatçioğlu Tınkır ve Eryılmaz, 2021). Duygusal yeme, vücuttan gelen açlık ve tokluk sinyallerine odaklanmadan gelen duyguyla beraber önüne geleni yeme, vücuttan gelen sinyallerin farkında olmama ve yemek konusunda seçiciliğin ortadan kalkması durumunu ifade eder (Tylka, 2006). Böylece bireyler çoğunlukla olumsuz duygularla baş etmek için, yemek yemeyi bir baş etme mekanizması olarak görmektedirler. Bu katılımcıların bireysel olarak karşılaştıkları zorluklarda özellikle yemek yemeye yönelmeleri bu konunun bireylerin özgün deneyimleri kapsamında irdelenmesi gerektiğine işaret etmektedir. Literatürde özellikle olumsuz duyguların aşırı yemek yeme ilişkili olduğu bulunmuştur (Devonport vd., 2017). Katılımcılardan çoğunluğu olumsuz duygular hissettiklerinde yemek yemeye yöneldiklerini aktarmışlardır. Üzüntü, kaygı, heyecan, hayal kırıklığı ve öfke gibi duygular katılımcıları yemeye yönlendiren duyguların başında gelmektedir. Bazı araştırmalarda yeme bozukluğu davranışlarının duygusal yeme ile ilişkili olabileceğini ifade edilmiştir. Kontinen (2020), duyguların ve yemeğin günlük hayatımızın hem doğal hem de tekrarlanan bir parçası olduğunu ifade etmiştir. Ayrıca duygular ve yemeğin birbirleriyle birden fazla yolla etkileşime girdiğini gösteren araştırmalar mevcuttur. Duygusal durumlar yediğimiz yiyeceklerin miktarını ve kalitesini etkilemekte ve yediğimiz yemeklerin niteliği ve besin değerleri daha sonraki yiyecek seçimlerini etkileyebilmektedir (Bayrak vd., 2020). Bazı katılımcılar da yemek yeme konusunda kısıtlandıklarında daha fazla yeme isteğinin oluştuğunu ifade etmişlerdir. Eşleri ve çocukları tarafından çok yemek yedikleri yönünde yapılan eleştiriler kadınları daha çok yemeye yönlendirmektedir.

Bir aile üyesinin veya yakın bir arkadaş kaybı, sonrasında ortaya çıkan travmatik durumlarla baş etmeye çalışmak ve bu stresle baş etmek kişiler zararlı ve kontrolsüz yeme davranışına yol açabilmektedir (Loth vd., 2008). Katılımcılardan bazılarının yaşamlarında travmatik kayıplar, şiddet ve cinsel istismar gibi yaşam deneyimleri mevcuttur. Bu katılımcılar travmatik deneyimlerden sonra kilo aldıkça kontrolsüz yemeye daha çok yöneldiklerini ve kontrolsüz yeme davranışına engel olamadıklarını ifade etmişlerdir.

Depresyon ve obezite, insan sağlığına önemli etkileri olan ve birlikte ortaya çıkma eğiliminde olan yaygın durumlardır. Bu koşullar arasındaki ilişki iki yönlüdür: birinin varlığı diğerinin gelişme riskini artırır (Milanesi vd., 2018). Depresyon ve obezite arasındaki ilişkiyi inceleyen ve kırk binin üzerinde kadın ile yaptıkları araştırmalarında ortalama kilolu kadınlara kıyasla obez kadınların majör depresyon geçirme ihtimalinin daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır (Opio vd., 2024). Bu çalışmanın bulgularından biri de obezite öyküsü olan kadınların depresyon ve depresif hissetmek ile ilgili katkılarıdır. Her evreden katılımcı obezitenin duygu durumlarında hislerinde olumsuz etkiye yol açtığını ifade etmişlerdir. Aile

yaşam döngüsü evrelerinden yalnızca üçüncü ve altıncı evreden birer katılımcı depresif hissetmediğini ifade etmiş, geri kalan 25 katılımcı depresyon, psikolojik sorunlar, kendini mutsuz hissetmek, yetersiz hissetmek, öfkeli hissetmek, kendini beğenmemek, hayattan keyif almamak gibi ifadelerle düşüncelerini ve deneyimlerini paylaşmışlardır. Bu paylaşımlardan da anlaşılacağı üzere kadınlar kilo aldıkça depresyon belirtileri de artmıştır.

Obezite ile eş zamanlı depresyon yaşayan bireylerde, motivasyon eksikliği ve duygusal yeme gibi davranışlar obeziteye yol açabilir. Katılımcılardan bazıları, öfke, stres, üzüntü gibi duyguları hissettiklerinde yemek yemeye yöneldiklerini ifade etmişlerdir. Literatürde duygusal yeme olarak tanımlanan bu durum katılımcıların ifadeleriyle örtüşmektedir. Duygusal yeme, stres veya duygusal zorluklarla başa çıkmak için aşırı yeme eğilimini ifade eder. Duygusal yeme, çoğu zaman stres, üzüntü, yalnızlık veya diğer duygusal zorluklarla başa çıkmak için yiyeceklere başvurmayı içerir. Bu durum, obeziteye yol açabilir ve bireyin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilir. Duygusal yeme genellikle stres, depresyon, kaygı gibi duygusal bozukluklarla ilişkilidir. Bu bozukluklar, bireyin beslenme alışkanlıklarını olumsuz yönde etkileyebilir ve aşırı yeme eğilimini artırabilir (Kontinen, 2020). Duygusal yeme, kişinin içsel duygusal sıkıntılarına karşı bir savunma mekanizması olarak işlev görebilir. Yiyeceklerin rahatlatıcı ve ödüllendirici etkisi, duygusal stresle başa çıkma yöntemi olarak benimsenebilir. Devenport vd. (2019), obezitede duygusal yemenin genellikle duygusal tetikleyicilerle başladığını ve bu tetikleyiciler arasında stres, üzüntü, yalnızlık veya sıkıntı gibi duygusal zorlukların yer aldığını ifade eder. Duygusal yeme, genellikle ani bir yeme atağı ile karakterizedir. Bireyler, yoğun duygusal baskılar altında, kontrolsüz ve istemsiz bir şekilde büyük miktarlarda yiyecek tüketebilirler. Yeme atağı, kısa süreli bir rahatlama sağlar. Ancak bu rahatlama genellikle geçici ve yetersizdir, bu nedenle bireyler tekrarlayan döngülere girebilirler. Duygusal yeme sonrasında bireyler genellikle suçluluk, utanç ve pişmanlık duygularıyla karşılaşır. Bu duygular, yeni bir duygusal tetikleyici oluşturabilir (Kontinen, 2020; Devenport vd., 2019).

Obezitenin psikososyal işlevselliğe etkisinin incelendiği bir araştırmada, bireylerin obezite ile ilişkili algılarını belirleyen önemli faktörlerden birinin psikososyal işlevsellik düzeyleri olduğu vurgulanmıştır (Mond vd., 2007). Bu çalışmaya göre tıknırcasına yemek yiyen obezite öyküsüne sahip kadınlar ile az yiyen obezite öyküsü olan kadınlar arasında psikososyal işlevselliklerde farklılıklar bulunmaktadır. Psikososyal işlevselliği yüksek olan kadınlar obeziteden diğer kadınlara oranla daha az olumsuz bahsetmektedirler. Bu araştırmada da bazı katılımcılar psikolojik olarak kendilerini iyi hissettiklerini vurgulamışlardır. Bu katılımcılar, eşleriyle ilişkileri, aile işlevsellikleri iyi olduğunu ifade

eden kadınlardır. Ayrıca bu katılımcılar aile işlevlerini olumsuz etkileyecek bir deneyim ifade etmemişlerdir. Genellikle olumlu deneyimlerden söz eden katılımcıların tek rahatsızlıkları istediğini giyinememe ve fiziksel kısıtlılıklar olmuştur.

Psikolojik destek neredeyse bütün katılımcıların önemine değindiği birincil destek mekanizmalarındandır. Katılımcılar kilo almanın sadece yemek yemekten kaynaklanmadığını ve psikolojik konuların, ihtiyaçların ve sorunların mutlaka obezite konusu içerisinde ele alınması gerektiğini vurgulamışlardır. Arianne vd. (2023), biyolojik sistemlerin, yaşam tarzının, stres faktörlerinin kişilerin obezitesi üzerindeki etkilerini inceledikleri araştırmalarında psikolojik desteği obezite ile çalışırken birincil destek sistemi olarak tanımlamışlardır. Bu araştırmanın da sonuçlarıyla paralel olarak bu araştırmada da katılımcılar psikolojik desteği destek mekanizması olarak görmekteyizler. Obezite alan yazınında son yıllarda kadınlar ve erkekler arasındaki farklılıkları değerlendiren karşılaştırmalı çalışmaların arttığı gözlemlenmektedir. Bu çalışmalardan bazıları, cinsiyetler arasındaki psikososyal farklılıkların obeziteye bağlı yaşanan sorunları da etkilediğini vurgulamışlardır (Muscogiuri vd., 2024; Sarver ve Grilo, 2020). Muscogiuri vd. (2024) obezite tedavisinde kadınların psikolojik desteğe daha çok ihtiyacı olduğunu belirterek, tedavide psikososyal desteğin önemine ve cinsiyetler arasındaki farklılıklara odaklanan daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğunu vurgulamışlardır. Son yıllarda yapılmış bu çalışmaların sonuçlarına benzer şekilde bu çalışmada da katılımcılar kadın olmaktan kaynaklanan bazı zorluklara ve tedavide psikososyal destek ihtiyaçlarına vurgu yapmışlardır. Tek başına tıbbi tedavilerin ve ilaç tedavilerinin yetersizliğine vurgu yapan katılımcılar, zayıflamak için mutlaka psikososyal destek ile beslenme ve diyet desteğinin bir arada olmasına dikkat çekmişlerdir.

Antidepresan kullanımı, katılımcılardan bazılarında destek mekanizması olarak görülmüştür. Antidepresan kullanan katılımcıların antidepresan kullanımına bağlı bazı zorluklar yaşadıkları da gözlemlenmiştir. Mide ameliyatı olmuş katılımcılar kendilerini depresif hissettikleri bir dönem olarak ameliyat sonrası dönemde antidepresan kullanımına başvurduklarını ifade etmişlerdir. Yapılan araştırmalarda mide küçültme ya da mide balonu ameliyatı olan obezite tanısı almış bireylerde depresyon görülme sıklığı artmaktadır (Waters vd., 1991; Akt. Patsalos vd., 2021). Obezite ve depresyon, günümüz toplumlarında giderek artan sağlık sorunlarıdır ve bu iki durum arasındaki ilişki karmaşık ve çok yönlüdür. Obezite, sadece fiziksel sağlığı değil, aynı zamanda bireylerin psikososyal durumunu da etkileyebilen bir durumdur. Depresyon ise bireylerin duygusal, bilişsel ve davranışsal olarak zorlu bir durumla başa çıkmasını zorlaştıran yaygın bir psikososyal rahatsızlıktır ve obezite ile

yakından ilişkilidir (Patsalos vd., 2021). Obezite ve depresyon arasındaki bu karmaşık ilişkiyi anlamaya yönelik depresyon ve obezite arasındaki karşılıklı ilişkiyi anlamak önemlidir. Azarbad ve Gonder Frederick (2010) “kadınlarda obezite” başlıklı derleme çalışmalarında kilo artışı ve stres faktörlerinin psikolojik stres ile etkileşim içinde olduğunu vurgulamışlardır. Bu çalışmada aynı zamanda obezite tanısı almış bireylerde majör depresif bozukluk riskini yüksekliğine dikkat çekerek, özellikle obezite tanısı almış kadınlarda obeziteye bağlı depresyona sıklıkla rastlandığı vurgulanmıştır.

Depresyon, obezite tanısı almış bireylerin fiziksel aktivite düzeylerini azaltabilir (Obezite Tanı ve Tedavi Klavuzu, 2018). Bu durum, enerji dengesizliğine ve vücut ağırlığının artmasına yol açabilir. Aynı zamanda, obezite tanısı almış bireylerin fiziksel aktivite konusunda motivasyon eksikliği yaşaması, depresyonu artırabilir (Milaneschi vd., 2019). Katılımcılardan bazıları çok hareketsiz kaldıklarını, yürüyüş yapmakta bile zorlandıklarını, fiziksel ağrılarından dolayı spor ve fiziksel aktivite yapmanın zorlaştığını ve kendilerini bu yüzden daha depresif hissettiklerini ifade etmişlerdir. Depresif hisseden katılımcılar, beslenme alışkanlıklarının da olumsuz etkilenebildiğini belirtmişlerdir. Obezite ve depresyon arasındaki bağlantının bir kısmı biyolojik faktörlere dayanır. Vücut ağırlığındaki artış, hormonal dengesizliklere ve inflamasyonun artmasına yol açabilir ve bu biyolojik değişiklikler, depresyon riskini artırabilir (Zorena vd., 2020). Obezite ve depresyon arasındaki ilişki, psikososyal etkileşimlere de bağlıdır. Depresif hisseden katılımcılar kendilerini boş, sinirli, hayal kırıklığı yaşamış ve umutsuz hissettiklerini belirterek depresyonun psikososyal etkilerine işaret etmişlerdir. Obezite ve depresyon ilişkisinde diğer bir faktör genetik yatkınlık faktörü olarak bulunmuştur (Zorena vd., 2020). Ailede obezite veya depresyon öyküsü olan bireyler, her iki durumla da genetik olarak ilişkilendirilmiş olabilirler. Obezite öyküsü olan bireyler, toplumsal önyargı ve ayrımcılıkla karşılaşabilirler (Puhl ve Heuer, 2009). Obezitede önyargı ve ayrımcılık bireylerin yaşadıkları duygusal stresi ve dolayısıyla depresyon riskini de artırabilir. Türkiye’de henüz depresyon ve obeziteden dolayı ayrımcılığa uğrama arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Obezite ve depresyon arasındaki bu karmaşık ilişkiyi yönetmek için bireylerin çoklu disiplinli bir yaklaşıma ihtiyaçları vardır. Sağlıklı beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite, duygusal destek ve gerekirse psikoterapi gibi faktörlerin bir araya getirilmesi hem obezitenin yönetimine hem de depresyonun tedavisine yardımcı olabilir. Sonuç olarak, obezite ve depresyon arasındaki ilişki çok katmanlıdır ve bireylerin bu durumlarla başa çıkabilmeleri için bütüncül bir yaklaşım benimsemek önemlidir. Hem obeziteyi yönetmek hem de depresyonu tedavi etmek, hem de topludaki önyargıları ve ayrımcılığı azaltmaya yardımcı

politikalar ve çalışmalar üretmek, bireylerin ve ailelerin, fiziksel ve ruhsal sağlığını olumlu bir şekilde etkileyebilir.

Sosyal Boyut, bireylerin sosyal destek mekanizmalarına, sosyal ve toplumsal süreçlerdeki bireysel ve kolektif deneyimlerine ve yaşadıkları ülkenin sosyopolitik ve ekonomik koşullarından etkilenme düzeylerine yönelik deneyimlerini kapsamaktadır. Araştırmanın verilerinden elde edilen bulgular, sosyal boyuta ilişkin, obezite tanısı almış kadınların sosyal destek mekanizmalarına yönelik değerlendirmelerine, dışlanma ve ötekileştirilme deneyimlerine yönelik aktarımlarına ve ekonomik yetersizlikler ve yoksulluğa yönelik aktarımlarına işaret etmektedir.

Aile yaşam dinamikleri, obezite üzerinde oldukça etkili süreçlerin yaşandığı bir sistemdir. Novak vd. (2023), çocuklarda ve yetişkinlerde obezite ile ilgili çalışmalarda bireylerin sahip oldukları aile dinamiklerinin önemini vurgulamışlardır. 2000’li yıllardan sonra obezite literatüründe ailenin bazı alt sistemlerden oluştuğu ve bu alt sistemler arasındaki ilişkilerin obeziteye etkisi oldukça anlamlı olduğu çeşitli çalışmalarda vurgulanmıştır (Ferriby vd., 2017). Novak vd. (2023), aile sisteminin obeziteye etkilerini derledikleri çalışmalarında aile sistemi içerisindeki alt sistemleri: (1) ebeveyn- çocuk sistemi, (2) eş sistemi, (3) kardeşler sistemi, (4) büyük anne/baba ve çocuklar sistemi olarak 4’e ayırmışlardır. Bu alt sistemlerdeki yaşam deneyimlerinin obeziteye etkileri bu çalışmada da oldukça ön plana çıkmaktadır. Araştırmanın katılımcıların tamamı aileleriyle birlikte yaşamaktadırlar. Birinci evre olan yetişkinlik evresindeki katılımcılar ebeveynleri ya da tek ebeveyn ile diğer beş evredeki kadınlardan çoğunluğu eşleri ve çocukları ile üçüncü evre olan küçük çocuklu aileler evresi ve dördüncü evre olan ergenlik çağında çocuğu olan aileler evresinde yer alan üç katılımcı da eşlerinden boşanmış ve çocuklarıyla yaşamaktadırlar.

Kiecolt- Glaser ve vd. (2017), eşlerden birinin obez olması halinde diğer eşte de riskin arttığını belirtmiştir. Bazı katılımcılar eşleri de kilolu olduğu için kendi aralarında kilonun sorun yaratmadığını ve birbirlerini böyle beğendiklerini ifade etmişlerdir. Eşler ve partnerler arasındaki ilişkinin beden algısı üzerine etkilerini inceleyen bir çalışmada Markey ve Markey, (2017), partnerler ve eşlerin kiloları arasında ciddi farklılıkların ilişkide olumsuz etkileri olduğunu bulmuşlardır. Kiloları birbirine yakın eşlerin kiloları arasında ciddi fark olan eşlere oranla ilişkide çatışma yaşama oranları daha düşük bulunmuştur (Burke vd. 2012). Bu araştırmaların sonuçlarına paralel bir biçimde, bazı katılımcılar eşlerinin zayıf olduklarını, sağlıklı yaşamaya ve beslenmeye çok özen gösterdiklerini ve kendi kiloları nedeniyle eşleriyle çatışmalar yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Bir katılımcı bu durumu “eşim

bana göre inadına zayıf bir adamdır” diyerek bir katılımcı da “ben nasıl bu kadar yiyorum diye hayretle izliyor beni” gibi ifadelerle vurgulamışlardır.

Aile bir sosyal kurum olarak bireyin hayatında önemli bir yere sahiptir. Bireylerin sağlıklı gelişimlerinin ön koşulu aile bireyleri arasındaki iletişimin sağlıklı olmasıdır. Katılımcılardan bazıları eşler arasında yaşanan sorunların ailedeki iletişim süreçlerini olumsuz etkilediğini belirtmişlerdir. Eşleriyle iletişim sorunları yaşadıklarını ifade eden katılımcıların vücut ağırlıklarındaki artışın daha hızlı olduğu görülmektedir. Katılımcılardan bazıları eşlerinin eş ve baba olarak bazı sorumlulukları yerine getirmediklerini, çocukları için yeterince iyi ebeveyn olamadığını belirtmişlerdir. Babalık rollerinin yerine getirilmemesi ise kadınların ifadelerine göre, daha fazla sorumluluk almalarına, çocuklarına hem annelik hem babalık yapmaya çalışmalarına yol açmıştır. Bu durum kadınlarda stres faktörüdür ve bu kadınlar obezite düzeyinde kilolu olmalarını yaşadıkları bu strese bağlı olduğunu ifade etmişlerdir.

Bazı katılımcıların ailelerinde de obezite öyküsü bulunmaktadır. Özellikle ebeveynlerin ya da kardeşlerin obez olduğu aile sistemlerinde bireylerin de kilo alımının yıllar içerisinde arttığı ortaya çıkmıştır. Aslan (2018), kadınlarda beden kütle indeksinin ilişkili olduğu psikososyal faktörleri incelediği çalışmada, ailesinde obezite öyküsü olan kadınların obezite oranlarının olmayanlara göre daha yüksek olduğunu bulmuştur. Bazı katılımcılar obezitenin bir aile hastalığı olduğunu ifade etmişlerdir. Bazı katılımcılar obezitenin ailede bir mizah konusu olduğunu ve bütün aile üyeleri obez olduğu için de kendi aralarında duygusal anlamda zorluk yaşamadıklarını ifade etmişlerdir. Bazı katılımcılar da ailelerinde obezite öyküsü olan başka bir birey olmadığını ve bu durumun daha sağlıklı beslenme ve az yemek yeme konusunda kendilerine bir motivasyon kaynağı olduğunu ifade etmişlerdir.

Katılımcılar bazen de aile üyeleri tarafından ayrımcılığa uğradıklarını ifade etmişlerdir. Ailede kilolarından dolayı ayrımcılığa uğrayan katılımcılar genellikle zayıf kardeşler ile kıyaslandıklarını ya da kilolu/obez bir aile üyesine benzetildiklerini ifade etmişlerdir. Skelton ve Pratt (2023), çocukluk çağı obezitesinin tedavisinde aile fonksiyonlarını aile sistemi yaklaşımı temelinde ele alan derleme çalışmada ailedeki bu olumsuz eleştirilerin, bir aile içi ihmal sorunu olabileceğini vurgulamışlardır. Bu ihmalin çocukluk çağında obezitenin birincil sebeplerinden olduğunu ve yetişkinlikte de olumsuz etkilerinin olduğunu ifade etmişlerdir.

Kilo damgalama özellikle çocukluk çağında sıklıkla görülen ancak yetişkinlerde de insan hayatını olumsuz etkileyen bir ayrımcılık biçimidir (Baile vd., 2022). Araştırmaya katılan kadınlardan özellikle birinci, ikinci ve üçüncü evrede yer alan kadınlar sosyal ortamlarda genellikle insanların uzun ve ısrarcı bakışlarına maruz kaldıklarını ifade etmişlerdir. Bazı katılımcılar arkadaşlarının kilolu ya da obez birini gördüklerinde onlarla ilgili olumsuz yorumlarda bulunabildiklerini ve kendilerini de bu yüzden kötü hissettiklerini belirtmişlerdir. Arkadaşlarının ya da akrabalarının kendileriyle ilgili olumsuz görüşlere sahip olduğunu düşünen katılımcılar obezitenin onları sosyalleşmekten alıkoyduğunu, eve kapattığını ifade etmişlerdir. Eve kapanmanın beraberinde stres yarattığını ve bu stresin de yemek yemeyi tetiklediğini belirtmişlerdir. Bu durum katılımcıların insanların bakışlarına ve eleştirilerine maruz kalmamak için kendilerini dış dünyadan izole ettiklerini göstermektedir.

Bütün bunlarla birlikte, bazı katılımcılar, ekonomik güçlüklerin emekli ya da ileri yaşlarda olup çalışmak zorunda kalan bireyleri daha da olumsuz etkilediğini ifade etmişlerdir. Bu çalışmada aile yaşam döngüsünün son evresi olan altıncı evre yaşlılık ve emeklilik evresinde bir katılımcı hayatın anlamsız olduğunu, çocuklarının geleceği ile ilgili kaygılandığını, ekonomik olarak geçinemediklerini ifade etmiştir. Kilolarından dolayı hastalıklarının ortaya çıktığını ve bunun da çalışmasını engellediği için zorlandığını ifade eden katılımcı ağır bir işte çalışmaya devam etmek zorunda kaldığını belirtmiştir.

Sosyal çevre desteği de katılımcıların üzerinde durdukları ve sıklıkla vurguladıkları bir destek sistemidir. Sosyal çevre bu çalışmada arkadaşlar, iş arkadaşları ve komşulardan oluşmaktadır.

Katılımcıların sosyal boyutta farklı baş etme mekanizmalarına sahip oldukları görülmektedir. Katılımcılar baş etme mekanizmalarının bazılarını olumlu bazılarını olumsuz bulmuşlardır. Obezite ile mücadelede işlerini kolaylaştıran baş etme mekanizmaları genellikle sosyalleşmek, kilo vermek, kilolarını makul sınırlara çekmeye çalışmak, ilişkilerinde mutlu olmak ve kilo vermek olarak ifade etmişlerdir. Olumsuz olarak bahsettikleri baş etme mekanizmalarının genellikle kilo ile ilgili konuları ertelemek ve kiloları görmezden gelmek olduğunu belirtmişlerdir. Kilo vermek en etkili baş etme mekanizmaları arasındayken kilo verememek de en katılımcıların motivasyonlarını ve inançlarını olumsuz etkileyen faktörlerin başında gelmektedir. Yaptıkları diyetlerle zayıfladığını ancak daha sonra yeniden vücut ağırlıklarının arttığını vurgulayan katılımcılar çoğunluktadır. Bazı katılımcılar kilo vermeyi hiç denemediklerini zaten başarılı olamayacaklarını düşündüklerini ifade etmişlerdir. Zayıflamak en sık tekrar edilen gelecekle

ilgili plandır. Sosyalleşmek katılımcılar için hem iyi bir destek mekanizmasıdır aynı zamanda katılımcılar gelecek planlarında da sosyal hayata daha fazla katılma isteğini dile getirmişlerdir. Sosyalleşme arzusu özellikle zayıfladıktan sonra sosyal hayata katılma şeklinde ifade edilmiştir. Belirli bir sosyal çevresinin olmadığını ifade eden katılımcılar, önce zayıflamak sonra da iş bulup çalışarak veya arkadaş ve yeni ortamlar edinerek sosyalleşmek istediklerini vurgulamışlardır.

Tinsel Boyut, katılımcıların yaşam, dünya ve evren hakkındaki spiritüel ve dini değerlerini ve inanç sistemlerini kapsamaktadır. Araştırmanın verilerinden elde edilen bulgular, tinsel boyuta ilişkin, obeziteye bağlı gelişen inanç ve değerlere odaklanmıştır.

Bazı katılımcılar vücut ağırlıklarından dolayı kendilerine yönelik hoşnutsuzluk içeren duygular yaşadıklarını ve bu hoşnutsuzluk içeren duygularla baş edemediklerini ifade etmişlerdir. Bazı katılımcılar baş edemedikleri zamanlarda, zihinlerinde ölüm düşüncesinin oluştuğunu aktarmışlardır. Ölüm düşüncesi bazı katılımcılar tarafından dile getirilmiş ve bu ifadeler daha çok umutsuzluk ve zorlu duygularla ilişkili bulunmuştur. Bu katılımcılar obeziteye ve ekonomik güçlüklerle bağlı yaşadıkları sorunları “ölsem de kurtulsam” diyerek ifade etmişlerdir. Obezite ve intihar ilişkisini inceleyen araştırmalarda obezitenin intihar etme düşüncesi ile yakından ilişkili olduğu bulunmuştur. Bu ilişkinin obeziteyle ilişkili damgalanmanın neden olduğu öz değer ve öz saygının azalmasından kaynaklanıyor olabilir (Klinitzke, 2012). Araştırmanın katılımcılarından biri geçmişte intiharı deneyimlediğini ancak başarısız olduğunu şu an böyle bir düşüncesi olmadığını ifade etmiştir. Bu örnek obezitenin intihar girişimiyle ilişkide iyi değerlendirilmesi gereken bir faktör olarak önemini gündeme getirmektedir.

Obezitenin katılımcıların çoğunluğunun inanç ve değerleri üzerinde olumlu ya da olumsuz bir etkisi olmamıştır; ancak bazı katılımcılar, zayıflama konusundaki inançlarının zayıf olduğunu ve eskisine göre daha ümitsiz ve çaresiz hissettiklerini belirtmişlerdir. Bazı katılımcılar, kiloları nedeniyle namaz kılarken eğilemediklerini, bu yüzden oturarak kılmak zorunda kaldıklarını ve kendilerini eksik hissettiklerini ifade etmişlerdir. Aile bağları güçlü olan ailelerde büyüdüklarini belirten kadınların kendilerini manevi olarak daha iyi hissettikleri araştırmanın önemli bulgularındandır. Dini bayramlarda bir araya gelmek, Ramazan ayında birlikte oruç tutmak gibi alışkanlıklar ve ibadetlerin katılımcılar üzerinde olumlu bir etkiye sahip olduğu gözlemlenmiştir.

Bireyin Yaşam Döngüsü

Bireyin yaşam döngüsü, katılımcıların aile yaşam döngüsünden bağımsız olarak, kendi yaşam döngülerinde önemli dönüm noktaları ve yaşam olayları olarak değerlendirdikleri süreç ve deneyimleri kapsamaktadır. Bireyin yaşam döngüsü temasına yönelik katılımcı paylaşımları aynı zamanda bireysel farklılıkların obezitedeki etkisini görebilmek açısından önemlidir. Kişisel yaşam deneyimleri, kişinin kendi sürecini ve yaşam olaylarını değerlendirme biçimleri, kişilik ve mizacın obeziteye öyküsüne etki etmektedir (Sutin ve Terracciano, 2020). Bu süreç ve yaşam olayları, katılımcıların yaşamlarının belirli bir dönemini kapsadığı gibi, farklı rol ve sorumluluklardan kaynaklanan deneyimlerini de içermektedir. Katılımcılardan elde edilen bulgular doğrultusunda, bireyin yaşam döngüsü kapsamında çocukluk, ergenlik, evlilik, annelik, çalışma ve kadın olma deneyimleri ile bu deneyimlerin obezite ile ilişkisi alan yazın desteğiyle tartışılmıştır.

Çocukluk Deneyimi, katılımcıların doğumlarından başlayarak erken çocukluk dönemlerini ve ilkökul deneyimlerini kapsayan bir süreçteki yaşantılarını, ebeveynleri, arkadaşları ve sosyal çevreleriyle kurdukları ilişkileri ve iletişim biçimlerini içermektedir. Bu deneyimlerden elde edilen bulgular, aileye özgü sorunlar, beslenme alışkanlıkları, kız çocuk olmak, akran ilişkileri, okul terki, cinsel istismar ve bazı olumlu yaşam deneyimleri etrafında şekillenmiştir.

Çocukluklarında sevgi dolu bir ailede büyüdüğünü ifade eden katılımcılar az sayıda olmakla beraber, bu katılımcıların kendilik algıları diğer katılımcılara göre daha olumlu bulunmuştur. Sevgisini gösteren, ilgili ve kendi aralarında da iyi ilişkileri olan ebeveynlerin çocukları olarak bu katılımcıların kendilerine yönelik algılamaları daha olumludur. Bu katılımcılar bedenlerine ve kendilerine dair daha az olumsuz görüş bildirmişlerdir. Çalışmanın bulgularından yola çıkarak katılımcıların ailelerinde özgün deneyimlerin ve sorunların varlığı dikkat çekmektedir. Çocukluk deneyimlerine yönelik olumsuz duygu ve düşünceleri olan katılımcıların aile içinde çeşitli sorunlar yaşadıkları ortaya çıkmıştır. Bunlar katılımcıların ifadelerinden yola çıkarak, aile ile ilişkili stres faktörleri olarak tanımlanabilir. Katılımcıların özellikle vurguladıkları stres faktörleri; evde yaşlı ve yatalak ebeveynlerin bakımını ve sorumluluğunu üstlenmek, baskıcı ve kısıtlayıcı bir ailede büyümek, aile içi fiziksel, sözel, duygusal ve psikolojik şiddete maruz kalmak ve bu şiddete tanıklık etmek, ebeveynlerin ihmali, babanın alkol kullanımı, boşanmış ebeveynler, ebeveynlerin baskıcı ve katı kuralları, ekonomik yetersizlikler ve ebeveynlik tutumları ile ilişkilidir.

Çocukluk ve ergenlik dönemlerinde kilolu olan bireylerin, yetişkinlikte obezite düzeyinde kilolu olmalarının çocukluk çağı obezitesi ile yakından ilişkili olduğu düşünülmektedir. Çocukluk çağında kilolu ya da obez olan bireylerin, ilerleyen yaşlarda da kilo sorunu yaşama olasılıklarının yüksek olduğu çalışmalarda belirtilmiştir. Çocukların beslenme alışkanlıklarının ebeveynlerin beslenme alışkanlıkları ile benzerlik gösterdiğini ifade ettikleri bir çalışmada, çocuğun duygusal regülasyon gibi süreçlerinin bir süre sonra ebeveynlerin beslenme davranışlarından etkilendiği ifade edilmiştir (Novak vd., 2023). Özellikle ergenlik dönemi fiziksel, sosyal, psikolojik ve psikoseksüel gelişim aşamalarının yaşandığı bir süreç olarak tanımlanmaktadır (Ünalın vd., 2007).

Katılımcılardan bazıları çocukluk deneyimleri arasında çalışan ebeveynlerinden söz etmişlerdir. Ebeveynler çalıştığı için bu katılımcılara çocukluklarında daha çok büyükanne ve büyükbaba bakım vermiştir. Bu katılımcılar büyükanne ve büyük babalarla büyüdükleri için beslenme alışkanlıklarının onlardan etkilendiğini ifade etmişlerdir. Beslenme alışkanlıkları, ailenin birlikte yemek yeme alışkanlıkları, öğün sıklıkları ve beslenme tarzları kilo alımında oldukça etkilidir (Fulkerson vd. 2014). Belirli aralıklarla ve belirli porsiyonlarda yemek yemenin vücuda alınan besin miktarını ve besin kalitesini önemli ölçüde etkilemektedir (Fruh vd., 2021). Aileler obeziteyi engellemek için düzenli ve sağlıklı beslenme alışkanlıkları oluşturabilme potansiyeline sahiptirler. Erken yaşta çocuklara da öğretilebilecek sağlıklı yeme alışkanlıkları yetişkinlikte de kalıcı etkiler yaratabilmektedir. Sağlıklı yeme alışkanlıkları obezite riskini azaltmaktadır (Fruh vd., 2021). Bazı katılımcılar, yemek saatlerinde hep beraber sofraya oturmak gibi bir alışkanlıklarının olmadığını, bu alışkanlığın çocukluktan kalma alışkanlıklarla benzerlik gösterdiğini ve eşlerinin çalışma koşulları ile çocuklarının okul saatlerinin bir arada yemek yemeyi engellediğini ifade etmişlerdir. Bu katılımcılar gün içerisinde ne yediklerine ve ne kadar yediklerine önem vermediklerini belirtmişlerdir. Gün içerisinde paketli abur cuburlar yiyerek, akşam televizyon karşısında sağlıksız atıştırmalıklar yediklerini belirten katılımcılar da olmuştur. Bazı katılımcılar evlilik öncesinde de ailelerinde beslenme alışkanlıklarının kötü olduğunu vurgulamıştır.

Çocukluk döneminde vücut ağırlıklarında artış gözlemlenen katılımcılar akran ilişkilerinde sorunlar yaşadıklarını ve dış görünüşlerine yönelik ilk hoşnutsuzluk duyumsamalarını o dönemde yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Çocukluk döneminde obezite öyküsü bulunan çocukların bedenlerine yönelik hoşnutsuzluk duyumsamaları bazı araştırmalara konu olmuştur. Çocukluk döneminde çocukların maruz kaldıkları ayrımcılık ve damgalanma deneyimleri çocukların kendilerine yönelik olumsuzluk içeren duyguların

oluşmasına yol açabilmektedir (Watson vd., 2014). Akran ilişkilerinde zorbalığa kadar varabilen olumsuz akran ilişkilerinden kaynaklanan duyumsamalar yetişkinlikte de bireylerin kendilerine yönelik düşünce şemalarına etki edebilmektedir (Puhl ve Heuer, 2009).

Ergenlik Deneyimi, katılımcıların zamansal olarak ortaokula başladıkları yıllar ile lise mezuniyetlerine kadar olan yılları içermektedir. Bu yıllar ortalama olarak 12-18 yaşlarına denk gelmektedir. Ergenlik bireylerin fiziksel, sosyal, duygusal ve psikolojik açılardan hızlı değişimler yaşadıkları özel bir dönemdir (Şirin, 2020). Şirin (2020), ergenlikte beden algısının değişimine etki eden faktörleri ele aldığı kitabında, ergenlik dönemindeki çocukların yetişkinliğe geçişte olumlu ve olumsuz aile deneyimlerinin ergenler üzerindeki etkilerine yer vermiştir. Katılımcılar ergenlik dönemindeki deneyimlerinin özgün etkilerine işaret etmektedir. Vücut ağırlıklarındaki artışın bu dönemde arttığını ifade eden katılımcılar bireysel ve ailevi faktörlerin bu süreçteki önemini tartışmak açısından önemli konulara dikkat çekmişlerdir.

Katılımcı verilerinden elde edilen bulgular, ergenlik döneminde vücut ağırlığındaki artışı hızlandıran faktörleri, travmatik deneyimlerin, yatılı okul ve göç gibi faktörlerin etkilerini tartışmayı sağlamaktadır. Ergenlikte travmatik ve stresli yaşam deneyimleri obezite görülme sıklığını etkileyen önemli faktörlerdendir (Jebeile vd., 2021). Araştırmalar, çocuklukta travmatik deneyimler yaşayan bireylerde ilerleyen yaşlarda obezite görülme riskinin daha yüksek olduğunu göstermektedir (Krupa-Kotara vd. 2024). Çalışmada cinsel istismar, aileden ve arkadaşlardan zorunlu bir şekilde ayrılma ve şehir ve sosyal çevre değişiklikleri gibi yaşam deneyimlerini deneyimleyen katılımcılar bu deneyimleri obezite ile ilişkili risk faktörü olarak aktarmışlardır. Cinsel istismar öyküsü paylaşan katılımcı, *“kendimi korumak için böyle kilo aldığımın farkındayım”* ifadesiyle obezite ve travma sonrası stres bozukluğu belirtileri arasındaki ilişkiye dikkat çekmiştir. Çocukluk çağında cinsel istismara maruz kalan çocukların cinsiyet, akademik başarı gibi sosyodemografik özelliklerinin travmatik stres üzerinde etkili olduğu ve eğitimin erken aşamalarındaki kız çocuklarının travma sonrası stres belirtileri açısından risk grubunda olduğu saptanmıştır (Yanar ve Buz, 2023).

Katılımcılardan bazıları özellikle ergenlik döneminde ebeveynleri, özellikle de babaları tarafından baskıcı tutum ve davranışlara maruz kaldıklarını ifade etmişlerdir. Ergenlik özellikle psikososyal gelişmenin de belirgin gözlemlendiği bir gelişim dönemidir. Bu dönemde birey, arkadaşlarını seçebilme, sosyalleşme, karar verebilme, duygularının ve isteklerinin farkında olma gibi becerileri kullanmak ve sorumluluk alabilecek bir yetişkine

dönüşmek için hem fiziksel hem de ruhsal olarak hazırlanır (Parman, 2021). Bazı katılımcılar babalarının baskıcı ve otoriter tutum ve davranışları yüzünden sosyalleşemediklerini, eve kapandıklarını, arkadaşlarıyla görüşemediklerini ve kız çocuğu olarak erkek kardeşlerinden farklı muameleye maruz kaldıklarını ifade etmişlerdir. Bu durum kadınların ifadeleriyle kendilerinde özgüven sorunlarına yol açmış ve hayatlarının ilerleyen dönemlerinde içe kapanık ve çekingen olmalarına sebep olmuştur. Bu özgüven sorunları bu yıllarda kadınlarda kilo almalarını tetikleyen bir sebep olarak ifade edilmiştir.

Aile ile dış dünya arasında kapalı sınırlara sahip aileleri olan katılımcılar, sosyalleşmekte zorlandıklarını, arkadaş edinemediklerini ifade etmişlerdir. Katılımcılardan daha genç grupta yer alan kadınlardan bazıları ebeveynlerinin özellikle de babalarının baskıcı tutum ve yaklaşımlarından dolayı çok zor bir çocukluk ve ergenlik dönemi geçirdiklerini ifade etmişlerdir. Aile sistemi perspektifinden obezite konusunu irdeleyen bir araştırmasında 11-14 yaş aralığındaki kız çocuklarıyla yaptığı derinlemesine görüşmeler sonucunda Harkaway (1982), obez kız çocuklarının ailelerinin dış dünya ile sınırlarının genellikle çok katı, kendi içlerinde sınırlarının ise çok dağınık olduğunu bulmuştur. Bazı katılımcılar bu araştırmanın da bulguları ile paralel bir biçimde aile bireyleri ile aralarındaki sınırların dağınık olduğuna yönelik çeşitli paylaşımlarda bulunmuşlardır.

Ergenlik yıllarında yatılı okulda okuduğunu ve ailelerinin çeşitli nedenlerden dolayı başka bir şehre göç etmek zorunda kaldığını, üniversite, evlilik ve çalışma nedeniyle çok fazla şehir değişikliği yaptığını ifade eden katılımcılar, sosyal ilişkilerde süreklilik sağlayamadıklarını, arkadaşlarından ve sosyal çevrelerinden ayrılmanın olumsuz etkilerini yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Ergenlik dönemi yetişkinlikte sağlıklı arkadaşlık ilişkilerinin olduğu yıllar olabilmektedir. Bu yıllarda yaşanan zorunlu göçler ve yatılı okul deneyimleri bireylerin ailelerinden ayrı veya başka bir şehirde yeni arkadaşlık ve sosyal çevre edinme deneyimlerini olumsuz yönde etkileyebilmektedir.

Evlilik Deneyimi, katılımcıların evlendikleri yaş, evlenme biçimleri, evlilikte süregelen sorunlar ve boşanma süreçleri ile ilgili bulgulara yönelik tartışmaları sağlamaktadır.

Kadınların evlenme biçimleri evlilikte yaşadıkları sorunların öncüsü olarak nitelendirilerek bazı sorunların başlangıç noktası olarak görülmüştür. Görücü usulü ve erken yaşta evlendiğini ifade eden katılımcılar çocuk yaşta evlenmenin ve yine çocuk yaşta anne olmanın etkilerini vurgulamışlardır. Aileleri tarafından desteklenmeyen evlilikleri deneyimlediklerini ifade eden katılımcılar, evlilikte yaşadıkları sorunları buradan başlayarak

anlatma ihtiyacı duymuşlardır. Aileleri tarafından eşlerinin istenmemesi katılımcılar için evlilikte bir stres faktörüdür. Kendilerini evlilik sürecinde beveynlerinin desteğinden mahrum hissedenden katılımcılar evlilikte bu desteğin olmamasından kaynaklanan sorunlar yaşadıklarını vurgulamışlardır.

Loth vd. (2008), boşanmanın stresli bir yaşam olayı olduğunu ve boşanma süreci sağlıklı yönetilemez ise bu durumun hem eşler hem de çocuklar üzerinde olumsuz etkileri olabileceğini ifade etmişlerdir. Katılımcılardan ikisi eşlerinden boşanmışlardır. Bu katılımcılardan biri boşanma öncesinde ailede yaşanan sorunların kilo alma süreçlerinde etkili olduğunu vurgularken diğer katılımcı boşandıktan sonra yaşadığı duygusal zorlukların vücut ağırlığının artmasında önemli etkileri olduğunu belirtmiştir. Bu katılımcıların ifadelerinde görüldüğü üzere hem evlilik içerisinde yaşanan sorunlar hem de boşanma sonrasında kadınların yaşadığı zorluklar kadınların kilo almalarına sebep olmaktadır. Evli ve bekar örneklem grubunda yapılmış bir araştırmaya göre, evli kadınlarda obezite görülme sıklığının bekar kadınlara oranla daha yüksek olduğu ancak boşanmış kadınlarla obezite görülme sıklığı oranları en yüksek bulunmuştur (Lee vd., 2020).

Evlilikte süregelen sorunlara yönelik bulgular, katılımcıların eşleriyle yaşadıkları iletişim sorunları, aralarındaki sevgi ve saygı bağının zayıflaması, eşleri tarafından kısıtlanma ve kıskançlığa maruz kalmaları gibi sorunları kapsamaktadır. Bu sorunlardan kaynaklanan olumsuz duygu ve düşünceler ve yaşam deneyimlerinin, kadınların evlilik süreciyle beraber vücut ağırlıklarının artmasında önemli rolü bulunmaktadır. Evlilik insan yaşamında duygusal, zihinsel ve sosyal açıdan sorumluluklar getiren bir kurumdur. Duygusal yakınlık kurabilen çiftlerin sorunlar yaşadıklarında birbirlerini desteklemeye hazır bulundukları bulunmuştur (Kavehfarsani vd., 2020). Aynı zamanda aralarında duygusal bağ, sevgi, güven ve saygı bağı olan eşlerin evlilikte süregelen sorunlarla baş edebilmek için destek alma motivasyonu daha yüksek bulunmuştur (Özdemir, 2023). Katılımcılar evlilikte yaşadıkları sorunlara ilişkin yardım alma motivasyonlarına etki eden faktörleri, eşlerinin isteksiz olması ve ekonomik zorluklarla ilişkili bulmuşlardır. Eşlerinin yardım almayı gereksiz buldukları ve kendilerini sorunları büyüten taraf olarak suçlandıklarını ifade eden katılımcılar ve vücut ağırlıklarının artmasını eşleriyle yaşadıkları problemlerle ilişkili bulmuşlardır.

Annelik Deneyimi, katılımcıların çocuk sahibi olmaya yönelik düşüncelerinin şekillendiği süreçlerden başlayarak, çocuk sahibi olamama, hamilelik süreci, doğum sonrası, çocuğun bakım yükü ve çocuğun vücut ağırlığına yönelik endişeleri kapsamaktadır. Annelik

deneyimine yönelik duygu, düşünce ve deneyimler aynı zamanda katılımcıların fiziksel, duyuşsal, bilişsel, sosyal ve tinsel gelişim boyutlarına yönelik geniş bir tartışma alanı yaratmaktadır. Bu gelişim boyutlarının her birine yönelik katılımcıların bireysel yaşam döngülerindeki deneyimlerinin, aile yaşam döngüsü evrelerinden biri olan evlilik evresi ile sıklıkla örtüşen özellikler barındırdığını gözlemlemek mümkündür. Annelik deneyimi katılımcıların çocuk sahibi olmayı planladıkları dönemle başlamaktadır.

Katılımcılardan bazıları gebe kalmakta zorluk yaşadıklarını ve doktorlarının bu zorluğa sebep olarak obeziteyi öne sürdüğünü ifade etmişlerdir. Kadın sağlığı ve infertilite, obezite çalışmalarında oldukça geniş yer kaplamaktadır. Obezite kadınların doğurganlıkları üzerinde olumsuz etkileri olan bir sorundur (Şahin ve Can, 2018). Obezite öyküsü bulunan kadınların gebe kalmak için yardımcı üreme tekniklerine başvurma oranı kilolu olmayan kadınlara göre daha fazla bulunmuştur (Yanikkerem, 2017).

Obezite tanısı almış kadınların vücut ağırlıklarındaki artışın en fazla görüldüğü dönem hamilelik ve doğum sonrası dönem olmuştur. Hamilelik dönemi obezite tanısı almış kadınlarda obeziteden kaynaklanan sorun ve rahatsızlıkların olumsuz etkileri açısından riskli bir dönem olarak görülmektedir (Krupa- Kotara vd., 2022; Timmermans vd., 2020; Demirel ve Yardımcı, 2020). Küçükkaya vd. (2024), Türkiye’de hamileliğinin üçüncü trimesterinde olan kadınların beden imajı algıları üzerine yaptıkları nitel çalışmada, 13 hamile kadınla derinlemesine görüşmeler yapmış ve hamilelik döneminde yaşanan ruhsal değişikliklerin, fiziksel değişikliklerden daha yoğun vurgulandığını bulmuşlardır. Bu çalışmada katılımcı ifadelerinden elde edilen bulgular, hamile olup obezite öyküsü bulunan kadınların, duyuşsal boyutta en çok kaygı ve öfke gibi alanlarda sorun yaşadıklarını aynı zamanda duygularını düzenlemede zorlandıklarını göstermektedir.

Doğum sırasında olduğu kadar doğum sonrası dönem de katılımcılar açısından bazı zorluklar barındıran bir dönemdir. Obezite tanısı almış kadınların doğum biçimleri, doğum sonrası emzirme ve beslenme süreçleri ve ilaç kullanımı durumları hem annelerin hem de bebeklerin sağlığı açısından oldukça önemlidir (Demirel ve Yardımcı, 2020; Bilgin, 2020). Bu dönemde sütleri kesilmesin diye beslenmelerine dikkat etmediklerini ifade eden katılımcılar, çevrenin olumsuz etkileriyle birlikte beslenme bozukluklarının ve vücut ağırlıklarının artışı doğum sonrasındaki süreçlerle ilişkilendirmişlerdir. Çocuk sahibi olan kadınların, çocuklarının ihtiyaçlarını yeterince karşılayamadıkları konusunda endişeli oldukları bulunmuştur. Bu ihtiyaçlar genellikle geleceğe yönelik kaygılar ve ekonomik kaygılarla ilişkilidir. Bazı katılımcılar da fiziksel olarak çabuk yorulduklarını ve çocuklarıyla

zaman geçirmek, oyun oynamak gibi fiziksel güç gerektirecek aktiviteleri yapamadıklarını, onlara yeterince iyi ebeveyn olamadıklarını ifade etmişlerdir. Bu endişenin obezite ile ilişkisinin genellikle hareket kısıtlılıkları, çabuk yorulma, atlama, zıplama, koşma gibi aktivitelerde zorlanma ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Katılımcılardan bazıları çocuklarının da obezite düzeyinde kilolu veya kilolu olduğunu ifade etmişler ve onların da kendilerine benzemelerinden endişe duyduklarını ifade etmişlerdir. Bazı araştırmalarda ebeveynleri obezite tanısı almış çocuklarda obezite görülme sıklığının ailelerinde obezite öyküsü olmayan çocuklara oranla daha yüksek bulunmuştur (Watson vd. 2014; Kavehfarsani vd. 2020). Ebeveynler çocuklarının beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite ve sağlıklı yaşam alışkanlıkları geliştirmelerinde kilit kişilerdir. Bu bağlamda çocuklarının vücut ağırlıklarına yönelik endişe duyduğunu ifade eden katılımcılar, onların da kendileri gibi sağlık sorunları yaşamaya aday olduklarını ve akranları tarafından dışlanmaya maruz kaldıklarını ifade etmişlerdir.

Çalışma Deneyimi koduna yönelik bulgular, katılımcıların eğitim düzeylerine göre çalışma durumlarına, çalışma koşulları, obeziteye bağlı çalışmak istememe, mobbing ve olumlu çalışma deneyimlerinin bireyler üzerindeki etkilerini tartışmak için uygun bir zemin sunmaktadır.

Obezite tanısı almış kadınlar çoğunlukla çalışma koşullarının zorlayıcı yönlerine vurgu yapmışlardır. Uzun çalışma saatleri, yaptıkları işin fiziksel olarak yorucu olması, vücut ağırlıklarından dolayı yaşadıkları ağrıların ve bedensel kısıtlılıkların olumsuz çalışma ortamlarında artması kadınları iş yaşamında zorlayan faktörlerdir. Araştırmada farklı sektörlerde çalışan kadınlar bulunmaktadır. Çalıştıkları sektörde obezite tanısı almış olmanın dezavantajlarını deneyimleyen kadınlar daha çok insan ilişkilerinin ön planda olduğu işlerde çalışmaktadırlar. Öğretmen, doktor, bankacı, güvenlik görevlisi, esnaf, sağlık teknikeri, yurt müdürü ve memur olarak hizmet sektöründe çalışan katılımcıların çalışma deneyimlerine yönelik olumlu ve olumsuz değerlendirmeleri, genellikle hizmet verdikleri kişi ve grupların obeziteye yönelik tutum ve davranışlarının niteliğine göre değişmektedir. İş doyumuna etki eden obezite ile ilişkili faktörlerin incelendiği bir çalışmaya rastlanmamıştır. Yapılan işten doyum almanın, sağlıklı beslenme alışkanlıkları edinmede ve fiziksel ve ruhsal sağlığa olumlu etkileri olduğu görülmüştür (Matarsat vd. 2021). Çeşitli meslek gruplarında iş doyumunun psikososyal faktörlerle ilişkisini inceleyen çalışmalar mevcuttur. Bu çalışmalardan bazıları, iş yerinde ayrımcı tutumların olması, iş ortamlarındaki etkileşim ve iletişim süreçlerinin olumsuz olması, iş yerinde psikolojik şiddete maruz kalma, güvencesiz

işlerde çalışma ve meslek hastalıkları ve sağlık sorunlarına yol açabilecek işlerde çalışma gibi faktörlerin, iş doyumunu olumsuz etkilediğine ve sağlık üzerinde olumsuz etkileri olduğuna vurgu yapmaktadır (Kim ve Park, 2018; Rim ve Kim, 2024). Bu olumsuz faktörler aynı zamanda kadınlarda düşük benlik saygısı duyumsamasına yol açabilmektedir (Kim ve Park, 2018).

Çalışan anne olmak, katılımcıları zaman zaman zorlayan deneyimler olarak yer bulmuştur. TÜİK verilerine göre Türkiye’de kadın istihdam oranları %28, erkeklerin %65 seviyesindedir (<https://hbrturkiye.com/dergi/surdurulebilir-kalkinmanin-anahtari-calisan-kadin>. Erişim tarihi: 02.06.2024). Ekonomide ve sürdürülebilir kalkınmada önemli bir parametre olan çalışma hayatında, kadınların oranının erkeklerden daha düşük olması toplumsal cinsiyet rollerinden kaynaklanan kadınların çalışma yaşamından alıkoyan çocuk bakımı, engelli ve yaşlı ebeveynlerin bakımını üstlenme gibi sorumluluklara işaret etmektedir. Obeziteye bağlı sağlık sorunları yaşayan ve çalışma hayatına devam eden kadınlar, çocuklarına yeteri kadar zaman ayıramadıklarını düşünmektedirler. Türkiye’de Resmi Gazete’de yayınlanmış kamu personeli genel tebliğine göre annelik izni olarak iş hukuku mevzuatında yer alan izin süresi annelerin hamileliklerinin son 8 haftasını ve doğum sonrası 8 haftayı kapsayan 16 haftalık bir izindir. Süt izni olarak belirlenmiş izin ise bebeğin ilk 6 ayında günde 3 saat, ikinci 6 ayda da günde 1 buçuk saat olarak belirlenmiştir. 16 haftalık annelik izni devlet memurlarını ve sigortalı çalışan özel sektör çalışanlarını kapsamaktadır. Aynı mevzuata göre babalık izni, eşinin doğum yaptığı gün itibariyle başlayarak 657 sayılı kanuna tabi olanlara 10 gün; özel sektör çalışanlarına ise 5 gün süreyle verilir. Katılımcılardan bazıları annelik izin süreleri dolduktan sonra çocuklarının bakımı için ailelerinden yardım almak zorunda kaldıklarını ifade etmişlerdir. Katılımcıların ifadelerinde babaların okul öncesi dönemdeki çocuklara bakım süreçlerindeki görünürlükleri kısıtlıdır. Babaların çalışma yaşamından ayrılması ve çocuğun bakımını üstlenmesine oranla Türkiye’de çocuğu doğduktan sonra işten ayrılan annelerin oranı daha yüksektir. Katılımcılardan bazıları çocuklarının doğumundan sonra işten ayrıldıklarını ifade etmişlerdir. Kadın Girişimciler Derneği (KAGİDER)’in IPSOS araştırma şirketi ile birlikte yürüttüğü çalışan anneler projesine göre, çalışan kadınların %40’ı doğum sonrası çocuğun bakımını sürdürmek için işten ayrılmaktadır (<https://hbrturkiye.com/dergi/surdurulebilir-kalkinmanin-anahtari-calisan-kadin>. Erişim tarihi:02.06.2024).

Kadın olma deneyimi, katılımcıların cinsiyete dayalı deneyimlerinin farklılaştığı alanlara vurgu yapmaktadır. Bu deneyimlerden ortaya çıkmış bulgulara yönelik tartışmalar,

toplumsal cinsiyet normlarının kadınlara yüklediği sorumluluklar, maruz kaldıkları şiddet biçimleri ve ilişkilerde obezite tanısı almış kadın olmak ile ilgili konuları kapsamaktadır.

Katılımcıların yalnızca birinci evrede, yetişkinlik evresinde yer alanları evli değildir ve çocukları yoktur. Bu katılımcılar anne babaları, tek ebeveyn veya kardeşleriyle birlikte yaşamaktadır. Diğer beş evrede yer alan katılımcıların tamamı evli ve çocuk sahibidir. Birinci aile yaşam döngüsü evresinde yer alan katılımcılardan bazıları yatalak ve bakıma muhtaç ebeveynlerine bakmak zorunda oldukları için evlenmediklerini ifade etmişlerdir. Ailede engelli, yatalak ve bakıma muhtaç bir bireylerin bakım ihtiyaçları genellikle kadınlar tarafından sağlanmaktadır. Bazen bu bireylere bakmakla yükümlü oldukları için kadınlar okula gidememekte, çalışamamakta ve evlenmek istememektedirler. Katılımcılar ailelerindeki erkeklere oranla bakım yükünü daha fazla sırtlanan bireyler olduklarını ifade etmişlerdir. Bu durum Türkiye’de kadınların bakım yükü ve bu yükten kaynaklanan fırsat eşitsizliklerini gündeme getirmesi açısından önemli tartışma alanlarına işaret etmektedir. Bununla beraber şiddet obezite tanısı almış kadınların da ifadelerinde yer alan bir diğer konu olmuştur.

Katılımcıların bazıları flört ettikleri erkekler, eşleri, ebeveynleri ve kardeşleri tarafından sözlü ve psikolojik şiddete maruz kaldıklarını ifade etmişlerdir. Katılımcılar şiddeti obezitenin hem bir nedeni hem de sonucu olarak değerlendirmektedirler. Şiddete maruz kalan bazı katılımcılar şiddetin duygusal ve psikolojik etkilerinin onları daha fazla ve kontrolsüz yemeye ittiğini vurgulamışlardır. Bazı katılımcılar da obeziteden dolayı eşlerinin, ebeveynlerinin ve kardeşlerinin onlarla alay ettiklerini, kötü sözler sarf ettiklerini, kırıcı sözler söylediklerini, kendilerini insanların içinde rencide ettiklerini ifade ederek sözlü ve psikolojik şiddetin aile içerisinde normalleştirilmiş bir iletişim biçimi olarak kullanıldığını dikkat çekmişlerdir.

Toplumsal cinsiyet ve obezite ilişkisini araştıran herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak obezitede cinsiyetler arası farklılıklara değinen çalışmalarda kadınlarda obezite görülme sıklığına etki eden toplumsal cinsiyet rollerinden kaynaklanan faktörlere işaret eden bilgiler yer almaktadır (Muscoguri vd., 2023; D’archivio vd., 2024; Feraco vd., 2024; Cooper vd., 2021). Pek çok ülkede obezitenin kadınlarda görülme sıklığı erkeklerden daha yüksek bulunmuş ancak bazı ülkelerde bazı alt gruplara yönelik bu fark daha belirgindir (D’archivio vd. 2024). Ekonomik yetersizlikler, işsizlik, özellikle yalnız yaşayan kadınlarda ev ve iş güvencesizliği gibi risk faktörleri kadınların obeziteye bağlı psikososyal sorunlar yaşam olasılıklarını erkeklere oranla arttırmakta ve ayrıca kadınların

obeziteye bağı psikolojik sorunları yaşama olasılığının ve bariatrik cerrahiye başvurma oranlarının da arttığı görülmektedir (Cooper vd. 2021).

Katılımcılar erkek olarak obezite tanısı almış olsalardı, bu sorunların bir kısmını yaşamayacaklarını düşündüklerini ifade etmişlerdir. Kadın oldukları için toplumsal yaşamdan dışlanma ve ayrımcılığa uğrama ihtimallerinin arttığını vurgulayan katılımcılar, obezitenin psikolojik ve sosyal açıdan olumsuz etkilerinin erkeklerde daha az görüldüğünü düşünmektedirler. Katılımcılardan bazıları kilolu bir kadını kimsenin beğenmeyeceğini düşündüklerini ifade etmişlerdir. Buna karşın kilolu bir erkeği zayıf bir kadının beğenebildiğini, erkeklerin kilolu olsalar bile yanındaki kadının zayıf olmasını talep ettiklerini ifade eden katılımcılar, obezite tanısı almış erkeklerin seçilme ve beğenilme olasılıklarının daha yüksek olduğunu vurgulamışlardır. Obezite tanısı almış kadın ve erkeklerin beğenilme, partner veya eş olarak seçilme oranlarına yönelik herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Görüş ve Öneriler

Araştırmanın obezite tanısı almış kadınların görüş ve önerilerine yönelik bulguları, öncelikle kullanılan kavramlarla ve sıfatlarla ilgili bir tartışma alanının açılmasına yol açmaktadır. Obezite tanısı almış kadınlar, kendilerine obez denmesini istemediklerini ve obez nitelendirmesinin kendilerinde olumsuz etkileri olduğunu vurgulamışlardır. Obez ifadesi yerine kullanılması gereken kavramsal nitelendirmelere yönelik alan yazında herhangi bir çalışma ile karşılaşılmamıştır. Katılımcılardan elde edilen bulgular, araştırmanın başında “obez kadınlar” ifadesinin kullanılmamasının doğruluğuna işaret etmektedir. “Obez kadınlar” ifadesi ile başlayan çalışmalarda obez ifadesinin bir sıfat veya bir etiket olarak değerlendirilmesi bu çalışmanın direk temas ettiği bir konu olmamakla beraber, obezite tanısı almış olmanın kullanılması tercihi kadınların kendilerini etiketlenmiş hissetmemelerini ve araştırmalarda doğru kullanımlara yönelik düşünsel bir alanı açmaya yardımcı olmaktadır.

Araştırmada görüş ve öneriler teması empatik yaklaşım, tedavide diyetisyenin ve diyetin rolü, toplumsal farkındalık ve hizmetlere erişim kodlarına yönelik bulguları sağlamıştır. Bu bulgulara göre, katılımcılar empatik yaklaşımlara ihtiyaç duymaktadırlar. Empatik yaklaşım ailede, sosyal çevrede, iş ortamlarında ve toplumsal yaşamda olduğu kadar sağlık hizmetlerinin sunumunda da katılımcıların beklentilerinin başında gelmektedir. Empati kavramı, katılımcıların gözünden, anlaşılmayı, etiketlenmemeyi, eleştirilere maruz kalmamayı ve kendi kaderini tayin hakkına saygı göstermeyi barındırmaktadır.

Farklılıklarından dolayı ikinci sınıf insan muamelesi görmeyi hak etmediklerini vurgulayan katılımcılar, empatik olmayan tutum ve söylemlere yaşamın her alanında maruz kalabildiklerini ifade etmişlerdir.

Obezite tanısı almış kadınlar, yalnızca tanıdıkları insanlar tarafından değil, toplu taşımada, iş yerlerinde, eğitim ve sağlık kuruluşlarında veya sosyal hayatta karşılaştıkları herhangi bir kişi tarafından da empatik olmayan tutumlara, söylemlere ve davranışlara maruz kalmaktadırlar. Obezite tanısı almış bireylerin ayrımcılığa maruz kaldığı ortamların çeşitliliği bazı çalışmalarda da vurgulanmıştır (Rubino vd., 2020; Philips, 2024). Vücut ağırlıklarına veya dış görünüşlerine yönelik ifadelerden oluşan eleştirel söylemler katılımcılar tarafından, kaba, sınırsız ve iyi niyet barındırsa da rahatsız edici söylemler olarak değerlendirilmekte ve özgüvenleri üzerinde olumsuz etki etmektedir. Sağlık çalışanlarının da zaman zaman empatik olmayan tepkileriyle karşılaştıklarını ifade eden katılımcılar destek ve tedavi almak için gittikleri bu kuruluşlardan motivasyonları düşmüş bir şekilde ayrıldıklarını ve bir daha gitmeyi tercih etmediklerini ifade etmişlerdir. Sağlık çalışanlarına yönelik obezite değerlendirilmesinde kullanılmak üzere bir değerlendirme modeli öneren Kalra vd., (2024), çalışmalarında obezite tedavisinde hastaların motivasyonlarının tedavilerde başarı oranını etkilediğini belirtmişlerdir. Yazarlar önerdikleri bu model ile sağlık çalışanlarının iletişim becerilerini güçlendirecek, obezite yönetimini sağlayacak ve obezite tanısı almış hastaların motivasyonlarını arttıracak bazı beceri ve farkındalıkları sağlamayı amaçlamışlardır. Obezite tedavisi yürüten sağlık kuruluşları ve kliniklerde sağlık çalışanlarının uygulamalarında yararlı olabilecek bir değerlendirme sistemine yer verdikleri çalışmalarında Kalra vd. (2024), sağlık çalışanlarının uygun değerlendirme yaklaşımları benimseyerek empatik becerilerinin güçlenebileceğini savunmaktadırlar.

Obezite tedavisinde diyetisyenin ve diyetin önemi, katılımcıların ifadelerinde, diyetisyenlerin motivasyonel tutum ve yaklaşımları, sağlıklı beslenme alışkanlıkları oluşturma ve diyet listelerinin uygulanabilirliğine etki eden faktörlere yönelik tartışmalara işaret etmektedir. Katılımcıların herhangi bir kuruluştan veya sağlık çalışanından yardım alıp almadıklarına yönelik sorulara cevapları genellikle beslenme ve diyet uzmanlarına yönelik deneyimlerini kapsamaktadır. Obezite tanısı almış kadınların diyetisyenlerle yaşadıkları deneyimler genellikle olumlu algılanmasına rağmen, tedaviden ve diyetten faydalanmaya yönelik aktarımları çoğunlukla olumsuzdur. Obezitede beslenme ve diyet danışmanlığı ve desteği tanı ve tedavi süreçlerinde çok boyutlu bir değerlendirmeyi ve kişiye özgü tedavi imkanlarını değerlendirme açısından oldukça önemli bir alan olarak görülmektedir

(Hassapidou vd., 2023). Bazı araştırmalarda, sağlıklı beslenme alışkanlıklarına yönelik yapılan çeşitli eğitimler obezite yönetiminde etkili bulunmuştur (Seage, 2023). Sağlıklı beslenme alışkanlıkları oluşturmak, öğün ve porsiyon kontrolü, obeziteye eşlik eden metabolik sorunların analizi gibi süreçlerde beslenme ve diyet uzmanları donanımlı meslek elemanlarıdır (Hassapidou vd., 2023). 2018-2021 yılları arasında beslenme ve diyet konularında yayınlanmış 56 makaleyi inceledikleri çalışmalarında Hassapidou vd. (2023), obeziteyle yaşayan kişilerle çalışmada hem beslenme ve diyet uzmanlarına hem de genel olarak sağlık çalışanlarına yönelik çok önemli üç öneriye yer vermişlerdir. Bu öneriler; (1) sağlık hizmetleri sunucuları obeziteye yönelik inanç ve tutumlarını hastaya zarar vermemek için değerlendirmeli ve gözden geçirmelidir, (2) sağlık çalışanları obeziteyle yaşayan bireylere karşı içselleştirilmiş ön yargıların bireyler üzerindeki olumsuz etkilerinin farkına varmalı ve (3) sağlık hizmeti sunan kişiler, obeziteyle yaşayan kişilerle çalışırken eleştirel söylemlerden kaçınmalıdır. Bu önerilerden yola çıkarak, araştırmanın katılımcılarının özellikle beslenme ve diyet uzmanları tarafından yapılan değerlendirmelerde kendilerini rahatça ifade edebilmeleri oldukça önemli bulunmuştur. Katılımcıların ifadelerinden yola çıkarak, katılımcıların tedavi seçenekleri ile ilgili yargılanmadan, ön yargılı herhangi bir tutumla karşılaşmadan destek almalarının, tedaviye uyum ve sağlıklı beslenme alışkanlıklarını sürdürmede etkili olacağı düşünülmektedir.

Beslenme ve diyet uzmanlarının önerdikleri diyet listeleri katılımcılar tarafından, listelerde yer alan yiyeceklerin beslenme alışkanlıklarına uygun olmaması, ekonomik alım gücünün listelerdeki öğünler için gerekli malzemeleri almaya uygun olmaması ve listelerin kişiye özgü hazırlanmadıklarını düşünmeleri gibi nedenlerle eleştirilmiştir. Bir katılımcı diyet listelerinin standart listeler olarak kullanılmasını ve kişiye özgü hazırlanmamasının diyet listelerinin etkisini azalttığını vurgularken, bir başka katılımcı önerilen diyet listesiyle zayıfladığını ve diyetle beraber beslenme alışkanlığında değişiklik yapabildiğini ifade etmiştir. Bu ifadeden anlaşılacağı üzere diyet listelerine yönelik eleştiriler katılımcı deneyimlerine göre değişmektedir.

Multidisipliner çalışmaya yönelik tartışmanın içeriği, katılımcıların ifadelerinde farklı mesleğe mensup kişilerin obeziteye yönelik yapabilecekleri farklı çalışmaların betimlenmesiyle elde edilen bulgulardan oluşmuştur. Katılımcılar tek başına medikal bir tedavinin yetersizliğine dikkat çekmişler ve faydalandıkları çalışmalardan örnekler vererek, obezite tedavisinde psikolog, diyetisyen, sosyal hizmet uzmanı ve fizyoterapist iş birliğinin önemine değinmişlerdir.

Multidisipliner çalışma, farklı meslek grupları ve iş ortamlarında sağlanabilir. Alan yazında multidipliner çalışma yerine ekip çalışması kavramı da kullanılmaktadır. Katılımcıların ifadelerinde multidisipliner çalışmalar sağlık kuruluşlarındaki meslek elemanlarının çalışmalarına işaret etmektedir. Sağlıkta multidisipliner çalışma veya ekip çalışması farklı mesleklerden sağlık çalışanlarının bir hastalık, sorun veya durumun tedavisinde, çözümünde veya geliştirilmesinde kendi mesleki sorumlulukları ve yeterlilikleri doğrultusunda katkı vermeleri ve ekibin bir parçası olmaktan kaynaklanan sorumlulukların bilincinde olmalarını kapsamaktadır (Franklin vd., 2020; Rowan vd., 2022). Sağlık çalışanlarının ekip çalışmasının uyumlu ve sağlık hizmetlerinin sunumunda ekipteki her bir meslek elemanının sınırlarına saygı duyması etik bir kod olarak tanımlanmıştır (The WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel, 2010). Araştırmada bazı katılımcılar toplum temelli hizmet sunumu amacıyla açılmış sağlıklı hayat merkezlerinden obeziteye yönelik destek aldıklarını belirtmişlerdir. Bu destek sistemi kadınları güçlendiren bir sistemdir. Diyetisyen, psikolog, fizyoterapist ve sosyal hizmet uzmanı iş birliğine geçtikleri bu hizmetlerde, katılımcıların sorunlarına bütüncül yaklaşıldığı ve destek süreçlerinin ekip çalışması şeklinde organize edildiği görülmektedir. Bu tür iyi ekip çalışması uygulamalarının obezite tedavisinde önemli etkileri olacağı düşünülmektedir.

Toplumsal Farkındalık, katılımcılardan elde edilen bulgularda, obeziteye yönelik doğru bilgilere erişim, tedavi ve destek süreçleriyle ilgili bilgi edinme ve toplumda farkındalık yaratmaya yardımcı araçların ve kaynakların oluşturulmasıyla ilişkilidir. Toplumsal farkındalığı arttırmaya yardımcı herhangi bir girişim obezite tanısı almış kadınlar için oldukça önemli bulunmuştur. Toplumsal farkındalık yaratmada sosyal politikaların ve medyanın rolü çok önemlidir (Stanford vd., 2018). Halk sağlığı uzmanlarının obezitenin toplumsal boyutta olumsuz etkilerini azaltmaya yönelik yaklaşımları ve çalışmalara öncülük etmeleri gerektiğini önerdikleri çalışmada Stanford vd. (2018), medyanın daha geniş kitlelere ulaşmada etkili bir araç olduğunu vurgulamışlardır.

Hizmetlere Erişim, kategorinde katılımcılardan elde edilen bulgular, çeşitli ihtiyaçlara işaret etmektedir. Obezite tanı ve tedavi yöntemleri hakkında bilgi kaynaklarının artırılması, obeziteye yönelik doğru bilgi kaynaklarının sağlanması, obezite tedavisinde farklı yaklaşımların uygulandığı merkezler hakkında bilgi sağlanması, hizmetlere fiziksel ve ekonomik erişim olanaklarının sağlanması, obezite tanısı almış bireyler ve aileleri için hazırlanmış medikal ve psikososyal içerikli eğitimlerin düzenlenmesi gibi konular bu başlık altında anlam bulmuştur. Yapılan araştırmalarda, birinci basamak sağlık hizmetlerine erişim

oranları arttıkça vücut ağırlığında düşüş yaşanan hasta sayısı da artış göstermektedir (Görgel Kahraman vd., 2019). Ayrıca bu çalışmada, obezite danışma birimlerine başvuran hastaların izlem süresi uzadıkça daha istikrarlı sonuçlar elde ettikleri gözlemlenmiştir (Görgel Kahraman, 2019). McGowan (2016), sağlık çalışanları arasında pratisyen hekimlerin obeziteyle mücadelede iyi bir konumda olabileceklerini ancak bazı zorluklar ve engellerin pratisyen hekimlerin bu alanda aktif hizmetler sunmalarının önünde engel oluşturduğunu belirtmişlerdir. Zaman sınırlılığı, kanıt temelli çalışmaların kısıtlılığı, hastalarla iletişimde obezite konusunu gündeme getirmedeki hassasiyetler, destekleyici toplum temelli hizmetlerin yetersizliği ve sağlık profesyonellerinin obezite yönetimi konusundaki eğitim eksikliklerini engeller arasında değerlendirmek mümkündür (McGowan, 2016). Obezite uzun vadeli sağlık hizmetlerinin sunumunda sağlık yönetimi konusuyla da yakından ilişkili bulunmuştur (Albury vd., 2020). Hizmetlere erişim kategorisinde önemli bir diğer konu sağlık çalışanları tarafından damgalanmaya yönelik çekincelerdir.

Obezite tanısı almış bireylerin damgalanmadan kaçınmak için sağlık hizmeti almaktan çekindiklerini ve doktor-hasta ilişkilerinin bozulduğunu vurgulayan Abury vd. (2020), sadece obezite hakkında konuşmanın bile tek başına hastaların vücut ağırlıklarının azalmasında motivasyon kaynağı olabileceğini ifade etmişlerdir. Sağlık çalışanlarının ve obezite tanısı almış kişilerin iletişimde endişe duyduklarını ve bu nedenle kendilerini ifade etmede zorlandıklarını belirten Albury vd. (2020), klinik psikolog, diyetisyen ve obezite alanında çalışan diğer sağlık profesyonellerinin hizmetlere başvurma ve hizmetlerden faydalanma oranlarını arttıracaklarını savunmuşlardır. Karataş vd. (2022), hastaların ve ailelerinin yaşam kalitesinin yükseltilmesi, problem çözme becerilerinin desteklenmesi, kaynaklara erişimlerinin sağlanması ve tedavi ve bakım süreçlerinde desteklenmesinde, tıbbi sosyal hizmet alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının önemli rol ve sorumluluklarına dikkat çekmişlerdir. Bu bağlamda obezite tanısı almış kişiler ve sağlık çalışanları arasında bir köprü oluşturmak ve endişeleri azaltmak için, sosyal hizmet uzmanlarının önemi bir kez daha vurgulanmalıdır.

Karşılaştırmalı Analizler

Karşılaştırmalı analizlere yönelik tartışmalar, altı aile yaşam döngüsü evresinde yaşamlarını sürdüren 27 kadının beş gelişim boyutunda değerlendirilmesine yönelik karşılaştırmalı bulguların literatür desteği ile tartışılmasını içermektedir. Farklı aile yaşam döngüsü evrelerinde gelişim boyutlarına yönelik bulguların yoğunlaştığı alanlar farklılık göstermektedir. Bu bulgulara yönelik karşılaştırmalı analizler evrelerin karşılaştırılması ve

evreler içerisindeki katılımcıların karşılaştırılması şeklinde oluşturulmuştur. Obezite tanısı almış kadınların ifadelerinde bazı yaşam olaylarının bazı AYD evrelerinde daha belirgin yaşandığı görülmektedir. Çocukluk çağı obezitesi gibi sorunların daha çok birinci evredeki katılımcıların ifadelerinde görüldüğü, vücut ağırlığının en hızlı ikinci ve üçüncü evrede arttığı, yoksulluk ve ekonomik sorunlar gibi sosyal sorunların ise daha çok beş ve altıncı evrelerde yer alan kadınlarda daha yoğun yer aldığı ortaya çıkmıştır.

Evreler arasındaki farklılıklara yönelik literatürde yer alan çalışmalar, çocukluk çağı obezitesi, bekar ve evli kadınların karşılaştırılması, evli ve eşinden boşanmış kadınların karşılaştırılması, genç ve ileri yaşta obezite tanısı almış kadınların karşılaştırılması, sosyo-ekonomik koşulları farklı olan obezite tanısı almış kadınların karşılaştırılması, aile yaşam döngülerinde, şiddet, travmatik deneyimler ve stresli yaşam olayları yaşamış kadınlarla bu deneyimleri yaşamamış kadınların karşılaştırılmasına yönelik konuları kapsamaktadır (Hajek vd., 2020; Alami vd., 2021; Bobowik ve Wiszomirska, 2021).

Bu araştırmanın bulguları bazı katılımcıların kilo alma sürecinin evlilik öncesi dönemde başladığını göstermektedir. Özellikle birinci evre, yetişkinlik ve ikinci evre evlilik evresinde yer alan katılımcılardan bazıları çocuklukta ve ergenlikte de kilolu olduklarını ifade etmişlerdir. İkinci evre olan evlilik ve üçüncü evre olan küçük çocuklu aileler evresinde katılımcılardan bazıları da özellikle hamilelik süreci ve ilk çocuklarının doğumundan sonra kilo almaya başladıklarını ve bugünkü kilolarında doğumun büyük etkisi olduğunu belirtmişlerdir. Çocukluk çağı obezitesine yönelik yapılmış çalışmalarında Drozd vd. (2021), çocuklukta obezite öyküsü bulunan bireylerin, yetişkinlikte de obezite riski ile karşı karşıya kalabileceklerini vurgulamışlardır.

Ailede başka bireylerde de obezite öyküsünün olduğunu belirten katılımcılar yetişkinlik, evlilik ve küçük çocuklu aileler evrelerinde yer almaktadır. Bu katılımcılar ebeveynleri, kardeşleri, kuzenleri ve çocuklarında obezite öyküsüne yönelik aktarımlarda bulunmuşlardır. Hemmingsson vd. (2022), obezitenin nesiller içindeki ve nesiller arasındaki sosyal kökenlerini inceledikleri çalışmada, obezitenin ailede birden fazla bireyde görülmesini; düşük eğitim seviyesi, yoksulluk ve ekonomik güvencesizlik, karşılanmayan sosyal ve duygusal ihtiyaçlar, istismar ve kötü muameleyle maruz kalmak ve yoksulluklar gibi faktörlerle ilişkili bulmuşlardır.

Birinci evre olan yetişkinlik evresinde olup ebeveynleriyle yaşayan kadınlardan ekonomik özgürlüğü olmayanlar ebeveynleriyle ilişkilerinde, ekonomik özgürlüğü olanlara oranla daha çeşitli sorun alanları ifade etmişlerdir. Ekonomik olarak anne, baba ya da her

ikisine bağımlı olmak olarak tanımladıkları bu durumda istediklerini yapmakta özgür olmadıklarını belirtmişlerdir. Bu kısıtlılıkların kilo almalarını tetiklediğini ve ancak kendi ayakları üzerinde durabilmeyi ekonomik özgürlükle sağlayabileceklerini paylaşmışlardır. Bu katılımcılar ekonomik özgürlüğü, kendine bakım vermek, zayıflamak ve sosyalleşmek için önemli bir etken olarak gördüklerini ifade etmişlerdir.

Özellikle beşinci evre, çocukların evden ayrılması ve altıncı evre, emeklilik ve yaşlılık evresindeki katılımcılardan bazıları yoksul ailelerde büyüdüklerini ifade etmişlerdir. Yoksulluk ailede hem yapısal hem de biyopsikososyal sorunların yaşanmasına yol açabilecek bir sosyal sorun olabilmektedir. Kulie vd. (2011), yoksulluğu obeziteye yol açan bir faktör olarak değerlendirmişlerdir. Katılımcı ifadelerinde yoksul ailelerde büyümüş olmak, katılımcıların yetersiz ve dengesiz beslenmelerine yol açan bir faktör olarak yer edinmiştir. Katılımcılar yetersiz ve dengesiz ve karbonhidrat ağırlıklı beslenme alışkanlığını çocukluklarında edindiklerini ifade etmişlerdir. Bu durum katılımcılarda tek tip beslenme ve ilerleyen yıllarda hem obezite hem de obeziteye bağlı bazı hastalıkların gelişmesine yol açmıştır.

Dünya Obezite Atlası, (2023) verilerine göre obezite yaşlı nüfus arasında da görülme sıklığı giderek artan bir sağlık sorunudur. Altıncı evre olan emeklilik ve yaşlılık evresinde yer alan katılımcıların ileri yaşlarda ve obezite tanısı almış olması, demografik yaşlanmanın giderek arttığı düşünülürse, yaşlılıkta obezite alanına yönelik farkında olmamız gereken bir konuya işaret etmektedir. Yaklaşık 3300, demans hastalığı bulunmayan, kendini ifade edebilen 75 yaş üstü yaş almış bireyle yürüttükleri çalışmada Hajek vd. (2020), yaşlıların neredeyse yarısında obezite öyküsünün bulunduğunu ortaya çıkarmışlardır. Altıncı evredeki katılımcıların obezite tanısı aldıkları yaşlar daha erken yaşlar olsa da günümüzde hala obezite sınırları içerisinde oldukları ve obeziteye ilişkin sorunlar yaşama ihtimallerinin giderek arttığı görülmektedir.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu bölümde araştırmanın tartışma konuları ışığında ulaşılan sonuçlara ve bu sonuçlara yönelik önerilere yer verilmiştir.

Bu araştırmada aile yaşam döngüsü perspektifinden obezite tanısı almış kadınların sosyal hizmet gereksinimlerine ilişkin bir değerlendirmeyi kendine problem edinmiştir. Çalışmada obezite tanısı almış kadın olma fenomenini bütün yönleriyle deneyimlemiş 6 farklı aile yaşam döngüsünde yaşamlarını sürdüren, 18 yaş üzeri 27 kadın katılımcı ile derinlemesine görüşmeler yapılarak araştırılmıştır. Maksimum çeşitlilik ve amaçlı örnekleme yöntemleriyle çalışmaya dâhil edilen obezite tanısı almış kadınlardan elde edilen veriler aile yaşam döngüsü perspektifinden bütüncül bir bakış açısıyla değerlendirilmiştir. Araştırmada asıl olarak obezite tanısı almış kadın olma deneyiminin anlamı keşfedilmeye çalışılmış farklı aile yaşam döngülerinde obezite tanısı almış kadın olmanın nasıl deneyimlendiği fenomenolojik bir yaklaşımla değerlendirilmeye çalışılmıştır.

Sonuçlar

Bu bölümde araştırmanın sonuçlarına yer verilmiştir. Sonuçlar sırasıyla katılımcıların demografik özelliklerine yönelik sonuçlar, araştırmanın ilk teması olan AYD perspektifinden obezite tanısı almış kadınların gelişim boyutlarının değerlendirilmesine yönelik sonuçlar, bireyin yaşam döngüsüne yönelik sonuçlar ve görüş ve öneriler temalarına yönelik sonuçlar olmak üzere belirli bir düzen içerisinde verilmiştir. Son olarak karşılaştırmalı analizlere yönelik sonuçlar verilmiştir.

Katılımcıların bulundukları aile yaşam döngüsü evreleri ve demografik bilgilerden elde edilen sonuçlara göre, yaş, eğitim düzeyi, meslek ve çocuk sahibi olma gibi demografik özellikler her evrede heterojen bir şekilde dağılım göstermektedir. Aile yaşam döngüsü evrelerinde birbirinden farklı demografik özelliklere sahip katılımcıların varlığı, obezite tanısı almış olma fenomenine yönelik deneyimlerin farklı boyutlarına yönelik ekolojik bir değerlendirme yapabilmeyi sağlamıştır.

AYD Perspektifinden Obezite Tanısı Almış Kadınların Gelişim Boyutlarının Değerlendirilmesine Yönelik Sonuçlar

Araştırmada üç temasından ilki olan “AYD perspektifinden obezite tanısı almış kadınların gelişim boyutlarının değerlendirilmesi” temasından elde edilen bulguların

sonuçları, altı farklı aile yaşam döngüsünde yaşamlarını sürdüren 27 obezite tanısı almış kadının fiziksel, bilişsel, duyuşsal, sosyal ve tinsel gelişim boyutlarını ve bu gelişim boyutlarına etki eden faktörleri kapsayan sonuçlardır. İkinci tema olan bireyin yaşam döngüsü temasından elde edilen bulguların sonuçları, obezite tanısı almış kadınların çocukluk, ergenlik, evlilik, annelik, çalışma ve kadın olma deneyimlerini kapsamaktadır. Üçüncü ve araştırmanın son teması olan görüş ve öneriler temasından elde edilen bulguların sonuçları, empatik yaklaşım, tedavide diyetisyen ve diyet, multidisipliner çalışma, toplumsal farkındalık ve hizmetlere erişim konularındaki görüş ve önerilerini kapsamaktadır. Son olarak araştırmanın karşılaştırmalı analizlerinden elde edilen bulguların sonuçları, bulguların ilk teması olan AYD perspektifinden obezite tanısı almış kadınların gelişim boyutlarının değerlendirilmesi temasına yönelik evreler arası karşılaştırmaları kapsamaktadır.

AYD perspektifinden obezite tanısı almış kadınların gelişim boyutlarının değerlendirilmesi temasında ilk boyut olan *fiziksel boyut* katılımcıların yoğun olarak sorun yaşadıklarını ifade ettikleri bir gelişim boyutudur. Fiziksel olarak bedensel kısıtlılıklar ve sağlık sorunları katılımcıların yaşamlarını olumsuz etkileyen en önemli faktörlerdendir. Fiziksel aktivite, öz bakım, yürümede yaşanan zorluklar gibi obeziteye bağlı yaşanan bedensel kısıtlılıklar katılımcıların gündelik yaşamlarını olumsuz etkilemektedir. Katılımcıların ifade ettikleri sağlık sorunları obezite tanısı almış olmaya bağlı olarak daha şiddetli yaşanmaktadır. Sağlık sorunlarının kronik sağlık sorunlarına dönüşme olasılığı obezite tanısı almış kadınlarda daha yüksektir. Katılımcıların fiziksel boyutta paylaştıkları konulardan bir diğeri de obeziteye bağlı geçirdikleri operasyonlardır. Mide ameliyatı ve mide botoksu olan katılımcıların, bu operasyonlar öncesinde ve sonrasında çeşitli psikolojik ve duygusal sorunlar yaşamaktadırlar. Yaşadıkları bu sorunlar kadınları ameliyatlara yönlendiren en önemli etkenlerdendir.

Bilişsel boyut, katılımcıların kendilerine, vücut ağırlıklarına ve obeziteye yönelik düşüncelerine ve değerlendirmelerine yönelik paylaşımları içermektedir. Obeziteye bağlı yaşanan sorunlar katılımcıların kendilerine, ailelerine ve dünyaya bakış açılarını olumsuz etkilemektedir. Beden imajı algısına yönelik katılımcı paylaşımları bu boyutta öne çıkan önemli sonuçlara işaret etmektedir. “*Sanki kendimi beğenmeme ya da beni başkalarının hiç beğenmemesi gibi düşünüyorum. Yani çünkü bir kadın, eminim ki bile bile kendini çirkinleştirmeye çalışmaz*” gibi katılımcı ifadelerinde de görüldüğü üzere, katılımcılar kendilerini beğenmediklerini ve beğenilmediklerini düşünmekte ancak kendi kontrollerinde olmayan bir deneyimden söz etmektedirler. Bu paylaşımlar katılımcıların kendilerine yönelik olumsuz düşüncelere sahip olduklarını ancak vücut ağırlıklarındaki artışa engel olamadıkları

anlamına gelmektedir. Katılımcıların ifadelerinde sıklıkla dile getirdikleri kendini beğenmeme veya beğenme ile ilgili ifadeleri beden imajı algısı, kendilik algısı, özsaygı ve benlik saygısı kavramlarıyla ilişkili bulunmuştur. Bu kavramların toplumsal algı ile ilişkisinin bu çalışma bağlamında ele alınması oldukça önemli bir sonuçtur. Obeziteye toplumsal bakış genellikle yetersiz bilgi ve ön yargılarla doludur. Obezite tanısı almış kadınlar sıklıkla dışlanma, ayrımcılık ve aşağılanma gibi olumsuz deneyimlere maruz kalabildiklerini ifade etmişlerdir ki bu durum, beden imajı algısını olumsuz etkileyen bir faktördür.

Duyuşsal boyut, katılımcıların yoğun olarak rahatsızlık duydukları ve sorunlar yaşadıkları bir gelişim boyutudur. Bu boyut katılımcıların en kırılgan olduğu alanları içermekle beraber, bütün aile yaşam döngüsü evrelerinde çeşitli psikososyal sorunlara rastlanmaktadır. Duygusal yeme katılımcıların sıklıkla yaşadıkları bir yeme atağı olarak görülmektedir. Katılımcıların özgüven ve benlik saygısı duyumsamalarına yönelik paylaşımları vücut ağırlıklarındaki değişimle doğru orantılı olarak değişebilmektedir. Duyuşsal boyutta yaşanan sorunlara yönelik paylaşımlar katılımcıların baş edebilme becerilerini en az kullanabildiklerini ifade ettikleri alanın bu boyutta yaşanan sorunlarla ilişkili olduğunu göstermektedir.

Sosyal boyut, katılımcı ifadelerinde, sosyal destek mekanizmaları ve ayrımcılığa yönelik deneyimlerle anlam bulmuş bir gelişim boyutu olmuştur. Aile, arkadaş ve sosyal çevre obezite tanısı almış kadınlar için önemli destek mekanizmaları olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu destek mekanizmalarından mahrum kalmak katılımcıların yaşadıkları sorunların anlamını ve etkisini derinleştirmektedir. Eş, çocuk, ebeveyn ve arkadaş desteği iyi olan katılımcıların obezite ile baş etmede kendilerini daha güçlü hissettikleri görülmüştür. Bu destek mekanizmalarının zayıflığı katılımcıların ötekileştirilme ve dışlanma deneyimleriyle yakından ilişkilidir. Bazı ailelerde obezite tanısı almış kadınların ebeveynleri, kardeşleri, eşleri ya da çocukları da obezite tanısı almıştır. Bu veriler obezitenin ailede bir birey için risk olması halinde diğer aile bireylerinin de bu riskten etkilenme olasılığına işaret etmektedir. Ailede kendilerinden başka bireylerin de obezite tanısı almış olması, obeziteye bağlı yaşanan psikososyal sorunların da artmasına ve zamanla bu durumun aile içinde yaşanan kronik bir soruna dönüşmesine yol açabilmektedir. Ailedeki erkeklerin obezite tanısı almış olması kadınların obezite tanısı almış olmasından farklı sonuçlara yol açmaktadır. Hatta erkek obezite tanısı almış yakınların zaman zaman obezite tanısı almış kadın yakınlarını rencide ettikleri ve dışladıkları görülmüştür.

Katılımcıların ötekileştirilmeye ve dışlanmaya maruz kaldıkları sosyal ortamlar aile, arkadaş çevresi ve diğer sosyal çevre ilişkilerinden kaynaklanan ortamlardır. Sosyal boyutta kadınların çoğunluğunun kendilerini sadece yakın arkadaş çevrelerinde diğer sosyal gruplara göre daha rahat hissettikleri ortaya çıkmıştır. Akraba ve okul çevrelerinde ve çalışma hayatlarında çeşitli eleştirilere ve olumsuz tutum ve yaklaşımlara maruz kaldıklarını ifade eden katılımcılar arkadaş desteğinin daha yapıcı eleştirilerini iyi niyetli ve olumlu olarak değerlendirmektedirler. Bazı katılımcılar en olumsuz eleştirilere aile ve akraba çevreleri tarafından maruz kaldıklarını ifade etmiş ve bu durum aile ve akraba çevrelerinde obezitenin ailenin de imajını zedeleyen bir düşünce sistemiyle ilişkili olduğu sonucuna varmak mümkündür. Katılımcıların yakın çevreleriyle etkileşimlerden ortaya çıkan olumsuz eleştiriler, kadınların aile içerisinde daha hantal, tembel, iradesiz ve sağlığına dikkat etmeyen kişi olmak gibi eleştirilere maruz kalmalarına yol açmıştır.

Tinsel boyut, katılımcıların paylaşımlarının en az olduğu boyuttur. Katılımcıların olumlu inanç ve değer yargıları din ve ibadet sistemleriyle kurdukları ilişkiden beslenebilmektedir. Kendilerini çok sıkışmış ve bunalmış hissettiklerinde Allah'a sığındıklarını ifade eden katılımcılar ibadet ederek tinsel boyutta iyilik hallerine katkı sağlamaktadırlar. Öte taraftan obeziteden kaynaklanan değersizlik ve anlamsızlık hissi katılımcıların tinsel boyutta gelişimlerini etkileyen olumsuz faktörleri beraberinde getirmektedir. Çaresizlik, anlamsızlık ve değersizlik hissi, bütün gelişim boyutlarında yaşadıkları olumsuz deneyimlerin ve sorunların toplamından oluşmaktadır. Katılımcıların bazıları obezitenin zaman zaman kendilerinde ölüm isteği uyandığını paylaşmıştır. Ölüm düşüncesine, çaresizlik ve tükenmişlik gibi duyguların da eşlik ettiği görülmektedir. Bazı katılımcılar obezitenin ortaya çıkardığı olumsuz duygulanımlarla Allah'a sığınarak, ibadet ederek aşmaya çalıştıklarını paylaşmış ancak ibadet ederken, örneğin namaz kılarken, kiloya bağlı yaşadıkları fiziksel zorluklardan rahatsız olduklarını ve ibadetlerini tam anlamıyla gerçekleştiremedikleri için kendilerini eksik hissettiklerini paylaşmışlardır. Obezitenin tinsel boyutta kendilerinde olumsuz herhangi bir etki yaratmadığını ifade eden katılımcılar genellikle isyan etmediklerini kendilerinden daha olumsuz koşullarda yaşayan insanları düşünerek rahatlamaya çalıştıklarını ifade etmişlerdir. Obezitenin tinsel boyutta etkilerine yönelik duygulanımların kadınların diğer gelişim boyutlarıyla da ilişkili olduğu söylenebilir. Örneğin ekonomik olarak herhangi bir sıkıntı yaşamadıklarını ifade eden katılımcılar hayata daha pozitif baktığını ifade ederken bir başka katılımcı ekonomik zorluklardan ve geçim sıkıntısından dolayı ölecek kurtulmak gibi kendini ve karşıdakini cezalandıran bir yaklaşım içinde olabilmektedir. Aile ilişkilerinin iyi olduğunu ifade eden bir katılımcı tinsel boyutta

etkilenmediğini ifade ederken, ebeveynleriyle, eşleriyle veya sosyal çevreleriyle sorunlar yaşayan kadınlar tinsel boyutta olumsuz etkilendiklerini ifade etmişlerdir.

Bireyin Yaşam Döngüsüne Yönelik Sonuçlar

Çalışmanın ikinci teması olan “bireyin yaşam döngüsü” temasına yönelik sonuçlar, katılımcıların çocukluk, ergenlik, evlilik, annelik, çalışma ve kadın olma deneyimleriyle ilişkili paylaşımlardan elde edilen bulgulara yönelik sonuçları içermektedir. Katılımcıların ailenin yaşam döngülerinde kendi bireysel yaşam döngüleri ile ilişkili alanlara yönelik yoğun paylaşımları, bireyin yaşam döngüsü temasının şekillenmesinde önemli bir faktör olmuştur.

Çocukluk deneyimi, katılımcıların bulundukları aile yaşam döngüsü evreleri göz önünde bulundurduğunda farklı tarihsel özellikleri barındıran yılları içermektedir. Araştırmanın katılımcılarının yaşları 27 ile 64 arasında değişmektedir. Katılımcıların çocukluk deneyimlerine ilişkin paylaşımları, 2004 yılları ile başlayıp, 1965 yıllarına kadar uzanabilmektedir. 27-64 yaşları arasındaki 27 katılımcının çocukluk deneyimlerine yönelik paylaşımları oldukça önemli veriler sağlamaktadır. 59 yıla yayılan bu deneyimlerin kapsamı deneyimlere yönelik oldukça geniş bir perspektif sağlamaktadır. Bulgular, katılımcıların çocukluk deneyimlerinin tarihsel, sosyal ve politik koşullar içerisinde öznel deneyimlerinden oluşmaktadır. Zaman zaman bu deneyimlerin ortaklaşan yanları obezitede çocukluk deneyimlerin etkisine yönelik bazı ortak sonuçlara ulaşmayı sağlaması açısından oldukça önemli veriler içermektedir. Katılımcı ifadelerinde, ailede süregelen sorunlara yönelik sonuçlar elde edilmiştir. Bu sorunlar aile bireyleri arasındaki ilişki ve iletişim biçimleri, yetiştirilme tarzı, ailenin inanç ve değer sistemleri ile ilişkilidir. Katılımcıların vücut ağırlıklarındaki artış zaman zaman çocukluk yıllarındaki beslenme alışkanlıklarıyla ilişkili bulunmuştur. Kız çocuk olmak zaman zaman katılımcıların ailede erkek çocuklara oranla daha fazla sorumluluk almalarını beraberinde getirmiştir. Okula devam etmeyen bazı katılımcılar günümüzde bu alana yönelik pişmanlık duymaktadırlar. Çocukluğunda cinsel tacize maruz kalmak ile vücut ağırlığındaki artış arasında doğru orantılı bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Çocukluk dönemindeki olumlu deneyimlerin günümüzde katılımcıların benlik saygıları üzerinde olumlu etkileri olduğu görülmüştür.

Ergenlik deneyimi, katılımcıların 12-18 yaşları arasındaki deneyimlerini içermektedir. Bu dönemde yaşanan sorunların günümüzde katılımcıların yaşamlarına olumlu ve olumsuz etkileri olduğu görülmektedir. Ergenlik döneminde fiziksel, zihinsel ve ruhsal açılardan gelişen ve farkındalıkları artan katılımcıların o dönemde aile, akraba, okul ve sosyal

ortamlarda maruz kaldıkları olumsuz deneyimlerin sonuçları günümüzde katılımcıların utanç, suçluluk ve öfke gibi duyguların yoğun yaşamalarına yol açabilmektedir. Bu yaşam döneminde katılımcıların aile yaşantılarındaki deneyimler, travmatik bazı olayları ve yaşam olaylarını içermektedir. Bu travmatik deneyimlerin katılımcıların vücut ağırlıklarının artması ile ilişkili sonuçlar ortaya çıkarmıştır. Ortaokul ve lise yıllarında yatılı veya aileden uzakta okumak ve göç gibi deneyimler katılımcıların ergenlik yıllarındaki deneyimlerinde bu yıllardaki psikososyal sorunlarla baş etme becerilerini olumsuz yönde etkilemiştir. Katılımcıların bazıları ebeveynlerinden kaynaklanan sorunlardan dolayı ergenlik yıllarında vücut ağırlıklarında artış olduğunu ifade etmişlerdir. Ebeveynlerden kaynaklanan sorunlar katılımcılar tarafından genellikle aile içi şiddet, ebeveynler arasındaki iletişim sorunları, ebeveynlerin kısıtlayıcı ve baskıcı tutumları ve alkol kullanımı gibi sorunlardır. Aile içerisindeki stresli ortamın olumsuz etkilerinin bugünkü hayatlarını da etkilediğini belirten katılımcılar çoğunluktadır. Ebeveynleriyle sorun yaşamayan, mutlu bir ergenlik dönemi geçirdiklerini belirten katılımcılar da vardır. Bu katılımcılar diğer katılımcılardan farklı olarak obeziteye etki eden çocukluk ve ergenlik deneyimlerini dışlamaktadırlar. Aile yaşam döngüsündeki olumlu ve olumsuz süreçlerin bireyin yaşam döngüsüne etkilerini anlamada ergenlik dönemi deneyimleri önemli sonuçlar ortaya koyan bir dönemdir. Ergenlik dönemindeki gelişim süreçlerinin bireyin yaşam döngüsündeki yerinin önemi, ergenlik deneyimlerinin çocukluk deneyimleri ile ayrı başlıklar altında incelenmesini gerekli kılmıştır.

Evlilik deneyimi, katılımcıların evlilik kararlarını verdikleri yetişkinlik süreçlerinden, başlayarak, evlilik biçimleri, ailenin evlilik kararındaki rolü ve bütün aile yaşam döngüsü evrelerindeki evlilikte eş ilişkilerine yönelik deneyimlerini kapsamaktadır. Evlilik kararlarından bazıları katılımcıların ailelerinden başka bir birey tarafından verilmiştir. Daha çok ebeveynlerin etkin olduğu bu süreçlerde evlilik biçimleri genellikle görücü usulüyle gerçekleşen evliliklerdir. Katılımcıların erken yaşta evlilik deneyimleri okul terki süreçlerinin bir sonucu gibi görünse de bu süreçte ebeveynlerin iradesinin oldukça güçlü olduğu görülmektedir. Ebeveynler tarafından desteklenmeyen evlilikler, katılımcıların evliliklerinde yaşadıkları sorunları ebeveynleri ile paylaşımlarında, ebeveynlerinden destek istemelerinde veya boşanma kararı gibi süreçlerde olumsuz eleştirilere maruz kalmalarına ve desteksiz hissetmelerine yol açmıştır. Evlilik süreçlerinde yaşanan şiddet biçimleri kadınların benlik saygıları üzerinde olumsuz etki etmiştir. Sözlü ve psikolojik şiddet evliliklerde en fazla görülen şiddet biçimleri olmuştur. Şiddet katılımcıların öz güvenlerini zedelemekte ve kendilerini değersiz hissetmelerine yol açmaktadır. Şiddete maruz kalan katılımcıların destek ve yardım isteme davranışı oldukça zayıftır. Destek ve yardım isteme davranışının zayıflığı,

katılımcıların evlilik içi şiddete yükledikleri anlamlarla ilişkilidir. Maruz kaldıkları sözel ve duygusal şiddet, katılımcılara savunmasız ve çaresiz hissettirmektedir.

Annelik deneyimi, katılımcıların anne olmak istedikleri süreçlerden başlayarak, infertilite, hamilelik, doğum sonrası, çocuğun bakım yükü ve çocukların kilosuna yönelik endişe duydukları süreçlerin tamamını kapsamaktadır. İnfertilite psikolojik ve duygusal olarak katılımcıları zorlayan bir deneyim olmuştur. Çocuk sahibi olamayan çiftlerde infertilite, doktorlar tarafından genellikle obeziteye bağlı yaşanan sorunlarla ilişkilendirilmiştir. Bazı katılımcılar vücut ağırlıklarında bir değişiklik olmadığı halde hamile kalabilmişlerdir. Bu durum çiftlerde erkek infertilitesini de gündeme taşınmasına yönelik bir sonuca işaret etmektedir. Katılımcıların ifadelerinde doktorların infertiliteye yönelik yaklaşımlarının oldukça önemli olduğu görülmektedir. Çocuk sahibi olamayan ve ayı zamanda obezite tanısı almış kadınların evliliklerinde infertilitenin kadın infertilitesi ile ilişkilendirilme olasılığı ilk akla gelen seçenek olmuştur. Obeziteye bağlı çocuk sahibi olamayacağını duyan veya öğrenen katılımcılarda, evlilikte ve eş ilişkisinde yetersiz hissetmek, kendini suçlamak duyumsamaları oldukça yüksektir.

Çalışma deneyimi, katılımcıların çalışma koşulları, çalışan anne olmak, obeziteye bağlı çalışmak istememe, mobbing gibi olumsuz deneyimler ve yaptığı işi severek yapmak, sevdiği sektörde çalışmak gibi olumlu deneyimlerden oluşmaktadır. Çalışma saatlerinin uzun olması, fiziksel ve mental olarak yorucu işlerde çalışmak, ekonomik olarak yaptıkları işin karşılığını alamamak, iş yükünün fazla olması, fiziksel görünümlerinden dolayı ayrımcılığa uğramak, iş yerinde ön planda olamamak ve iş yerinde psikolojik şiddete maruz kalmak gibi konularda katılımcılar sorunlar yaşamaktadır. Çalışma yaşamının stresli etkileri katılımcıların vücut ağırlıklarındaki artışı hızlandıran bir faktördür. İş ortamları ve çalışma yaşamı, katılımcıların obeziteye bağlı olarak fiziksel, duygusal ve sosyal boyutta sorun yaşadıkları ve kendi yaşam döngülerinde çalışan kadın, çalışan eş ve çalışan anne olmak gibi stresli deneyimlerin ağır bastığı ortamlardır. Kendilerini diğer çalışma arkadaşlarıyla kıyasladıkları iş ortamlarında obeziteye bağlı yaşadıkları sorunlar katılımcıların aidiyet duymalarını zorlaştırmaktadır. Aidiyet duymakta zorlanan katılımcılar çalışmayı bir mecburiyet, onları çocuklarından uzaklaştıran ve suçluluk duymalarına yol açan bir faktör olarak görmektedirler. Olumlu çalışma deneyimleri katılımcıların çalışma yaşamına ait hissetmelerine, yaptıkları işi severek yapmalarına ve benlik saygılarında olumlu değişikliklere yol açmıştır. İşinde mutlu olduğunu ifade eden bir katılımcı “yüksek lisanslı bir esnafım” ifadesini kullanarak, çalıştığı işte ve sektörde mutlu olmanın benlik saygısı

üzerindeki olumlu etkisini göstermiştir. Buradan yola çıkarak yaptığı işi sevmenin benlik saygısı üzerinde olumlu etkisinin olduğunu görmek mümkündür.

Kadın olma deneyimi, şiddete maruz kalmış olmak, obezite tanısı almış kadın olmak ve ebeveynin bakım yükü konuları ile tartışılmıştır. Bu başlıklara yönelik sonuçlar, katılımcıların kadın olmaktan kaynaklanan süreçlerinden doğan, kadın olmaya yönelik duyumsamaları ve evlilikte, ailede ve toplumda kadın olmanın yüklerine dair sonuçları beraberinde getirmiştir. Katılımcıların vücut ağırlığındaki artış ve evlilikte şiddete maruz kalmak arasındaki ilişki doğru orantılıdır. Eş desteğinden yoksun kalan katılımcıların yaşadıkları sorunlar vücut ağırlıklarının artışı tetikleyen bir etkidir. Eşleri tarafından psikolojik, duygusal ve sözel olarak şiddete maruz kalmış kadınların kendilerine güvenmede sorun yaşadıkları görülmüştür. Şiddete maruz kalan katılımcılar obezite ile mücadelede ihtiyaç duydukları motivasyondan mahrum kalmış ve bu süreçte kendilerini yalnız hissetmişlerdir. Evlilikte eş tarafından aldatılmanın kadınların benlik saygıları üzerinde olumsuz etkileri olmuştur. Evlilik içerisinde eşlerinin bağımlılık süreçlerine bağlı sorun yaşayan kadınların vücut ağırlıklarındaki artışı bu faktörlerle ilişkilendirdiği görülmüştür. Kendilik algılarının kadın olmakla kesiştiği yerlerde katılımcıların kendilerini kadınsı hissetmekte zorlandıkları görülmüştür. Ailede kadın olmanın yükleri de katılımcıları zorlayan bir diğer alandır. Özellikle bakıma ihtiyacı olan ebeveynlerinin bakım yükünü kadın oldukları için başka seçenekleri olmadığına ikna edilerek ve düşünerek, mecburen üstlenen kadınların strese bağlı vücut ağırlıklarında artış olduğu görülmüştür.

Görüş ve Önerilere Yönelik Sonuçlar

Çalışmanın üçüncü teması olan görüş ve öneriler temasına yönelik sonuçlar, empatik yaklaşım, tedavide diyetisyen ve diyet, multidisipliner çalışma, toplumsal farkındalık ve hizmetlere erişim konularındaki görüş ve önerilere yöneliktir. Katılımcıların obeziteye bağlı olarak yaşadıkları sorunların çözümlerine ilişkin görüş ve önerileri oldukça kapsayıcı bir değerlendirmeye ve disiplinler arası iş birliğine vurgu yapmaktadır. Genellikle diyetisyen ve psikolog iş birliğine değinen katılımcıların çoğunluğunun sosyal hizmet mesleğini tanımadığı ve sosyal hizmet uzmanlarının obezite konusunda, multidisipliner çalışmada rollerine dair bilgilerinin sınırlı olduğu görülmüştür. Katılımcıların sosyal hizmet uygulamalarına yönelik bilgilerinin sınırlı olması, sosyal hizmet alanında obeziteye yönelik çalışmaların görünürlüğünün kısıtlılığına işaret etmektedir.

Empatik yaklaşım, çalışmada katılımcıların en çok ihtiyaç duyduğu tutum ve davranışlara yönelik sonuçları sağlamaktadır. Obeziteye yönelik kabuller, ön yargılar ve ayrımcı ve dışlayıcı tutum ve davranışlar obezite tanısı almış katılımcıları duygusal ve psikolojik olarak oldukça olumsuz etkilemektedir. Obeziteye yönelik bilgi eksikliği, obezitenin bir irade eksikliği olarak değerlendirilmesindeki en önemli faktördür. Katılımcıların bu alana yönelik deneyimleri bu görüşleri desteklemektedir. Obeziteye yönelik toplumda ön yargıların, şiddetin, ayrımcılığın ve dışlamanın şekillenmesinde empatik olmayan iletişimin ve yaklaşımların oldukça etkili olduğu görülmüştür. Temelde toplumdaki bireylerin fiziksel olarak kendisinden farklı olana gösterdiği tepkiler gibi obeziteye yönelik empatik olmayan yaklaşımlar da bireyleri değişime, zayıflamaya, irade sahibi olmaya davet etmek gibi süreçleri içermektedir. Bu süreçlerde obezite tanısı almış bireylerin, temel hak ve özgürlüklerinin kısıtlandığı, kendi kaderini tayin haklarının yok sayıldığı ve iradesiz olmakla etiketlendikleri görülmektedir. Empatik yaklaşım toplumsal olarak her bireyin obezite tanısı almış bireylere yönelik duygu ve düşüncelerini kontrol etmede ve ön yargılarla mücadele etmedeki rol ve sorumluluklarını hatırlamada oldukça önemli bir talep olarak değerlendirilebilir.

Beslenme diyet uzmanları obezite tanısı almış bireylerin, obeziteden kaynaklanan sorunların çözümünde birinci basamak sağlık hizmetlerine yönelik görüş ve önerileri arasında sıklıkla vurguladıkları meslek uzmanları olmuştur. Obezitede tanı ve tedavi basamaklarının en önemli bileşenlerden olan beslenme ve diyet uzmanlarının obezite tanısı almış kadınların destek süreçlerinde sıklıkla ifade edildiği görülmüştür. Daha çok diyetisyen olarak belirtilen beslenme diyet uzmanlarının günümüzde obezitenin önlenmesindeki çok çeşitli rolleri vardır. Obezite tanısı almış kadınların ifadelerinde diyetisyenlerin, diyet listeleri ile tanımlandığı görülmektedir. Diyet listelerinin içeriğinin katılımcıların yaşam biçimlerine, beslenme alışkanlıklarına ve diyetle uyma motivasyonlarına yönelik katılımcılar tarafından en fazla eleştiriye maruz kalan alan olduğu görülmüştür.

Multidisipliner çalışma, katılımcıların aktarımlarından yola çıkarak, obezite tedavisinde ve destek süreçlerinde sadece tıbbi ve fiziksel süreçlerin değil duygusal, psikolojik, sosyal ve toplumsal süreçlerin çözümüne yönelik görüş ve önerileri kapsamaktadır. Obezite tanısı almış kadınların sorunların çözümüne yönelik görüş ve önerileri bütüncüdür. Katılımcılar yalnızca medikal süreçlere değinmemiş, obezitenin bütün boyutlarında bütüncül ve öznel deneyimlerini paylaşmışlardır. Bu öznel deneyimlerin her biri multidisipliner çalışmanın önemini göstermektedir. Zayıflayıp, tekrar kilo aldığını ifade eden katılımcılar obeziteye neden olan stres faktörlerinin ve olumsuz yaşam deneyimlerinin

çözümünde yalnızca tıbbi müdahalelerin çözüm olarak değerlendirilmesi görüşünün yetersizliğine vurgu yapmışlardır. Deneyimlerinden verdikleri örnekler katılımcıların obeziteye bağlı yaşadıkları sorunların çözümünde ekolojik bir değerlendirmeye ihtiyaç duyduklarını göstermektedir. Bütüncül bir bakış açısıyla yürütülecek ekip çalışmaları katılımcıların farkındalıklarını arttırmada önemli sonuçları sağlayabilir. Doktor, beslenme ve diyet uzmanı, psikolog ve sosyal hizmet uzmanları ekibin içerisinde sıklıkla ifade edilmiş meslek mensuplarıdır. Bu meslek elemanlarının sağlık ve sosyal hizmet kuruluşlarındaki iş birlikleri obezite tanısı almış kadınlar için destekleyici ve olumlu süreçleri sağlayabilir.

Toplumsal farkındalık yaratmada sosyal politikaların, medya araçlarının ve meslek elemanlarının rolü oldukça büyüktür. Politikalar hedef grupların sorunlarının tespit edilmesi ve gereksinimlerinin belirlenmesinde önemli role sahiptir. Katılımcılar sağlık politikalarının yapılması ve yaygınlaştırılmasından sorumlu kişilere bu çalışma aracılığıyla görüş ve önerilerinin iletilmesini istemişlerdir. Obeziteye yönelik toplumsal farkındalığın oluşturulmasında bir diğer önemli araç medya araçlarıdır. Gündelik yaşamda toplumun obeziteye yönelik sağlıklı ve doğru bilgilerin paylaşıldığı araçlara ulaşması hem obezite tanısı almış kişilerin, ailelerin hem de toplumsal farkındalığın gelişmesi açısından oldukça önemlidir. Kamu spotları, kısa ve öz bilgilerin yer aldığı eğitsel materyaller, görsel ve işitsel araçlar katılımcılar tarafından toplumun her kesimi için erişilebilir kaynaklar arasında değerlendirilmiştir. Kaynaklara ve hizmetlere yönelik, farkındalık yaratmada ve yaygın ön yargıları azaltmada kullanılacak araçlara ve hizmetlere erişim toplumsal çalışmaların hedeflerinden biri olmalıdır.

Hizmetlere erişim, genel olarak katılımcılar tarafından, kolay erişilebilir, ücretsiz kamusal hizmetlerin yaygınlaştırılmasına yönelik önerileri içermektedir. Her yaştan ve sosyo-ekonomik düzeyden bireyin erişim sağlayabileceği sağlık kuruluşları ve hizmetlerin varlığı obezite tanısı almış bireylerin güvende hissetmelerini sağlayacağı ve erişimini kolaylaştıracağı yönündeki görüşler baskındır. Belediyeler, sağlıklı yaşam merkezleri, aile sağlığı merkezleri, toplum sağlığı merkezleri gibi toplum temelli çalışmalara yönelik hizmetlerin planlanmasından ve yürütülmesinden sorumlu kamu kurum ve kuruluşlarının bu süreçteki etkisinin olumlu yönde olacağı düşünülmektedir. Obeziteye yönelik koruyucu ve önleyici çalışmaların yaygınlaştırılması kurumlar arası iş birliğine yönelik önemli konu başlıklarına yönelik önerileri sağlayan güçlü sonuçlara işaret etmektedir.

Karşılaştırmalı Analizlere Yönelik Sonuçlar

Araştırmanın karşılaştırmalı analizlerine yönelik sonuçlar altı AYD evresinde yaşamlarını sürdüren 27 katılımcının bulundukları yaşam evrelerinin beş gelişim boyutu olan fiziksel, bilişsel, duyuşsal, sosyal ve tinsel gelişim boyutlarında karşılaştırmalı analizlerinden elde edilen bulgulara yönelik sonuçlardan oluşmaktadır.

İlk olarak birinci evre ve diğer evrelerin karşılaştırması yapılmıştır. Birinci evrede yaşamlarını sürdüren katılımcıların en fazla desteğe ihtiyaç duydukları gelişim boyutu bilişsel boyut alanındaki sorunlardır. Bu evrede katılımcılar obeziteden kaynaklanan olumsuz beden imajı, kendilerine yönelik olumsuz düşünceler ve duygularla baş etmede zorlanmaktadırlar. Birinci evredeki fiziksel, bilişsel ve duyuşsal, sosyal ve tinsel boyuttaki aktarımlar en fazla ikinci ve üçüncü evre ile bezerlik göstermektedir. Araştırmanın bulguları birinci, ikinci ve üçüncü evrede yaşamlarını sürdüren katılımcıların bilişsel ve duyuşsal gelişim boyutlarında daha fazla desteklenmeleri gerektiği yönünde sonuçlara işaret etmektedir.

Araştırmanın birinci evresi ile en fazla farklılıkların gözlemlendiği yaşam evreleri dördüncü, beşinci ve altıncı AYD evreleridir. Birinci evredeki bütün gelişim boyutlarına yönelik katılımcı ifadeleri yaşam evresi ilerledikçe farklılaşmaktadır. Aile özellikleri, çocuk sahibi olma durumu, sosyal yaşantının niteliği özellikle beşinci ve altıncı evrelerde farklılaşmış ve birinci evredeki sorunlar bu evrelerde farklılaşmıştır.

Araştırmada birinci, ikinci ve üçüncü evrede birbirine yakın sonuçlar, dördüncü, beşinci ve altıncı evrede de birbirine yakın sonuçlar elde edilmiştir. Araştırmanın en fazla benzerlik gösteren evreleri ikinci ve üçüncü evre ve beşinci ve altıncı evredir. Bu evrelerde katılımcıların demografik özellikleri, bireysel yaşam döngülerindeki sosyal sorunlar ve yaşam olayları arasında benzerlikler bu evrelerde obeziteye bağlı yaşanan sorunlarda benzerliğe yol açmıştır.

Araştırmanın bulgularına göre, birinci ve ikinci evrede özellikle bilişsel duyuşsal ve sosyal boyutta; üçüncü evrede duyuşsal ve sosyal boyutta; dördüncü evrede fiziksel, duyuşsal ve sosyal boyutta; beşinci ve altıncı evrede de fiziksel boyutta katılımcıların en fazla sorun yaşadıkları görülmüştür. Bu alanlarda katılımcılar yoğun destek mekanizmalarına ihtiyaç duymaktadırlar. Katılımcıların mikro, mezzo ve makro düzeyde bu gelişim boyutlarına odaklanan çalışmalara ihtiyaçları daha fazla olduğu araştırmanın en önemli sonucudur.

Öneriler

Bu bölüm çalışmadan elde edilen sonuçlara yönelik önerileri içermektedir. Öneriler sosyal hizmet uygulamalarına yönelik, sosyal hizmet eğitimine yönelik ve alanda yapılacak akademik çalışmalara yönelik öneriler olmak üzere üç başlıkta sunulmuştur.

Sosyal Hizmet Uygulamalarına Yönelik Öneriler

Obezite nedenleri ve sonuçları bağlamında bireyin ve aile üyelerinin fiziksel, bilişsel, duyuşsal, sosyal ve tinsel boyutlarda etkileri olabilen bir psikososyal sorun olarak görülmüştür. Bu çalışmada aile yaşam döngüsü perspektifinden çok boyutlu bir değerlendirme yapılmış ve bütüncül bir bakış açısı ile değerlendirilmiştir.

Sosyal hizmet mesleği, birey, aile, topluluklar ve toplumu olumsuz etkileyen, psikososyal sorunları değerlendirmede ve destek sistemleri oluşturmada önemli rol ve sorumlulukların tanımlandığı uygulamalı bir meslektir. Obezite ve sosyal hizmet mesleği arasındaki ilişkiyi daha iyi kavramak için çok boyutlu ve kapsamlı bir değerlendirme yapmak gereklidir. Dünyada ve Türkiye’de farklı boyutları tartışılan obezite ve sosyal hizmet mesleği arasındaki ilişkiyi kapsamlı bir biçimde değerlendiren çalışmalar kısıtlıdır. Türkiye’de sosyal hizmet uygulamalarında obezite tanısı almış bireyler direk bir hedef grup olarak tanımlanmamıştır. Sosyal hizmet uzmanları obezitenin önlenmesi ve tedavisinde önemli bir rol oynayarak bireylerin, ailelerin ve toplumun obeziteye yönelik farkındalıklarını sağlamada, bireyleri güçlendirmede ve obezitenin tedavisinde multidisipliner ekibin bir bileşeni olabilirler. Obezite tanısı almış kadınların sosyal hizmet gereksinimlerinin belirlenmesi, sosyal hizmetin bilgi, beceri ve değer temeli ile mümkündür. Psikososyal destek, danışmanlık, toplumsal farkındalık yaratmaya yönelik, mikro, mezzo ve makro sosyal hizmet uygulamalarında sosyal hizmet uzmanlarının katkıları, obezite tanısı almış kadınların sosyal hizmet gereksinimlerini değerlendirmede kritik öneme sahiptir.

Sosyal hizmet mesleğinin psikososyal sorunlara müdahalede öncelikli olarak hedefi sorunların kapsamlı bir değerlendirmesini yapmaktır. Bu tez çalışmasında da aile yaşam döngüsü perspektifinden obezite tanısı almış kadınların sosyal hizmet gereksinimlerinin nitel yöntem ve fenomenolojik yaklaşımla değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda araştırmadan elde edilen verilerin analizi aşamasında aile yaşam döngüsü perspektifinin yanı sıra bireyin yaşam döngüsünün de obezite tanısı almış kadınların bireysel gereksinimlerini değerlendirmede oldukça önemli bir bakış açısı olduğu saptanmıştır.

Çalışmadan elde edilen sonuçlar, hem obezite tanısı almış kadınların aile yaşam döngülerine hem de bireysel yaşam döngülerine yönelik önerileri sağlamaktadır.

Çalışmanın sosyal hizmet uygulamalarına yönelik önerileri; mikro düzey müdahaleler olan bireye yönelik sosyal hizmet uygulamaları, mezzo düzey uygulamalar olan aileler ve gruplara yönelik sosyal hizmet uygulamaları ve makro düzey uygulamalar olan toplumla çalışmaya yönelik öneriler olarak sıralanmıştır.

Mikro düzey sosyal hizmet uygulamaları obezite tanısı almış kadınların sosyal hizmet gereksinimlerine yönelik kapsamlı bir değerlendirmeyi içermektedir. Çalışmanın sonuçlarına dayanarak obezite tanısı almış kadınların sosyal hizmet gereksinimleri tıbbi tedavi ve ve medikal hizmetler konusunda ilgilendirilme ve destek alma, diyet ve beslenme danışmanlığı, psikososyal destek hizmetlerinden faydalanma, bireysel psikoterapi desteği ve sosyal yardımlar ve ekonomik desteklerdir. Obezite tanısı almış kadınların bu hizmetlere fiziksel ve ekonomik olarak erişimlerinin kolaylaştırılması da en önemli gereksinim olarak değerlendirilmiştir.

Obezite tanısı almış kadınlar, vücut ağırlıklarının artışına bağlı olarak sağlık sorunları ve bedensel kısıtlılıklar yaşamaktadırlar. Kronik sağlık sorunlarına dönüşme riski yüksek olan sağlık sorunlarının başında diyabet, eklem ve iskelet sistemi rahatsızlıkları, astım ve ruhsal sorunlar gelmektedir. Bu sağlık sorunlarına yönelik tıbbi ve medikal desteğe ücretsiz ve sağlık sigortası kapsamında erişimlerinin sağlanması oldukça önemlidir. Günümüzde bariatrik cerrahi olarak tanımlanan ve obezite tanısı almış bireylere yönelik mide küçültme ameliyatları operasyonlarının uygulandığı merkezlerdeki tıbbi tedavi ekibi genellikle doktor, hemşire ve beslenme ve diyet uzmanlarından oluşmaktadır. Mide ameliyatı olmak için merkezlere başvuran kadınlar yalnızca tıbbi sorunlar yaşayan hastalar değil, duyuşsal, bilişsel ve sosyal açıdan çeşitli psikososyal sorunlar yaşayan bireylerdir. Bu nedenle özellikle mide ameliyatı olmak amacıyla bu sağlık kuruluşlarına başvuran hastaların mutlaka psikososyal değerlendirme ve destek almak için psikolog ve sosyal hizmet uzmanlarına yönlendirilmesi ve bu meslek elemanlarının bariatrik cerrahi merkezlerinde istihdamı sağlanmalıdır.

Obezite tanısı almış kadınların, hastanelerin veya aile sağlığı merkezlerinin beslenme ve diyet polikliniklerine veya iç hastalıkları, kadın doğum ve genel cerrahi polikliniklerine başvurma olasılıkları daha yüksektir. Bu birimlerde çalışan doktor, hemşire ve beslenme ve diyet uzmanlarının obezite konusunda farkındalıklarının yüksek olması önemlidir. Bu kuruluşlara başvuran kadınların yaşadıkları psikososyal sorunlar konusunda bilgi sahibi

olmaları, kadınları psikososyal destek ve bireysel psikoterapi hizmetleri için sosyal hizmet uzmanlarına veya psikolog ve psikiyatristlere yönlendirmelerini kolaylaştıracak ve kadınların gereksinimlerinin bütüncül bir perspektifle değerlendirilmesi sağlanacaktır. Sosyal hizmet uzmanları çalıştıkları kurum ve kuruluşlarda, mesleki bilgi, beceri ve değerleri temelinden güç alarak, multidisipliner bir ekip çalışmasına liderlik etmek ve ekibi oluşturan diğer meslek elemanlarını psikososyal destek hizmetleri hakkında bilgilendirmekle yükümlüdür. Hastanelerin tıbbi sosyal hizmet birimleri, sağlıklı hayat merkezlerindeki sosyal hizmet birimleri ve toplum sağlığı merkezlerindeki psikososyal destek birimleri sosyal hizmet uzmanlarının obezite tanısı almış kadınlara yönelik destek çalışmalarına yönelik ihtiyaç duyulan alanı sağlamaktadır.

Obezite tanısı almış kadınlar sosyal hizmet uygulamalarında direk bir hedef grup olarak tanımlanmamıştır ancak hedef grup olarak tanımlanan diğer müracaatçı gruplarına benzer planlı müdahale süreçleri oluşturarak bu özel gruba yönelik psikososyal müdahaleler yürütmek mümkündür. Bu müdahaleler obezite tanısı almış kadınlara yönelik bireysel danışmanlık hizmetlerinin organize edilmesi, psikososyal destek sağlanması, psikoeğitim ve ruhsal ve psikolojik destek için yönlendirme ve kaynaklara erişimlerinin sağlanması gibi müdahaleleri içermektedir.

Sosyal hizmet uzmanları obezite tanısı almış kadınlarla bireysel görüşmeler yaparak, obeziteye bağlı yaşadıkları sorunlara yönelik bütüncül bir değerlendirme yapmalıdırlar. Ekolojik değerlendirmenin fiziksel, duyuşsal, bilişsel, sosyal ve tinsel gelişim boyutları ve bu gelişim boyutlarına etki eden çevresel faktörlere yönelik bütüncül bir değerlendirme yapmak, kadınların obeziteye bağlı yaşadıkları sorunların ve gereksinimlerin belirlenmesinde oldukça somut veriler sağlayacaktır. Obezite tanısı almış kadınlarla yapılacak bireysel görüşmelerin odağında kadınların özgün deneyimlerinin keşfedilmesi anlayışı olmalıdır. Özgün deneyimlerin keşfedilmesi, kadınların obeziteye bağlı yaşadıkları öfke, suçluluk, hayal kırıklığı gibi duygulara yönelik farkındalıklarını sağlamada ve duyguları düzenlemede oldukça önemli gelişmeler sağlayacaktır. Ayrıca obezite tanısı almış kadınların sosyal hizmet gereksinimleri değerlendirilirken, kadınların hangi aile yaşam döngüsü evresinde oldukları ve bu evrenin gelişimsel özellikleri göz önünde bulundurulmalıdır.

Obezite tanısı almış kadınlar hem bir ailenin üyesi olarak aile içi ilişkilerinde ve rollerinde hem de bireysel olarak kendi ruhsal süreçlerinde çeşitli sorunlar yaşamaktadırlar. Bu sorunlardan bazıları, bireye özgü hazırlanmış, daha uzun süreli ve çerçevesi belirlenmiş bir psikoterapi desteği gerektirmektedir. Psikoterapi hizmetleri ruh sağlığı çalışanları

tarafından verilmektedir. Psikiyatrist, psikolog, psikolojik danışman, psikiyatri asistanları, psikiyatri hemşireleri ve sosyal hizmet uzmanları ruh sağlığı çalışanı olarak tanımlanmış ve lisans eğitiminden sonra aldıkları psikoterapi eğitimleri ve yeterlilikleri çerçevesinde çeşitli ekollerde psikoterapi desteği hizmeti verme konusunda yetkinlik kazanmışlardır. Sosyal hizmet uzmanları obezite tanısı almış kadınlara yönelik bireysel psikoterapi hizmeti gerçekleştirmek için yeterli bilgi ve donanımına sahip olduğundan emin olmalıdır ve çalışmalarını mutlaka profesyonel bir süpervizyon desteği ile birlikte yürütmelidir.

Obezite tanısı almış kadınların ruhsal ve psikolojik destek ihtiyaçları iyi değerlendirilmeli ve kadınlar ilgili meslek elemanlarına yönlendirilmelidir. Sosyal hizmet uzmanlarının müracaatçıları doğru kaynaklara yönlendirmek ve kurumlar arası iş birliği yapmak gibi sorumlulukları bulunmaktadır. Bulunduğu kuruluştaki ilaç veya ruhsal ve psikolojik desteğe ihtiyacı olduğunu düşündüğü obezite tanısı almış kadınları yönlendirmek ve süreci takip etmek meslek elemanı olarak sosyal hizmet uzmanının sorumlulukları arasındadır. Obezite tanısı almış kadınların beden imajına yönelik algıları, öz güven ve benlik saygılarına yönelik duyumsamaları hem bireysel hem de odak grup eğitim ve paylaşım ve destek grupları çalışmalarının gerekliliğine işaret etmektedir. Kadınlara yönelik bireysel veya grup psikoeğitim çalışmaları ve odak grup çalışmaları gibi çalışmalara katılmaları konusunda bilgilendirmek ve katılımlarını sağlamak önemlidir.

Mezzo düzey sosyal hizmet uygulamaları çalışmanın aile yaşam döngüsü perspektifinden yola çıkarak obezite tanısı almış kadınların ailelerine yönelik önerileri kapsamaktadır. Obezite tanısı almış kadınlar bu çalışmada altı aile yaşam döngüsü evresinde yaşamlarını sürdürmektedirler. Bekâr ve genç yetişkinlik evresindeki katılımcılar ebeveynleriyle birlikte yaşamaktadır. Diğer beş evrede katılımcılar eşleri ve çocuklarıyla ve boşanmış 2 katılımcı da çocuklarıyla birlikte yaşamaktadır. Aile sistemindeki alt sistemler ve alt sistemlerdeki aile dinamikleri, iletişim ve ilişki biçimleri, ailede ve evlilikte yaşanan sorunlar obezite tanısı almış kadınların beş gelişim boyutu olan fiziksel, bilişsel, duyuşsal, sosyal ve tinsel gelişim boyutlarına etki etmektedir.

Araştırmanın bulguları obezite tanısı almış kadınların beş gelişim boyutundaki zorlu yaşam deneyimlerinin önemli bir kısmının ailede yaşanan sorunlarla ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. Duyuşsal ve sosyal gelişim boyutlarında yaşanan sorunların eş, anne, baba ve çocuklar gibi ailenin diğer üyelerinin yaklaşımları, şiddet biçimleri, eleştirileri, baskıcı ve otoriter tutumlarından kaynaklanmaktadır. Bu tutum ve davranışlar katılımcıların kendilerini çaresiz hissetmelerine yol açmaktadır. Yardım istemeye kendi aile bireylerinden

başlayamayan katılımcılar daha geniş bir yardım sistemine ilişkin oldukça sınırlı bir bakış açısına sahiptirler.

Obezite tanısı almış kadınların aileleri, tedavi ve destek süreçlerinde önemli bir sosyal destek mekanizması olabilirler. Sosyal hizmet uzmanları, obezite ile mücadele eden kadınların aileleriyle çalışarak hem bireyin hem de ailenin ihtiyaçlarını anlamak ve birey ve ailenin etkileşiminden ortaya çıkan sorunların çözümüne yönelik mesleki bilgi ve becerilere sahip meslek elemanlarıdır. Bireylerle çalışmak zaman zaman beraberinde aile ile çalışmayı da gerektirebilir. Bireylerin yaşadıkları hastalıklar, rahtsızlıklar ve psikososyal sorunlar çevresi içinde birey yaklaşımı ile değerlendirilmelidir. Bireyin fiziksel, psikolojik ve sosyal anlamda etkileşim içinde olduğu aile sistemi sosyal hizmet uzmanları tarafından hem alt sistemlerin birbirleriyle ilişkisi hem de ailedeki her bireye ilişkin tek tek bir değerlendirme yapmayı gerektirebilir.

Obezite tanısı almış kadınların aileleri ile yürütülecek uygulamalar iletişim becerilerini geliştirme ve aile içi ilişkileri güçlendirme amacı taşır. Bu uygulamalar, ailedeki alt sistemlerin birbirleriyle sağlıklı bir şekilde iletişim kurmalarına ve obezite ile baş etmede kadınlar için önemli bir sosyal destek mekanizması olabileceklerine yönelik farkındalığın gelişmesine katkıda bulunabilir. Ailelerle yapılacak mezzo düzey sosyal hizmet uygulamaları, araştırmanın sonuçlarına dayanarak, obeziteye yönelik farkındalığı destekleyecek psiko eğitimler, aile danışmanlığı, evlilik ve çift terapisi ve ailede obezite tanısı almış diğer bireylerin gereksinimlerinin değerlendirilmesine yönelik çalışmaların planlanması gibi uygulamaların gerekliliğine işaret etmektedir.

Makro düzey sosyal hizmet uygulamaları, sosyal hizmet mesleğinde toplumla çalışmaya yönelik uygulamaları kapsamaktadır. Toplumla çalışma düzeyinde çalışmanın en önemli verileri sağlık politikalarında obezite tanısı almış bireylere yönelik hizmetlerin niteliği ile ilişkili alanlara vurgu yapmaktadır. Obezite tanısı almış bireylere yönelik sağlık politikaları daha geniş bir perspektifle sosyal politikaların bir bileşenidir. Sosyal politika üretebilmenin temel koşulu, obezite görülme sıklığına yönelik istatistiki verilerin, obeziteden etkilenen birey ve ailelerin özelliklerinin, obezitenin nedenleri, sonuçlarının ve obezite tanısı almış bireylere yönelik tedavi ve destek mekanizmalarının iyi tanımlanmış olmasıdır. Obezitenin önlenmesinde, tedavi ve rehabilitasyonunda sağlık, eğitim, istihdam politikaları gibi sosyal politikaların rolü büyüktür. Sağlık profesyonelleri, politika yapımcılar, bilimsel kuruluşların temsilcileri ve akademik ve mesleki kuruluşlar, obezite hakkında çalışmalar yürüten sivil toplum kuruluşu temsilcileri, halk sağlığı otoriteleri, medya temsilcileri ve obezite

tanısı almış bireylerden oluşan, kişi ve grupların toplumsal farkındalık çalışmaları ve obezitenin olumsuz etkilerinden bireyleri korumaya yönelik politika üretme süreçlerinde aktif rol almaları önerilmektedir.

Obezite tanısı almış kadınların sağlık hizmetlerine erişimlerinin kolaylaştırılması ve birinci basamak sağlık hizmetlerine ücretsiz erişebilmeleri birincil ihtiyaçtır. Aile sağlığı merkezleri, toplum sağlığı merkezleri, sağlıklı hayat merkezleri ve toplum ruh sağlığı merkezleri gibi toplum temelli sağlık hizmetleri ülkemizde giderek yaygınlaşmaktadır. Toplum temelli sağlık hizmetlerinin nihai hedefi, sağlık hizmetlerine erişimi kısıtlı olan dezavantajlı bireylerin ve ailelerin tespit edilmesi sağlık hizmetleri hakkında bilgilendirmesi ve destek sistemleriyle ilişkilerinin kurulmasıdır. Obeziteden kaynaklı sorun yaşayan kadınların yaş, sosyo-ekonomik düzey ve eğitim düzeyleri birbirinden farklıdır. Bu farklılıklar zaman zaman dezavantaj olabilmektedir. Yoksulluk, eğitim düzeyinin düşük olması ve yaşlılık gibi, kadınların dezavantajlı olmalarına yol açan faktörlerin obezite ile mücadelede önemle üzerinde durulmalıdır.

Obezite tanısı almış kadınların yaşadıkları sorunların bütüncül bir değerlendirmesinin yapıldığı bu çalışmada makro düzeyde, toplumsal farkındalık çalışmaları yapmak önemlidir. Toplumun obezite tanısı almış bireylere yönelik empatik olmayan, ayrımcılık içeren, damgalayıcı tutum ve davranışları yaygın olarak görülmektedir. Bu tutum ve davranışlarla mücadelede sosyal hizmetin savunuculuk ve güçlendirme rolü oldukça önemlidir. Sosyal hizmet uzmanlarının ayrımcılığa maruz kalan kişi ve grupların haklarını savunmada önemli rol ve sorumlulukları vardır. Çalıştıkları kuruluşlarda obezite tanısı almış kadınların hizmetlere erişimini sağlama, kendi kaderini tayin hakkını kullanma ve ayrımcı herhangi bir tutum ve davranışa maruz kalmamaları için savunuculuk rolünü üstlenmelidirler.

Sosyal Hizmet Eğitime Yönelik Öneriler

Sosyal hizmet uygulamalarına yönelik önerilerin gerçekleşmesinde ve bilgi, beceri ve değer temelinde uygulanabilmesi açısından, obezite tanısı almış bireylere yönelik bilgi temelini sağlayan ve planlı müdahale süreçlerini kapsayan bütüncül bir sosyal hizmet eğitime ihtiyaç duyulmaktadır. Bu kapsamda; lisans, yüksek lisans ve doktora eğitim müfredatında yer alan tıbbi ve psikiyatrik sosyal hizmet, bireylerle sosyal hizmet, ailelerle sosyal hizmet, toplumla sosyal hizmet, klinik sosyal hizmet, baskı karşıtı sosyal hizmet, sosyal hizmet uygulaması gibi derslere obezitenin konu olarak eklenmesi ve obezite tanısı

almış bireylerin yaşadıkları ayrımcılık, damgalanma gibi konuları içeren yeni zorunlu ve seçmeli derslerin açılması önerilmektedir.

Araştırmanın sonuçlarından elde edilen veriler, obezite tanısı almış kadınların sosyal hizmet gereksinimlerinin aile yaşam döngüsü perspektifinden ve bireyin yaşam döngüsünü de kapsayan bütüncül bir değerlendirmeye ihtiyaç olduğunu göstermektedir. Aile, insan yaşamında önemli ilişkilerin ve yaşam deneyimlerinin yaşandığı bir sistem olmakla beraber obeziteyi deneyimleyen kadınların duyuşsal ve bilişsel süreçlerinde bireyin yaşam döngüsünün daha baskın sonuçlar ortaya çıkardığı görülmüştür. Bu bağlamda obezite tanısı almış bireylere ilişkin sosyal hizmet eğitiminde yaş, cinsiyet ve sosyo-ekonomik koşulları farklı olan bireylere yönelik öznel deneyimlerin anlaşılması önemlidir.

Araştırmanın en kritik sonuçlarından biri obezitenin yalnızca bir hastalık ve sağlık sorunu olarak görülmemesidir. Obezite tanısı almış kadınlar için birincil ihtiyaç psikososyal destektir. Sosyal hizmet uygulamalarında ve eğitiminde obeziteye yönelik baskın yaklaşım psikososyal yaklaşım olmalıdır.

Sosyal hizmet lisans eğitiminde obeziteye yönelik teorik derslerin eklenmesinin yanı sıra staj ve sosyal hizmet uygulamaları kapsamında öğrencilerin obezite ile ilgili çalışmalar yürüten dernekler, sağlık kuruluşları ve sivil toplum örgütleriyle bağlantı kurmaları sağlanmalıdır.

Sosyal hizmet eğitiminde özellikle yüksek lisans ve doktora düzeyinde obezite konusu güncel bir psikososyal sorun olarak müfredata dâhil edilmelidir. Obezite tedavisinde bilişsel davranışçı, psikodinamik ve psikanalitik ekollerin önemi ve bu ekollere yönelik öğrenme ve değerlendirme metodları ele alınmalıdır. Obezite tanısı almış bireylerle çalışmada psikoterapi ekollerine yönelik dersler eklenmeli ve klinik sosyal hizmet müfredatında obeziteye yönelik değerlendirme yapmaya yardımcı bilgi temeli ve beceriler yer almalıdır. Sağlık ve sosyal hizmet kuruluşlarında çalışan sosyal hizmet uzmanları obezite tanısı almış bireylerle çalışmada yeterli donanıma sahip olmak için özellikle psikoterapi ekollerinde destekleyici eğitimler almak için teşvik edilmelidir.

Sosyal hizmet yüksek lisans ve doktora öğrencileri obeziteye yönelik akademik çalışmalar, yayınlar ve projeler yapmaları konusunda desteklenmelidirler. Akademik danışmanlık süreçlerinde yüksek lisans ve doktora tezlerinde obezitenin farklı boyutlarının çalışılmasına yönelik önerilerde bulunmak konunun daha fazla akademik çalışmalarda yer almasını sağlayabilir.

Alanda Yapılacak Çalışmalara Yönelik Öneriler

Sosyal hizmet alanında yapılacak çalışmalara yönelik ilk öneri obezitenin özel bir müracaatçı grubu olarak tanımlanmasıdır. Sosyal hizmet alanında yapılacak çalışmalara şu konuları içermelidir:

1. Obeziteye yönelik müdahaleleri içeren modellerin geliştirilmesine,
2. Obezite tanısı almış bireylerin sosyo-demografik özelliklerine göre gereksinimlerinin değişen boyutlarının araştırılmasına,
3. Obezite tanısı almış çocuk, yaşlı ve engelli bireylere yönelik yönelik nicel ve nitel araştırma yöntemleri kullanılarak yapılacak çalışmalara,
4. Obezite tanısı almış bireylere yönelik ayrımcılık, damgalanma ve ötekileştirilme konularında araştırmalara,
5. Belirli aile yaşam döngüsü evrelerine odaklanarak, obezite tanısı almış kadınların evlilik, hamilelik, doğum sonrası gibi dönemlerinin obeziteye etkilerini inceleyen çalışmalara,
6. Bireyin yaşam döngüsündeki kritik yaşam deneyimlerinin obezite ile ilişkisini inceleyen çalışmalara,
7. Baskı karşıtı uygulama ve güçlendirme perspektiflerinden yapılacak çalışmalara,
8. Obezitede toplumsal cinsiyet rollerinin etkisini inceleyen çalışmalara,
9. Beden imajı algısı ve toplumsal cinsiyet ilişkisine yönelik çalışmalara,
10. Obezitede etiketleyici olmayan, yeni ve doğru kavramların kullanılmasına yönelik çalışmalara,
11. Obezitenin değerlendirilmesi ve tedavisinde bilişsel davranışçı, psikodinamik ve psikanalitik çalışmaların sosyal hizmet alanına dâhil edilmesine,
12. Obezite tanısı almış bireylerle çalışmada multidisipliner çalışmanın önemine ve iyi uygulama örneklerinin geliştirilmesine yönelik çalışmalara ihtiyaç vardır.

Bu başlıklarda yapılacak yeni çalışmaların sosyal hizmet uygulamalarına ve eğitime olumlu katkıları olacağı düşünülmektedir.

KAYNAKÇA

- Acet, F., Şahin, G., Göker, E. N. T., & Tamerger, E. (2021). Polikistik Over Sendromlu Hastalarda Obezitenin IVF Sonuçları Üzerine Etkisi. *Türk üreme tıbbı ve cerrahisi dergisi (Online)*, 5(1), 6-10.
- Açıkgöz, A., Taştan, S.K. & Şahan, A.G. (2021). Sağlıklı beslenme ve obezite danışmanlığı birimine başvuran yetişkin bireylerde ailesel obezite varlığının bireydeki obezite durumuna etkilerinin incelenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(4),883-892. <https://doi.org/10.37989/gumussagbil.887166>
- Alami, A., Jafari, A., & Hosseini, Z. (2021). Differences in overweight/obesity prevalence by demographic characteristics and self-weight misperception status. *Clinical nutrition ESPEN*, 41, 249–253. <https://doi.org/10.1016/j.clnesp.2020.12.005>
- Albayrak, H. (2021). Eleştirel Sosyal Hizmet Teorisi ve Uygulaması. *Toplum Ve Sosyal Hizmet*, 32(1), 383-401. <https://doi.org/10.33417/tsh.791666>
- Albury, C., Strain, W. D., Brocq, S. L., Logue, J., Lloyd, C. (2020). Tahrani, A., & Language Matters working group. The importance of language in engagement between health-care professionals and people living with obesity: a joint consensus statement. *The lancet. Diabetes & endocrinology*, 8(5), 447–455. [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(20\)30102-9](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(20)30102-9)
- Alle Corliss, L., Alle Corliss, R. M. (1999). *Advanced practice in human service agencies: issues, trends, and treatment perspectives*. United Kingdom: Cengage Learning.
- Alves, R., Petitjean, H., & Druzhinenko-Silhan, D. (2024). Psychological approaches to obesity in young adults: state of the art. *Frontiers in nutrition*, 11, 1328386. <https://doi.org/10.3389/fnut.2024.1328386>
- Aslan, N. (2018). Kadınlarda beden kütle indeksi ile ilişkili psikososyal faktörlerin belirlenmesi. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(2),50-56. <https://doi.org/10.30934/kusbed.357335>
- Azarbad, L. And Gonder Frederick, L. (2010). Obesity in women. *Psychiatric Clinics*, 33(2),423-440. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2010.01.003>
- Baile, J. I., González-Calderón, M. J., & Rabito-Alcón, M. F. (2022). Obesity Bias in the School Setting: A Brief Report. *Children (Basel, Switzerland)*, 9(7), 1067. <https://doi.org/10.3390/children9071067>
- Baltacı, G., Ersoy, G., Karaağaoğlu, N., Derman, O., Kanbur, N. (2008). *Ergenlerde sağlıklı beslenme ve hareketli yaşam*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı.
- Baykara Acar, Y. And Acar, H. (2002). Sistem kuramı - Ekolojik sistem kuramı ve sosyal hizmet: temel kavramlar ve farklılıklar. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 13(1),29–35.
- Bayrak E, Serter R, Işıklı S. (2020). Duygusal, Dişsal Ve Kisitlayıcı Yeme Bozukluklarının Metabolik Sendrom Gelişimi Üzerine Etkisi, *Ankara Eğt. Arş. Hast. Dergisi*; 53(1): 36-43.
- Berge, J.M., Loth, K., Hanson, C., Croll Lampert, J. & Neumark Sztainer, D. (2012). Family life cycle transitions and the onset of eating disorders: a retrospective grounded theory approach. *Journal of Clinical Nursing*, 21(9-10),1355-1363. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03762.x>
- Bilgin, Z. (2020). Maternal obezite ile ilişkili risklerin kanıt temelli yönetimi. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi.e- ISSN: 2459-1467*. 5(1): 176-187.
- Bischoff, S.C., Schweinlin, A. (2020). Obesity therapy, *Clinical Nutrition ESPEN*, Volume 38, Pages 9-18, ISSN 2405-4577, <https://doi.org/10.1016/j.clnesp.2020.04.013>.
- Bobowik, P., & Wiszomirska, I. (2021). The impact of obesity and age on the risk of falls in elderly women. *Acta of bioengineering and biomechanics*, 23(2), 123–130.

- Bolton, D. Ve Gillett, G. (2019). The biopsychosocial model of health and disease: New philosophical and scientific developments. Springer Nature.
- Bornstein, S. R., Rubino, F., Khunti, K., Mingrone, G., Hopkins, D., Birkenfeld, A. L., ... & Ludwig, B. (2020). Practical recommendations for the management of diabetes in patients with COVID-19. *The lancet Diabetes & endocrinology*, 8(6), 546-550.
- Bray, G.A. (2003). Risks of obesity. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America*, 32(4), 787– 804. [https://doi.org/10.1016/s0889-8529\(03\)00067-7](https://doi.org/10.1016/s0889-8529(03)00067-7)
- Bronfenbrenner, U. (1979). The ecology of human development: experiments by nature and design. United States of America: Harvard University Press.
- Burke, S. (2012). *Childhood social factors and their impact on young adulthood obesity [Social Work Theses]. Providence College.*
- Cameron, N.O., Muldrow, A.F. & Stefani, W. (2018). The weight of things: understanding African American women's perceptions of health, body image, and attractiveness. *Qualitative Health Research*, 28(8),1242-1254. <https://doi.org/10.1177/1049732317753588>
- Can, E.N., Türker, P. F. (2023). Polikistik over sendromu. *Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Dergisi*. 8(3): 245-257.
- Cankurtaran, Ö., & Beydili, E. (2016). Ayrımcılık Karşıtı Sosyal Hizmet Uygulamasının Gerekliliği Üzerine. *Toplum Ve Sosyal Hizmet*, 27(1), 145-160.
- Cankurtaran, Ö., Akoğlu, G., & Sakarya, H. (2020). Güçlenmeyi güç, güçsüzlük, baskı ve güç ilişkileri temelinde anlamak. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 1913-1939.
- Carter, E.A., & McGoldrick, M. (1989). The Changing family life cycle : a framework for family therapy.
- Carter, E.A., Naydia Garcia P., & McGoldrick, M. (2015). The Expanding Family Life Cycle: Individual, Family and Social Perspectives. ISBN 13: 978-0-205-96806-8.
- Castellini, G., Cassioli, E., Rossi, E. (2022). Bridging cognitive, phenomenological and psychodynamic approaches to eating disorders. *Eat Weight Disord* 27, 2273–2289. <https://doi.org/10.1007/s40519-022-01379-6>
- Cevik, E. And Yanikkerem, E. (2020). The factors affecting self-esteem, depression and body image of pregnant women in a state hospital in Turkey. *J Pak Med Assoc*, 70,1159-1164. <https://doi.org/10.5455/JPMA.19892>
- Cockerham, W.C. (2022). Theoretical approaches to research on the social determinants of obesity. *American Journal of Preventive Medicine*, 63(1),S8-S17. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2022.01.030>
- Cooper, A.J., Gupta, S.R., Moustafa, A.F. & Chao, A.M. (2021). Sex/gender differences in obesity prevalence, comorbidities, and treatment. *Curr Obes Rep* 10,458–466 <https://doi.org/10.1007/s13679-021-00453-x>
- Creating Healty Workplaces, (2024). Helping employeers build healty and supportive work enviroments.
- Creswell, J. W. (2021). *Nitel araştırmacılar için 30 temel beceri*, (H. Özcan, Çev.). Ankara: Anı Yayıncılık.
- D'Archivio, M., Coppola, L., Masella, R., Tammara, A., & La Rocca, C. (2024). Sex and Gender Differences on the Impact of Metabolism-Disrupting Chemicals on Obesity: A Systematic Review. *Nutrients*, 16(2), 181. <https://doi.org/10.3390/nu16020181>
- Demirbilek, M. (2016). Aile Danışmanlığı: Bir Uygulama Örneği. *TJFMPC*. 10(2):109-20.
- Demirer, B., & Yardımcı, H. (2020). Maternal ve Fetal Sağlık İçin Büyük Tehlike: Maternal Obezite. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(3), 401-407.

- Derezotes, D.S. (2000). *Advanced generalist social work practice*. United States of America: Sage Publications.
- Devonport, T.J, Nicholls, W. & Fullerton, C. (2019). A systematic review of the association between emotions and eating behaviour in normal and overweight adult populations. *Journal of Health Psychology*. 24(1),3-24. <https://doi.org/10.1177/1359105317697813>
- Dsm-5, (2013). *Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı*. Amerikan Psikiyatri Birliği,ISBN: 978-975-300-198-4
- Duyan, V. (2010). *Sosyal hizmet: temelleri yaklaşımları müdahale yöntemleri*. Ankara: Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği Yayınları.
- Drozd, D., Alvarez-Pitti, J., Wójcik, M., Borghi, C., Gabbianelli, R., Mazur, A., Herceg-Čavrak, V., Lopez-Valcarcel, B. G., Brzeziński, M., Lurbe, E., & Wühl, E. (2021). Obesity and Cardiometabolic Risk Factors: From Childhood to Adulthood. *Nutrients*, 13(11), 4176. <https://doi.org/10.3390/nu13114176>
- Epstein. L.H., Wilfley. D.E., Kilanowski. C., Quattrin. T., Cook S.R., Eneli U., Geller. N., Lew. D., Wallendorf. M., Dore. M., Paluch. R.A., Schechtman. K.B. (2023). Family-Based Behavioral Treatment for Childhood Obesity Implemented in Pediatric Primary CareA Randomized Clinical Trial ;329(22):1947-1956. doi:10.1001/jama.2023.8061
- Erdem Eralp E, Ersu R. (2021). Astım, obezite ve uyku bozuklukları. Uyan ZS, editör. Çocukluk Çağında Astıma Güncel Bakış. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; p.78-82. Article Language: TR
- Feraco, A., Armani, A., Amoah, I., Guseva, E., Camajani, E., Gorini, S., Strollo, R., Padua, E., Caprio, M., & Lombardo, M. (2024). Assessing gender differences in food preferences and physical activity: a population-based survey. *Frontiers in nutrition*, 11, 1348456. <https://doi.org/10.3389/fnut.2024.1348456>
- Franklin, B. J., Gandhi, T. K., Bates, D. W., Huancahuari, N., Morris, C. A., Pearson, M., Bass, M. B., & Goralnick, E. (2020). Impact of multidisciplinary team huddles on patient safety: a systematic review and proposed taxonomy. *BMJ quality & safety*, 29(10), 1–2. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2019-009911>
- Fruh, S., Williams, S., Hayes, K., Hauff, C., Hudson, G.M., Sittig, S., Graves, R.J., Hall, H. & Barinas, J. (2021). A practical approach to obesity prevention: healthy home habits. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 33(11),1055–1065. <https://doi.org/10.1097/JXX.0000000000000556>
- Fulkerson, J. A., Larson, N., Horning, M., & Neumark-Sztainer, D. (2014). A review of associations between family or shared meal frequency and dietary and weight status outcomes across the lifespan. *Journal of nutrition education and behavior*, 46(1), 2–19. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2013.07.012>
- Glaadding, S. T. (2017). *Aile terapisi, tarihi, kuram ve uygulamaları* (İ. Keklik, İ. Yıldırım, Çev.). Ankara: Türk PDR Yayınları.
- Gunawardana, S., Gunasinghe, C. B., Harshani, M. S., & Seneviratne, S. N. (2021). Physical and psychosocial quality of life in children with overweight and obesity from Sri Lanka. *BMC public health*, 21(1), 86. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-10104-w>
- Hajek, A., Brettschneider, C., Van Der Leeden C, L., Luhmann, D., Oey, A., Wiese, B., Weyerer, S., Werle, J., Fuchs, A., Pentzek, M. R. "Ohr S, Lobner, M., Mosch, E., Bickel, H., Hesel, K., Wagner, M., Scherer, M., Maier, W., Riedel-Heller, Sg, König, H-Helmut. (2020). Prevalence and factors associated with obesity among the oldest old, *Archives of Gerontology and Geriatrics*. doi: <https://doi.org/10.1016/j.archger.2020.104069>
- Harkaway, J.E. (1982). *Obesity: a family systems perspective*. [Doctoral Dissertation]. University of Massachusetts Amherst.

- Hassapidou, M., Vlassopoulos, A., Kalliostra, M., Govers, E., Mulrooney, H., Ells, L., Salas, X. R., Muscogiuri, G., Darleska, T. H., Busetto, L., Yumuk, V. D., Dicker, D., Halford, J., Woodward, E., Douglas, P., Brown, J., & Brown, T. (2023). European Association for the Study of Obesity Position Statement on Medical Nutrition Therapy for the Management of Overweight and Obesity in Adults Developed in Collaboration with the European Federation of the Associations of Dietitians. *Obesity facts*, 16(1), 11–28. <https://doi.org/10.1159/000528083>
- Hemmingsson, E., Nowicka, P., Ulijaszek, S., & Sørensen, T. I. A. (2023). The social origins of obesity within and across generations. *Obesity reviews: an official journal of the International Association for the Study of Obesity*, 24(1), e13514. <https://doi.org/10.1111/obr.13514>.
- Hill, B. (2021). Expanding our understanding and use of the ecological systems theory model for the prevention of maternal obesity: A new socioecological framework. *Obesity Reviews*, 22:e13147. <https://doi.org/10.1111/obr.13147>
- Hoga, L., Rodolpho, J., Gonçalves, B. & Quirino, B. (2015). Women's experience of menopause: a systematic review of qualitative evidence. *JBIC Database of Systematic Reviews & Implementation Reports*, 13(8),250-337. doi: 10.11124/jbisrir-2015-1948
- Görgel Kahraman H, Orbahçı B.M, Alpay S, Yılmaz T, Kocasarı B. (2019). Birinci basamakta obezite danışma birimine başvuran obez ve fazla kilolu 18 yaş üstü kişilerin izlemlerinin değerlendirilmesi. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*. 4(3):314-21.
- Jebeile, H., Cardel, M. I., Kyle, T. K., & Jastreboff, A. M. (2021). Addressing psychosocial health in the treatment and care of adolescents with obesity. *Obesity (Silver Spring, Md.)*, 29(9), 1413–1422. <https://doi.org/10.1002/oby.23194>
- Kahveci, M., Ekrem, E. C., & Bozkurt, Ö. D. (2022). Obezitede cinsel yaşam ve hemşirelik yaklaşımı. *Androloji Bülteni (Andrology Bulletin)*, 24(3).
- Kalra, S., Chawla, K., & Kapoor, N. (2024). Motivation and Obesity Care. *JPMA. The Journal of the Pakistan Medical Association*, 74(1), 182–184. <https://doi.org/10.47391/JPMA.24-04>
- Kandemir, F., & İkiz, T. (2023). Menopozal Süreçte Zihinselleştirme Kapasitesi ve Determinantları. *AYNA Klinik Psikoloji Dergisi*, 10(2), 214-242. <https://doi.org/10.31682/ayna.863586>
- Kaplan, S.G., Arnold, E.M., Irby, M.B., Boles, K.A., Skelton, J.A. (2014). Family systems theory and obesity treatment: applications for clinicians. *ICAN: Infant, Child, & Adolescent Nutrition*, 6(1),24-29. doi:10.1177/1941406413516001
- Kara, C., Sevinç E. (2024). Hastalar için obezite cerrahisi rehberi. ISBN: 6250018832, 9786250018835
- Karabulutlu, Ö., Beydağ, K.D. (2023). Obez kadınların cinsel yaşam kalitesinin belirlenmesi. *Sağlık ve Toplum*. 33(1), 94-101.
- Karataş, M., Bağcılar, M., Pak Güre. M. D., (2022). Semptom Yönetiminde Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulamaları, *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, vol.0, no.19, pp.103-119
- Kavehfarsani, Z., Kelishadi, R., & Beshlideh, K. (2020). Study of the effect of family communication and function, and satisfaction with body image, on psychological well-being of obese girls: the mediating role of self-esteem and depression. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 14, 39. <https://doi.org/10.1186/s13034-020-00345-3>
- Kiecolt-Glaser, J. K., & Wilson, S. J. (2017). Lovesick: How couples' relationships influence health. *Annual Review of Clinical Psychology*, 13, 421–443.
- Kilgore Bowling, G.L. (2017). *The impact of attitudes and beliefs about fat on social work education in Appalachia: an exploratory study*. [Doctoral Dissertation]. University of Kentucky.
- Kilpela, L.S, Becker, C.B, Wesley, N. & Stewart, T. (2015). Body image in adult women: moving beyond the younger years. *Adv Eat Disord*, 3(2),144-164. doi: 10.1080/21662630.2015.1012728

- Kim, E., Park, H. (2018). Perceived gender discrimination, belief in a just world, self-esteem, and depression in Korean working women: A moderated mediation model, *Women's Studies International Forum*. Volume 69, Pages 143-150, ISSN 0277-5395, <https://doi.org/10.1016/j.wsif.2018.06.006>.
- Koleva, N. (2017). Türkiye’de obezite ve kronik hastalıkların kadınlar üzerinde etkenleri ve riskleri araştırması. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 3(1),102-103.
- Konttinen, H. (2020). Emotional eating and obesity in adults: the role of depression, sleep and genes. *Proceedings of the Nutrition Society*, 1–7. doi:10.1017/s0029665120000166
- Krupa- Kotara, G. K., Grot, M., Kujawińska, M., Helisz, P., Gwioździk, W., Bialek Dratwa, A., Staśkiewicz, W. & Kobza, J. (2022). Perception of the body image in women after childbirth and the specific determinants of their eating behavior: cross-sectional study (Silesia, Poland). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(16),10137. <https://doi.org/10.3390/ijerph191610137>
- Kulie, T., Slattengre, A., Redmer, J., Counts, H., Eglash, A. & Schrager, S. (2011). Obesity and women's health: an evidence-based review. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 24(1),75-85. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2011.01.100076>
- Küçükkaya, M., Günaydın, S., Yılmaz, T., & Dinç Kaya, H. (2024). Body image perceptions of pregnant women in the third trimester in Turkey: A qualitative study. *Journal of evaluation in clinical practice*, 30(4), 660–669. <https://doi.org/10.1111/jep.13991>
- Lam, B.C.C., Lim, A.Y.L., Chan, S.L., Yum, M. P.S., Koh, N.S.Y. & Finkelstein, E.A. (2023). The impact of obesity: a narrative review. *Singapore Medical Journal*, 64(3),163–171. <https://doi.org/10.4103/singaporemedj.SMJ-2022-232>
- Leader, D. (2020). Neden Uyuyamıyoruz? Çev. F. Kara. Sel Yayıncılık.
- Lee, J., Shin, A., Cho, S., Choi, J. Y., Kang, D., & Lee, J. K. (2020). Marital status and the prevalence of obesity in a Korean population. *Obesity research & clinical practice*, 14(3), 217–224. <https://doi.org/10.1016/j.orcp.2020.04.003>
- Loth, K., Van Den Berg, P., Eisenberg, M.E. & Neumark Sztainer, D. (2008). Stressful life events and disordered eating behaviors: findings from Project EAT. *Journal of Adolescent Health*, 43(5),514–516. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2008.03.007>
- Markey, C.H., Gillen, M. M., August, K.J., Markey, P.M., Nave, C.S. (2017). Does “body talk” improve body satisfaction among same-sex couples?, *Body Image*, Volume 23, Pages 103-108, ISSN 1740-1445, <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2017.08.004>.
- Matarsat, H. M., Rahman, H. A., & Abdul-Mumin, K. (2021). Work-family conflict, health status and job satisfaction among nurses. *British journal of nursing* (Mark Allen Publishing), 30(1), 54–58. <https://doi.org/10.12968/bjon.2021.30.1.54>
- McGOWAN B. M. (2016). A Practical Guide to Engaging Individuals with Obesity. *Obesity facts*, 9(3), 182–192. <https://doi.org/10.1159/000445193>
- Medeiros De Moraes, M.S., Andrade Do Nascimento, R., Vieira, M.C.A., Moreira, M.A., Caˆmara, S.M.A.D., Campos Cavalcanti Maciel, A. & Graças Almeida, M.D. (2017) Does body image perception relate to quality of life in middle-aged women? *PLoS ONE*, 12(9),e0184031. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0184031>
- Melamed, O. C., Selby, P., & Taylor, V. H. (2022). Mental Health and Obesity During the COVID-19 Pandemic. *Current obesity reports*, 11(1), 23–31. <https://doi.org/10.1007/s13679-021-00466-6>
- Milaneschi, Y., Simmons, W.K., Van Rossum, E.F.C. & Penninx, B.Wjh. (2019). Depression and obesity: evidence of shared biological mechanisms. *Mol Psychiatry*, 24,18–33. <https://doi.org/10.1038/s41380-018-0017-5>
- Mond, J.M., Rodgers, B., Hay, P.J., Darby, A., Owen, C., Baune, B. T. & Kennedy, R.L. (2007). Obesity and impairment in psychosocial functioning in women: the mediating role of eating disorder features. *Obesity*, 15(11),2769-2779. <https://doi.org/10.1038/oby.2007.329>

- Morris, A. (2019). *The Politics of Weight, Feminist Dichotomies of Power in Dieting*. ISBN: 978-3-030-13672-7
- Muscogiuri, G., Verde, L., Vetrani, C., Barrea, L., Savastano, S., & Colao, A. (2024). Obesity: a gender-view. *Journal of endocrinological investigation*, 47(2), 299–306. <https://doi.org/10.1007/s40618-023-02196-z>
- Namlı, Ç., & Düşgör, B. (2024). Obez Kadınlarda Kadınsı Özdeşimlerin Projektif Testlerle Değerlendirilmesi. *AYNA Klinik Psikoloji Dergisi*, 11(2), 426-447. <https://doi.org/10.31682/ayna.1382124>
- National Institute for Health and Care Excellence (2017) Eating disorders: recognition and treatment (NICE guideline [NG69]). <https://www.nice.org.uk/guidance/ng69>. Accessed 15 Oct 2021
- NASW Code of Ethics on Social Work. (2018).
- Nichols, M.P. (2013). Aile terapisi kavramlar ve yöntemler. İstanbul: Kaknüs Yayınları; p.209-387.
- Novak, J.R., Pratt, K., Hernandez, D.C. & Berge, J.M. (2023). Family systems and obesity: a review of key concepts and influences within and between family subsystems and a call for family-informed interventions. *Journal of Family Theory&Review*, 15(1),38–56. <https://doi.org/10.1111/jftr.12474>
- Nutter, S., Eggerichs, L. A., Nagpal, T. S., Ramos Salas, X., Chin Chea, C., Saiful, S., Ralston, J., Barata-Cavalcanti, O., Batz, C., Baur, L. A., Birney, S., Bryant, S., Buse, K., Cardel, M. I., Chugh, A., Cuevas, A., Farmer, M., Ibrahim, A., Kataria, I., Kotz, C., ... Yusop, S. (2024). Changing the global obesity narrative to recognize and reduce weight stigma: A position statement from the World Obesity Federation. *Obesity reviews : an official journal of the International Association for the Study of Obesity*, 25(1), e13642. <https://doi.org/10.1111/obr.13642>
- Opio, J., Wynne, K., Attia, J., Oldmeadow, C., Hancock, S., Kelly, B., Inder, K., & McEvoy, M. (2024). Metabolic Health, Overweight or Obesity, and Depressive Symptoms among Older Australian Adults. *Nutrients*, 16(7), 928. <https://doi.org/10.3390/nu16070928>
- Özalp, B. And Kürklü, N.S. (2020). Obezite ve COVID-19. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 5(2),211-214.
- Özdemir, P. (2023). Mutlu çiftler yaratmak üzerine, evlilik analizi ve değerlendirmesi. 1. Baskı ISBN: 978-625-6552-32-6, Eğitim Yayınevi.
- Özgüven, İ.E. (2009). Evlilik ve aile terapisi, 2. baskı. Ankara: PDREM Yayınları; p.15-308
- Parman, T. (2021). *Ergenliğin Yüzleri*. Yapı Kredi Yayınları. ISBN:9789750851131
- Patsalos, O., Keeler, J., Schmidt, U., Penninx, B.W., Young, A.H. & Himmerich, H. (2021). Diet, obesity, and depression: a systematic review. *Journal of Personalized Medicine*, 11(3),176, <https://doi.org/10.3390/jpm11030176>
- Payne, M. (2014). *Modern social work theory*. United States of America: Oxford University Press.
- Pesa, J.A., Syre, T.R. & Jones, E. (2000). Psychosocial differences associated with body weight among female adolescents: the importance of body image. *Journal of Adolescent Health*, 26(5),330-337.
- Phillips J. (2024). Weight bias and stigma in healthcare: What are we doing about it?. *Work* (Reading, Mass.), 77(3), 731–733. <https://doi.org/10.3233/WOR-246004>
- Puhl Rebecca M. Ve Heuer Chelsea A. (2009). The Stigma of Obesity: A Review and Update, *Obesity*. 17, 941–964.
- Rim, H., & Kim, J. (2024). The influence of perceptions of gender discrimination in the workplace on depressive symptoms among Korean working women: The moderating role of job satisfaction. *Social science & medicine* (1982), 341, 116527. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2023.116527>

- Rowan, B. L., Anjara, S., De Brún, A., Macdonald, S., Kearns, E. C., Marnane, M., & McAuliffe, E. (2022). The impact of huddles on a multidisciplinary healthcare teams' work engagement, teamwork and job satisfaction: A systematic review. *Journal of evaluation in clinical practice*, 28(3), 382–393. <https://doi.org/10.1111/jep.13648>
- Rubino, F., Puhl, R. M., Cummings, D. E., Eckel, R. H., Ryan, D. H., Mechanick, J. I., Nadglowski, J., Ramos Salas, X., Schauer, P. R., Twenefour, D., Apovian, C. M., Aronne, L. J., Batterham, R. L., Berthoud, H. R., Boza, C., Busetto, L., Dicker, D., De Groot, M., Eisenberg, D., Flint, S. W., Dixon, J. B. (2020). Joint international consensus statement for ending stigma of obesity. *Nature medicine*, 26(4), 485–497. <https://doi.org/10.1038/s41591-020-0803-x>
- Saatcioğlu Tınkır, N., & Eryılmaz, G. (2021). Obezite, yeme bağımlılığı ve duygusal şiddet arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Current Addiction Research*, 5(1), 5-15. <https://doi.org/10.5455/car.105-1630697113>
- Sample C.H., Davidson T.L. (2018) Considering sex differences in the cognitive controls of feeding. *Physiol Behav* 187:97–107
- Sanahuja, A. (2016). *Aile, grup ve klinik sorunsallarına psikanalitik yaklaşım*. (T. İkiz, B. Düşgör, B., Yay. Haz.). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Yayınları.
- Sarwer, D. B., & Polonsky, H. M. (2016). The Psychosocial Burden of Obesity. *Endocrinology and metabolism clinics of North America*, 45(3), 677–688. <https://doi.org/10.1016/j.ecl.2016.04.016>
- Sarwer, D. B., & Grilo, C. M. (2020). Obesity: Psychosocial and behavioral aspects of a modern epidemic: Introduction to the special issue. *The American psychologist*, 75(2), 135–138. <https://doi.org/10.1037/amp0000610>
- Schmalbach, I., Schmalbach, B., Zenger, M., Berth, H., Albani, C., Petrowski, K. & Brähler, E. (2020). A brief assessment of body image perception: norm values and factorial structure of the short version of the FKB-20. *Front. Psychol.* 11,579783. doi: 10.3389/fpsyg.2020.579783
- Schwartz, M.B. And Brownell, K.D. (2004). Obesity and body image. *Body Image*, 1(1),43-56.
- Seage C. H. (2024). A systematic review of the effectiveness of attentional bias modification to support weight management in individuals who are overweight or obese. *Obesity reviews: An official journal of the International Association for the Study of Obesity*, 25(7), e13745. <https://doi.org/10.1111/obr.13745>
- Sertsuwankul, P., Sakboonyarat, B., Lertsakulbunlue, S. (2024). Prevalence and associated factors of increased risk for sleep-disordered breathing and its relationship with body mass index among medical students, intern doctors, and residents, *Clinical Epidemiology and Global Health*, Volume 27, 101586, ISSN 2213-3984, <https://doi.org/10.1016/j.cegh.2024.101586>.
- Simbar, M., Nazarpour, S., Alavi Majd, H., Dodel Andarvar, K., Jafari Torkamani, Z., & Alsadat Rahnamaei, F. (2020). Is body image a predictor of women's depression and anxiety in postmenopausal women?. *BMC psychiatry*, 20(1), 202. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02617-w>
- Sipahi, B.B. (2020). Effect of socioeconomic factors and income inequality to obesity in female in Turkey. *Gaziantep University Journal of Social Sciences*, 19(2),350-366.
- Skelton, J. A., Vitolins, M., Pratt, K.J., Dewitt, L.H., Eagleton, S.G. & Brown, C. (2023). Rethinking family-based obesity treatment. *Clinical Obesity*, 13(6),e12614. <https://doi.org/10.1111/cob.12614>
- Stanford, F. C., Tauqeer, Z., & Kyle, T. K. (2018). Media and Its Influence on Obesity. *Current obesity reports*, 7(2), 186–192. <https://doi.org/10.1007/s13679-018-0304-0>
- Stewart, M. (2001). Towards a global definition of patient centred care: The patient should be the judge of patient centred care. *British Medical Journal*, 322(7284), 444-445.

- Sutin, A., Terracciano, A. (2020). Personality and Obesity. In: Zeigler-Hill, V., Shackelford, T.K. (eds) Encyclopedia of Personality and Individual Differences. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-24612-3_2112
- Şahin, S., Can, Z. (2018). Kadın sağlığında obezite. Journal of Human Rhythm, 4(2),98-103.
- Şirin, S. (2020). Yetişin gençler, ergenlikten yetişkinliğe geçiş klavuzu. Doğan Kitap.
- Şirin, A. Ö., & Akdevelioğlu, Y. (2020). Polikistik Over Sendromu ve Obezite: FTO ve MC4R Gen Polimorfizmlerinin Rolü. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 4(3), 275-295.
- Phillips C.L., Tai J.E., Yee B.J., Grunstein R.R. (2024). Obstructive sleep apnoea in obesity: A review. *Clinical Obesity*; 14(3):e12651. doi:10.1111/cob.12651
- Tai, J. E., Phillips, C. L., Yee, B. J., & Grunstein, R. R. (2024). Obstructive sleep apnoea in obesity: A review. *Clinical obesity*, 14(3), e12651. <https://doi.org/10.1111/cob.12651>
- Thangaratinam S, Rogozinska E, Joll k et al. (2012). Interventions to reduce or prevent obesity in pregnant women: A systematic review. *Health Technology Assessment*. 16(31): 1-191.
- The Open University. (2020). Exploring the relationship between anxiety and depression. Erişim adresi: <https://www.open.edu/openlearn/science-maths-technology/exploring-the-relationship-between-anxietyand-depression/content-section-2>.
- Timmermans, Y. E. G., Van De Kant, K. D. G., Krumeich, J. S. M., Zimmermann, L. J. I., Dompeling, E., Kramer, B. W., Maassen, L. L. J., Spaanderman, M. A. E., & Vreugdenhil, A. C. E. (2020). Socio-ecological determinants of lifestyle behavior of women with overweight or obesity before, during and after pregnancy: Qualitative interview analysis in the Netherlands. *BMC pregnancy and childbirth*, 20(1), 105. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-2786-5>
- Tiwari, g.k. (2014). Body image satisfaction enhances self-esteem. *Vaichariki-A Multidisciplinary Refereed International Research Journal*, 4(4),7-11.
- Tuncay, T., & İl, S. (2007). Sosyal Hizmette Baskı Karşıtı Uygulama, Sosyal Adalet Paradigması Temelinde Bir Özgürleştirme Pratiği. *Toplum Ve Sosyal Hizmet*, 17(2), 59-72.
- Türkoğlu Dikmen, S. N., İlkay, Ş., & Şafak, Y. (2022). Bariatrik cerrahi öncesi ve sonrası benlik saygısı, duygusal yeme, yeme tutumu, depresyon ve anksiyete düzeylerinin değerlendirilmesi: Bir yıllık takip çalışması. *Kıbrıs Türk Psikiyatri Ve Psikoloji Dergisi*, 4(2), 140-147. <https://doi.org/10.35365/ctjpp.22.2.03>
- Tramunt, B., Smati, S., Grandgeorge, N., Lenfant, F., Arnal, J. F., Montagner, A., & Gourdy, P. (2020). Sex differences in metabolic regulation and diabetes susceptibility. *Diabetologia*, 63(3), 453–461. <https://doi.org/10.1007/s00125-019-05040-3>
- Polat, T.H. And Kaplan Serin, E. (2021). Self-esteem and sexual quality of life among obese women. *Perspectives in Psychiatric Care*, 57(3),1083-1087. doi: 10.1111/ppc.12660
- Tramunt B, Smati S, Grandgeorge N, Lenfant F, Arnal Jf, Montagner A. (2020) Sex differences in metabolic regulation and diabetes susceptibility. *Diabetologia* 63(3):453–461
- Tylka, T.L. And Wilcox, J.A. (2006). Are intuitive eating and eating disorder symptomatology opposite poles of the same construct? *Journal of Counseling Psychology*, 53(4),474–485. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.53.4.474>
- Ünalın, P.C., Kaya, Ç.A., Akgün, T., Yıkılkan, H. & İşgör, A. (2007). Birinci basamakta ergen sağlığına yaklaşım. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 27,567-576.
- Van Den Brink, F., Vollmann, M., Smeets, M.A.M., Hessen, D.J. & Woertman, L. (2018). Relationships between body image, sexual satisfaction, and relationship quality in romantic couples. *Journal of Family Psychology*, 32(4),466–474. <https://doi.org/10.1037/fam000407>

- Van Riel, L. Md; Van Den Berg, E.; Polak, M.; Geerts, M.; Peen, J.; Ingenhoven, T.; Dekker, J. (2020) Personality Functioning in Obesity and Binge Eating Disorder: Combining a Psychodynamic and Trait Perspective. *Journal of Psychiatric Practice* 26(6):p 472-484, DOI: 10.1097/PRA.0000000000000513
- Warschburger, P., & Zitzmann, J. (2018). The Efficacy of a Universal School-Based Prevention Program for Eating Disorders among German Adolescents: Results from a Randomized-Controlled Trial. *Journal of Youth and Adolescence*, 47, 1317 - 1331.
- Watson, W.J., Morris, M., Selby, P., Howse, K.L. (2014). A Patient-centred Approach to Obesity: Counselling Health Behaviour Change. Working with Family Institute. University of Toronto.
- Wells, J.C., Marphatia, A.A., Cole, T.J., Mccoy, D. (2012) Associations of economic and gender inequality with global obesity prevalence: understanding the female excess. *Soc Sci Med* 75(3):482–490
- World Health Organization. (2024). European regional obesity report 2024. WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization. (2024). Obesity and overweight. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>, Erişim Tarihi: 20.05.2024
- WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel (2010). Sixty-Third World Health Assembly.
- World Obesity Federation. (2023). World obesity atlas 2023. <https://data.worldobesity.org/publications/?cat=19> *Journal of Molecular Sciences*, 21(10),3570. <https://doi.org/10.3390/ijms21103570>.
- Williams, R.L., Wood, L.G., Collins, C.E., Callister, R (2015) Effectiveness of weight loss interventions—is there a difference between men and women: a systematic review. *Obes Rev* 16(2):171–186
- Yanar, G., & Buz, S. (2023). Cinsel İstismara Maruz Kalan Çocukların Sosyo-demografik ve Ekonomik Özelliklerinin Travmatik Strese Etkisi. *Toplum Ve Sosyal Hizmet*, 34(3), 579-603. <https://doi.org/10.33417/tsh.1113333>
- Yanikkerem, E. (2017). Obezitenin kadın sağığına etkileri. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(1), 37-43. <https://doi.org/10.30934/kusbed.359281>
- Zastrow, C., Kirst Ashman, K. K. (2013). *İnsan davranışı ve sosyal çevre I.* (B. Çiftçi, Çev.). Ankara: Nika Yayınevi.
- Zorena, K., Jachimowicz Duda, O., Ślęzak, D., Robakowska, M. & Mrugacz, M. (2020). Adipokines and obesity. potential link to metabolic disorders and chronic complications.

İnternet Kaynakları

- https://www.who.int/health-topics/obesity#tab=tab_1, Erişim tarihi, 29.05.2024.
- <https://www.saglik.gov.tr/TR,11692/obezite.html>, Erişim tarihi: 29.05.2024).
- <https://www.worldobesityday.org/people-living-with-obesity>, Erişim tarihi: 04.06.2024)
- <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/obezite>, Erişim tarihi: 04.06.2024

EKLER

EK-1 Etik Kurul Onayı



ETİK KURUL DEĞERLENDİRME SONUCU RESULT OF EVALUATION BY THE ETHICS COMMITTEE

(Bu bölüm İstanbul Bilgi Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurul tarafından doldurulacaktır
/This section to be completed by the Committee on Ethics in Research on Humans)

Başvuru Sahibi/Applicant: Songül Boyraz

Proje Başlığı / Project Title: Aile Yaşam Döngüsü Perspektifinden Obezite Tanısı Almış Kadınların Sosyal Hizmet Gereksinimleri Üzerine Nitel Bir Araştırma

Proje No / Project Number: 2022-40034-68

1.	Herhangi bir değişikliğe gerek yoktur / There is no need for revision	X
2.	Ret /Application Rejected Reddin Gerekçesi /Reason for Rejection:	

Değerlendirme Tarihi / Date of Evaluation: 26.05.2022

Kurul Başkanı / Committee Chair
Prof. Dr. İtir Erhart

Üye / Committee Member
Prof. Dr. M. N. Alpaslan Parlakçı

Üye/Committee Member
Prof. Dr. Perihan Güner

Üye/Committee Member
Prof. Dr. Hale Bolak Boratav

Üye/Committee Member
Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Bedii Kaya

EK-2 Yarı-Yapılandırılmış Görüşme Formu**Araştırmacı:** Songül Boyraz Turhan**Görüşmenin Tarihi:****Görüşmecinin Kod Adı:****Doğum Tarihi ve Yeri:****Eğitimi:****Mesleği/İşi:****Medeni Durumu:****Yaşadığı Kent:****Kilosu ve Boyu:****Aileniz ekonomik gelirine bağlı olarak hangi sınıfsal konumda yer almaktadır?**

- ☐ Alt gelir düzeyi
- ☐ Orta gelir düzeyi
- ☐ Yüksek gelir düzeyi

Aile Üyeleri (Eş, çocuk, anne, baba, diğer)	Yaşı	Mesleği-eğitim durumu nedir?	Görüşmeci ile beraber mi yaşıyor?	Herhangi bir sağlık sorunu var mı?

1. Kendinizden ve büyüdüğünüz aileden bahseder misiniz?
 - Çocukluk deneyimleri nasıldır?
 - Büyüdüğü aile ve çevre nasıldır?
 - Eğitim geçmişi, mesleği ve çalışma hayatı nasıldır?
 - Ebeveynler ve kardeşlerle ilişkileri nasıldır?
 - Aile ilişkileri nasıldır?
 - Aile üyeleri birlikte neler yaparlar?
2. Obezite sizin için ne anlama geliyor, anlatır mısınız?
 - Kendisini nasıl tanımlıyor (obez, kilolu, şişman),
 - Kilo alma süreci nasıl gerçekleşti, nasıl bir süreç geçirdi,
 - Hayatını nasıl etkiledi,
 - Kilo almadan önce ve kilo aldıktan sonra neler farklılaştı,
 - Obeziteye bağlı zorluklar nelerdir,
 - Kilolu olmasaydınız hayatınızda neler farklı olurdu?
3. Obez/kilolu/şişman olmak size nasıl hissettiriyor, anlatır mısınız?
 - Şu an nasıl hissediyor?
 - Ne tür duygular yaşıyor?
4. Kendiniz ve bedeninizle ilişkinizi nasıl tanımlarsınız, anlatır mısınız?
 - Kendisini nasıl tanımlıyor,
 - Kendi bedeni ile ilgili hisleri nelerdir,
 - Kendilik algısı nasıldır,
 - Obezitenin sağlık, özbakım ve cinsellik gibi konulara etkisi nasıl olmuştur?
5. Obez/kilolu/şişman bir eş/sevgili/partner olmak nasıl bir deneyim, anlatır mısınız?
 - Eşi/sevgilisi/partneri ile ilişkisi nasıldır?
 - Eşi/sevgilisi/partneri ile yakınlık kurabiliyor mu?
 - Eşi/sevgilisi/partneri ile obeziteye bağlı bir sorun yaşıyor mu?
6. Obez/kilolu/şişman bir anne olmak nasıl bir deneyim, anlatır mısınız?
 - Obezite çocuklarla ilişkisini nasıl etkiliyor?
 - Çocukların gözünden anneleri nasıldır?
7. Fiziksel veya ruhsal olarak sorun yaşadığınız veya zorlandığınız zamanlarda destek talep eder misiniz, talepleriniz karşılanır mı, anlatır mısınız?
 - Ne tür sorunlar ve zorluklar yaşar
 - Kimlerden destek ister
 - Destek talebi karşılanır mı?

- 8.** İçinde yaşıadığınız çevrede obezite nasıl algılanıyor, siz bu çevreden nasıl etkileniyorsunuz, söz eder misiniz?
- Nasıl bir çevrede yaşıyor,
 - Arkadaşlık ilişkileri nasıldır, obezitenin etkisi nasıldır,
 - Çevrenin kilo almaya etkileri nasıldır,
 - Kilo aldıktan sonra sosyal evre ile ilişkiler değişmiş midir?
- 9.** Yaşam deneyimlerinizi göz önünde bulundurduğunuzda sorunlarla baş edebilme becerileriniz nasıldır, anlatır mısınız?
- 10.** Gelecekle ilgili planlarınızdan söz eder misiniz?
- 11.** Sorduğum sorular dışında sizin bana anlatmak istediğiniz, obezite ile ilgili dikkatimi çekmek istediğiniz başka bir konu var mı?
- 12.** Obezite ile ilgili çalışmalar yürüten kurum ve kişilere, bu alanda alışan Diyetisyen/Psikolog/Sosyal Hizmet Uzmanı gibi meslek elemanlarına önerileriniz var mı?

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Songül BOYRAZ TURHAN

2.Üniversite

11-20

Yam 12-13)

neyin

14)

2015

Son Hizmet Yeri

gretin 12-13)

anbul 12-13)

İstanbul Metin 12-13)

Tıbbi Sosyal Hizmet

Eğitim 12-13)

102(2017)102. doi:10.1016/j.jmb.2017.07.01043

An Investigation of the Optical Properties of Non-Ferrous C

Materials (Series: Science & Technology)- Turkish Journal of

Science and Technology, DOI: 10.15446/tjst.2017.102(2)