

Obezitede Diyet Tedavisini Destekleyen Davranışsal Tedavi

Sema Erge

Özel Bayındır Ankara Hastanesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Ankara

Çoğu obez birey için enerjisi kısıtlanmış diyetler ve fiziksel aktivite, istenilen vücut ağırlığına ulaşmak ve özellikle korumak için yeterli olmamaktadır. Çünkü obezite; tekrar ortaya çıkma potansiyeline sahip ve uzun süreli bir tedaviye ihtiyaç duyan kronik bir durumdur. Ülkemizde de son yıllarda önem kazanan davranış değişikliği tedavisi (davranış modifikasyonu), obezitenin tedavisinde temel oluşturmaktadır. Diyet ve egzersizin yanı sıra uygulanan davranış değişikliği tedavisi, obez bireylerde istenen ağırlık kaybını sağlamaya ve kaybedilen ağırlığı korumaya yönelik başarı oranını arttırmaktadır.

Genel anlamda davranışsal tedavi, öğrenilen ve belirli sosyal koşullar tarafından desteklenip sürdürülen bireysel davranış verilerine dayalı stratejiler toplamı olarak tanımlanır. Son yıllarda oldukça önem kazanan davranış değişikliği tedavisinin uygulandığı alanların başında obezite ve yeme davranışı bozukluğunun tedavisi gelmektedir (1-5).

Obezite tedavisinde davranış değişikliği tedavisinin vazgeçilmez olma nedeni, bireylerin şişmanlığa yol açan hatalı alışkanlıklarından vazgeçmek ve onların yerine doğru davranışları kazanmak zorunda olmalarından kaynaklanmaktadır. Diyet ve egzersizin yanısıra yapılan davranış değişikliği tedavisi ile haftada 0.5-1 kg ağırlık kaybı sağlanabilmektedir. Bireylerin yaklaşık %25'i tedavi sonrasında da kilo vermeye devam etmektedirler. Bunların yanı sıra, davranış değişikliği tedavisi ile psikolojik fonksiyonların iyileştirildiği ve depresyona bağlı yıpranma oranının azaltıldığı bildirilmektedir (6).

Yazışma Adresi

Sema Erge
Özel Bayındır Ankara Hastanesi,
Beslenme ve Diyetetik Bölümü
06520 Söğütözü, Ankara
Tel. : (0.312) 287 90 00
Faks : (0.312) 285 07 33
e-mail : semaerge@yahoo.com

Yapılan çalışmalarda davranış değişikliği tedavisinin süresinin en az 16 hafta, tedavi sonrasında ağırlığın korunma süresinin ise en az 1 yıl olması gerektiği belirtilmektedir. Tedavi süresi uzatılmış gruplarda; daha kısa süreyle uygulanan gruplara göre ağırlık kaybı daha fazla ve bu kaybı koruma sürelerinin de daha uzun olduğu bilinmektedir (7,8). Aynı zamanda değiştirilen davranışların "yaşam tarzı" haline dönüşmesi amaçlandığından, ayrıca diğer fizyolojik ve psikolojik nedenlere bağlı olarak kilo kaybının mümkün olduğunca yavaş gerçekleştirilmesi tercih edilmektedir. Bu nedenle tedavi süresince 0.5 kg/hafta ağırlık kaybı önerilmektedir (7-9) ve bireylerin daha gerçekçi (orta düzeyde) ağırlık kaybı hedeflerini kabul etmeleri sağlanmalıdır (10). Bireylere yapılan her diyet müdahalesinde, bireylerin başlangıç ağırlıklarının %5-10 oranında azaltılması önerilmektedir (11-13).

Davranış değişikliği tedavisinde terapistle yapılan toplantıların sıklığı da önemlidir. Tedavinin başlangıcında toplantılar daha sık (1 ay süreyle haftada 3 kez, yarım saatlik görüşmeler); sonrasında daha seyrek (iki haftada bir), daha sonraları ise ihtiyaç duyuldukça toplantı yapılmalıdır. Tedavi sırasındaki görüşmelerin toplam sayısı yaklaşık 20-40 arasında değişmektedir (9,14). Obezitenin davranış değişikliği ile tedavisini içeren 105 çalışma bulgularını, tedavi özelliklerinin sonuç üzerine etkilerini

incelemek amacıyla analiz edilen bir çalışmada; tedavi süresi, tedavide uygulanan görüşme saati, terapist deneyimi, izlenen sıkı diyet–egzersiz ve programa yakın çevrenin dahil edilmesi ile tedavi sırası ve sonrasındaki ağırlık kayıplarının pozitif yönde ilişkili olduğu belirtilmiştir. Özellikle tedavi süresi ve görüşme saatlerinin en önemli faktörler olduğu vurgulanmıştır (15).

Obezitenin davranış değişikliği tedavisi; obeziteye neden olan yemek yeme ve fiziksel aktivite ile ilgili istenmeyen davranışları, istenen davranışlarla değiştirmek veya istenmeyen davranışları azaltmak ayrıca istenen davranışları pekiştirerek "yaşam tarzı" haline gelmesini sağlamak amacıyla uygulanan tedavi şeklidir. Davranış değişikliği tedavisinde amaç; yaşam boyu sürecek davranış değişikliğini oluşturmak ve böylece ağırlık kaybının korunmasını sağlamaktır (8,9,16).

Davranış Değişikliği Tedavisinde Uygulanan Yöntemler

Davranış değişikliği tedavisi, terapist ve uygulanan bireye göre farklılıklar gösterse de tedavi planı genellikle kendi kendini gözleme, uyarıcı kontrolü, hedef belirleme, alternatif davranış geliştirme, pekiştirme-kendi kendini ödüllendirme, stress kontrolü, kognitif yapılanma-sosyal destek gibi yöntemlerin tümü veya birkaçından oluşur (8,9,17-20). Bunların dışında tedaviye katılan bireylere uygulanan beslenme eğitimi de tedavi basamakları arasında sayılabilmektedir (21,22). Davranış değişikliği tedavisi kapsamında bireylerin obezite ve diyet konusunda eğitilmesi kendilerine olan güveni arttıracak ve belirlenen tedavi programına uyumu kolaylaştıracaktır. Eğitimde amaç, bireyi düzenlenen diyet programının içine çekmek, programın bir parçası olduğuna inandırmak, programı uygulaması için yapılması gerekenler konusunda bilinçlendirip ve sonuçta istenen davranış değişikliğine ulaşmasını ve sürdürmesini sağlamaktır (21,23). Davranış değişikliği tedavisinde, standart davranış tedavisine ilave edilen her bir yöntemin (nüksetmeyi önleme, problem çözme yöntemleri vb) ağırlık kaybı ve korunmasında başarı oranını arttırdığı bilinmektedir (24). Yapılan bir çalışmada, davranış değişikliği tedavisi uygulanan bireylerde; yüzyüze terapist kontrolü ile, internet aracılığı ile terapist kontrolü yöntemleri karşılaştırılmış ve yüzyüze terapist kontrolü alan bireylerin daha hoşnut oldukları, buna rağmen

ağırlık kaybı ve korunması açısından iki grup arasında fark olmadığı belirlenmiştir. Buna göre davranış değişikliği programına katılan bireylerle iletişimin sürdürülmesinde, e-postanın kullanılmasının umut verici bir yöntem olduğu saptanmıştır (25).

Kendi Kendini Gözleme (Self-Monitoring)

Kendi kendini gözleme, tedavinin temelidir ve kontrol edilecek davranışların tanımlanması esasına dayanır. Bu şekilde bireyin, obeziteye neden olan davranışlarının farkına varması sağlanır (1,8). Yeme atakları (binge eating), gece yeme ve sinirlilik-gerginlik anlarında (emosyonel) yeme gibi yeme patolojilerinin varlığının belirlenmesine fırsat sağlar (18). Kendi kendini gözleme yönteminin esası; o anki yemek yeme ve egzersizle ilgili davranışların kaydedilmesidir. Ana ve ara öğünleri, açlık derecesi, yemek yenilen yerleri ve zamanı, kimlerle yendiği, yemek sırasındaki aktiviteleri, yenilen besinlerin miktar ve çeşidini, yemek yenildiğinde hissedilenleri; aynı zamanda fiziksel aktivitenin türü, süresi ve aktivite yapıldıktan sonra hissedilenleri içeren bir "günlük" (kayıt formu) tutulmalıdır (Şekil 1) Bu şekilde kişinin obeziteye neden olan ve değiştirilmesi gereken hatalı davranışlarının farkına varması sağlanmış olur (1,14). Kayıt tutma yöntemi, hem değerlendirme hem de tedavi aşamasında başvurulan bir yoldur. Bu yöntem değerlendirmenir ve değişimin temelini oluşturur. Bireyin sorununu formüle etmeyi kolaylaştırır. Tedavide işbirliğinin gerekliliğini işaret eder; kişi kendi sorunu için doğrudan kendisi uğraşmaktadır. Hem iç olaylarla (duygu ve düşünceler) hem de davranışlarla ilgili kayıt ve ölçümler alınabilir (26). Her gün tutulması istenen bu kayıt formunu başlangıçta bireyler zamar harcayan ve hoş olmayan bir iş olarak değerlendirip şikayetçi olabilirler. Ancak bu yöntemle kişilerin kendiliğinden besin alımlarını azalttıkları bilinmektedir. Yine bu yöntem bireydeki davranış değişikliğinde hangi tekniklerin faydalı olduğunun ve özellikle hangi olaylar ve davranışların sorun oluşturduğunun değerlendirilmesinde önemli rol oynar. Program süresince, hatta daha sonrasında da kayıt tutma yönteminin kullanılması yararlı olacaktır (9, 22,27).

Kayıt formunun değerlendirilmesiyle, bireylerin kilo alımına neden olan davranışları belirlenmiş olur. Kişiye özel hatalı davranışlar belirlenip birey tarafından önem sırasına göre dizildikten sonra, sıralanan

Yemek saati ve süresi	Açlık derecesi	Aktivite ve postür	Nerede ve kimlerle	Ruh hali	Besin adı	Miktarı
8:30 15 dk	Çok aç	Uzanarak TV izlerken	Evde, aile ile	Telaşlı	Peynir Ekmek Tereyağ	2 KK 1/2 adet 2 TK
12:30 10 dk	.....	.....	.....	.....	.....	.....
15:30.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
19:00..........	...............	...............	...............	...............	...............	...............

Şekil 1. Kendi kendini gözlemlene kayıt formu (günlük) örneği.

bu davranışlar teker teker ele alınarak, bu davranışın bırakılması, yerine doğru davranışın konması veya olmayan ama olması gereken davranışın kazanılması için çalışılır (7,23). Tedaviye başlarken birey nereden başlayacağına (hangi hatalı davranışını düzelterek) kendisi karar vermelidir. Başlangıç basit olmalı ve adım adım başlanmalıdır. Aynı zamanda birçok davranışta yapılan değişiklikler asla başarıyı sağlayamaz. Pratik olarak istenen davranış; yararlı ve kendiliğinden gelişene kadar uygulamaya devam edilmelidir (1). Ayrıca her görüşmenin sonunda, açıkça belirlenmiş ev ödevleri verilerek, bir sonraki görüşmede bunların ne ölçüde yapıldığının izlenmesi gerekir. Bu arada yeme davranışını sürdüren durumlarla ilgili alternatif çözümlerin üretildiği çözüm stratejilerinin tartışılması da gerekmektedir (28). Tablo 1'de obeziteye neden olabilecek hatalı yeme davranışlarına örnekler verilmiştir.

Tablo 1. Obeziteye neden olabilen hatalı davranışlardan bazıları

- Çok fazla yemek,
- Hızlı yemek, büyük lokmalar almak, az çiğnemek, çatalı-kaşığı elinden hiç bırakmamak,
- Öğün atlamak, öğün aralarında sürekli bir şeyler atıştırmak,
- Yemek yerken başka aktivitelerle uğraşmak (sohbet etmek, TV seyretmek, okumak vb),
- Sıkıntılı veya stresli durumlarda aşırı yemek,
- Ziyaret ve davetlere sık sık katılmak ve ikramları reddedememek,
- Akşam yemeğinden sonra yatıncaya kadar sürekli yemek,
- Su içmemek veya az içmek,
- Özellikle çalışan kişilerde, akşam eve geldikten sonra yemek zamanına kadar atıştırmak ve sonra tekrar yemek yemek.

Kayıt tutma işleminin yanı sıra kişiye, tedavi sırasında başarması gereken bireysel hedefler seçilir.

Bunlar; haftalık, aylık ve toplam tedavi süresine göre belirlenmiş ağırlık kaybı, önerilen davranışlara sahip olabilmek süresi vb. hedefler olabilir. Hedeflerin bireyler tarafından ulaşılabilir nitelikte olması önemlidir. Çünkü obez bireylerin pek çoğunun olmak istedikleri vücut ağırlıkları ulaşılmaz hedeflerden oluşmaktadır. Bu nedenle birçok obezin zayıflamaya yönelik çabaları boşa çıkmaktadır. Yapılan çalışmalarda da gösterildiği gibi, ağırlık kaybı tedavisinde uzun sürede sağlanan orta dereceli ağırlık kayıpları daha fazla korunabilmektedir. Aynı zamanda obezitenin komplikasyonlarının azaltılmasında ve hastaların psikolojik durumlarının düzeltilmesinde de daha olumlu etki sağlamaktadır (11,29).

Uyaran Kontrolü (Stimulus Control)

Aşırı yemek yemeye neden olabilecek herhangi bir uyaran duyguların yoğunlaşmasına neden olarak açlık için yanlış bir sinyal oluşturmaktadır. Kişi uyarıların çeşitliliğine bir yanıt olarak yemekte, çünkü besinler güzel tadı ve yatıştırıcı etkileriyle bireyleri bir bakıma ödüllendirmektedir. Aynı zamanda bu yanıt hem lezzetli besinlere karşı iştahın artışı ile, hem de aktivitenin azalması ile kendini göstermektedir. Bu nedenle içsel ve dışsal uyarıların bilinçli bir şekilde kontrol altına alınması tedavide başarı oranını arttıracığından uyaran kontrolü tedavi programında önemli yer tutmaktadır (1,14).

Yemekten önce gelen uyarının kontrol edilmesi, hatalı yeme davranışlarını düzeltmede büyük kolaylık sağlar. Sonuçta bu yolla kişilerin yemek yeme ile ilgili dış uyarılara maruz kalmalarını önlemek

veya azaltmak, uygun yemek yeme davranışı için uyaranları arttırmak amacıyla çeşitli yol ve yöntemler uygulanır. Temel yaklaşım, sorun olan yeme davranışına yol açan olaylar zincirini tanımlama ve zincirin erken aşamalarında müdahale için stratejiler geliştirmeyi içerir. Örneğin; özendirici besinler olduğunda yemekten sakınmaya çalışmak yerine bu besinlerin bulunma şansını azaltmak gibi (18). Farklı durumlara yönelik spesifik ve bireye özel öneriler geliştirilebilir (8,14,28,30). Bunlardan bazıları Tablo 2'de gösterilmiştir (17,18,22,28,31). Tüm öneriler, bireysel farklılıklar göz önünde bulundularak, bireylerin vazgeçemedikleri alışkanlıkları ve uymak zorunda oldukları çevresel etmenlere göre diyetisyenin kontrolünde kişiye özel olarak uyarlanabilir.

Alternatif Davranış Geliştirme (Alternative Behavior Development)

Davranış değişikliği tedavisinde yer alan birey kendisinin yapmaktan hoşlanacağı aktivitelerin listesini çıkarmalıdır. Bu listede yer alan aktiviteleri özellikle ara öğünlerde ve diğer atıştırma isteğinin duyulduğu dönemlerde yapmak, hem yeme kontrolünün daha rahat sürdürülmesi, hem de yemek yemeyle ilgili düşüncelerin uzaklaştırılmasını kolaylaştırılabilir (28). Fazla yemek ve atıştırmak yerine geçebilecek aktivite örnekleri; spor yapmak (egzersiz, yüzme, masa tenisi vb.), yürüyüşe çıkmak, bahçe veya ev bitkileri ile uğraşmak, kitap, dergi, gazete vb. okumak, müzik dinlemek, telefon konuşması yapmak, hobi ile uğraşmak (el işi, ev işi vb), dış almak, sinema, tiyatro gibi sosyal etkinliklerde bulunmak, günlük tutmak, duygu ve düşünceleri yazıya aktarmak vb şeklinde sıralanabilir.

Pekiştirme-Kendi Kendini Ödüllendirme (Self reward) (Contingency management)

Bu yöntem ağırlık kaybı ve korunmasına yönelik uygun davranışları ödüllendirerek pekiştirmeyi kapsar. Pekiştirme, zayıflamak için gerekli davranış değişikliğinin sürdürülmesinde yardımcı olur ve kişinin yemek dışındaki faaliyetlerden zevk almasına olanak tanır. Bunun için kişi ile diyetisyeni arasında sözleşmeler yapılabilir. Bu sözleşmeler kısa süreli olmalı ve kilo kaybının kendisinden çok; kilo kaybına yol açan uygun davranışlara yönelik olmalıdır. Başlangıçta yeme alışkanlığında ve egzersize yönelik değişikliklere kişi direnç gösterebilir. Böyle durumlarda kişinin yaşam tarzındaki bu

Tablo 2. Uyarın kontrolü aşamasında uyulması gereken öneriler

Alışverişe yönelik öneriler;

- Yiyecek alışverişini tok karnına yapmak, yenmemesi/ az yemesi gereken besinleri satın almamak
- Alışverişe liste hazırlayıp çıkmak
- Yanına yapılan listeye yetecek kadar para almak
- Yenmeye hazır besinleri satın almamak
- Satın alırken aynı gruptaki besinlerin enerjisi düşük olanını seçmek (örnek: yağlı peynir yerine yağsız peynir almak gibi)
- Televizyon programlarında veya reklamlarda yiyeceklerle ilgili olanları seyretmemek

Planlı olmaya yönelik öneriler;

- Besin tüketimini sınırlamak için ne yiyeceğini önceden planlamak
- Boş zamanlarda yiyecek atıştırmak yerine egzersiz yapmak. Ev veya iş yerinde egzersiz için belirli bir alan ayırmak
- Sabah kalkınca, her öğün öncesi, sırası ve sonrasında 1 bardak ılık su içmek
- Önerilen yiyecekleri planlanan zamanlarda yemek (5-6 öğün şeklinde). Öğün atlamamak
- İkramları kabul etmemek, bunu kabalık olarak nitelendirmemek. Çevredeki insanlara yemek için ısrar etmeleri yerine, yemek için teşvik etmelerinin daha iyi olacağını anlatmak
- Düzenli dışkılama alışkanlığı edinmek (her gün, sabah kalkınca)
- Her hafta, sabah aç karnına, aynı kıyafetlerle tartılmak ve ağırlığı kaydetmek

Yemekle ilgili aktivitelere yönelik öneriler;

- Göz önünde yiyecek bulundurmamak
- Mutfağa fazla zaman ayırmamak. En kısa sürede işi bitirip, uzaklaşmak
- Yenilmemesi gereken besinleri evde bulundurmamak,
- Yemekte küçük, salatada büyük tabak kullanmak. Servis kepçesinin küçük olmasına dikkat etmek
- Yemeğin servis kabını masaya koymamak
- Yemek biter bitmez masadan kalkmak
- Tabakta yemek bırakmaktan çekinmemek, kalanı ara öğünde yemek
- Mümkün olduğunca iyi çiğnemek ve yavaş yiyerek lokmaların tadına varmak
- Lokmalar arasında çatalı kaşığı elinden bırakmak
- Yemek yerken başka aktiviteler (TV seyretmek, okumak gibi) yapmamak
- Akşam yemeğinden sonra (saat 20.00-21.00'dan sonra) yememek (şekersiz çay, ıhlamur vb. içilebilir)
- Doyulmazsa tekrar alma şansı olduğunu düşünerek tabağa mümkün olduğu kadar az yemek koymak, bir miktar yedikten sonra bir süre bekleyip tokluk hissini geldiğini görmek
- Yemeğe yönlendiren riskli durumları tespit etmek ve bu durumlardan uzak kalmaya çalışmak.
- Alkol, zengin soslar ve süslemelerden kaçınmak

Özel günlere yönelik öneriler;

- Kalorisiz veya düşük kalorili içecekleri tercih etmek,
- Her koşulda diyet listesine uygun besinleri seçmeye özen göstermek
- Çok aç olduğunda düşük enerjili besin (salata, meyve, ayran, çorba gibi) yemek
- Kendini besin tekliflerini reddetmeye hazırlamak, aksilikler karşısında cesareti kırmamak. Eğer fazla yenirse sonraki öğünü sadece salata ve biraz peynirle geçiştirmek.

Diğer öneriler;

- Aktiviteyi arttırmak. Kısa mesafelerde taşıt kullanmamak, asansöre binmemek. hızlı tempoyla yürümek, ev işlerini kendi kendine yapmaya çalışmak
- Kapının önünde spor ayakkabılarını hazır bulundurmak
- Aktif ve hareketli kişilerle birlikte olmaya özen göstermek
- Çevredeki kişileri de "yeterli ve dengeli beslenme" konusunda teşvik etmek
- Yemek pişirirken düşük enerjili yemekler pişirmeye gayret etmek (etli yemeklere yağ koymamak, yemeklerdeki yağ miktarını azaltmak, kızartma yerine haşlama, ızgara veya fırında pişirmek vb)
- Bir diyet programı uygulamanın, avantaj ve dezavantajlarını karşılaştırmak
- Açlık halinde yemek yeme ile, oburca yemeyi birbirinden ayırmak
- Kilo verme konusunda kendisine güvenmek, sabırlı olmak, sıkıntıları yiyerek gidermek yerine başka faaliyetlerde bulunmak (her gün kitap okumaya vakit ayırmak gibi).

değişikliklere kolay uyum sağlaması için "ödül"e gereksinim duyulabilir. Verilecek ödül kişisel olmalı ve kişiye zevk vermelidir. Yemek yeme faaliyeti yerine geçebilecek aktiviteler de aynı zamanda ödül olarak değerlendirilebilir (8). Bazı araştırmacılar tedavi süresince bireylere ayda 1 gün "serbest beslenme günü" vererek hem bireyi ödüllendirmeyi, hem de motivasyonu arttırmayı amaçlamaktadırlar. Bu "serbest beslenme günü" nde bireyler gün boyunca özledikleri-çok arzu ettikleri besinleri yiyip içerek, ertesi gün programa dönüş yaparlar (32). Ancak, bazı bireylerde serbest beslenme gününden sonra programa dönüş güç olabilir. Bu nedenle serbest beslenme gününün uygulanıp uygulanmayacağı, bireyin yapısına göre karar verilmelidir.

Kognitif Yapılanma ve Sosyal Destek (Cognitive Behavior Modification)

Obez bireyler kendileri ve kendi bedenleri hakkında olumsuz inançlar taşırlar. Bu olumsuz inançlar zayıflamak için önceki veya şu andaki gösterdikleri çabalara da yönelik olabilir. Kognitif modellerle tedavinin başarı oranını arttırmak için bu inançlar değiştirilmeye çalışılır. Aynada kendini gördüğünde veya aşırı yemek yediğinde, kendini "her şeyde başarısız biri" olarak farz eden kişinin aynı zamanda zayıflama çabalarını başarıyla sürdürme olasılığı da çok düşüktür (27). Ancak bir psikolog tarafından gerçekleştirilebilecek kognitif stratejiler; kognitif yapılanma, kendi kendini eğitme, mantıksal duygu terapilerini içerir. Bu tip stratejiler kişilerin davranışlarını ve duygularını, düşüncelerini iyileştirme ve geliştirmede oldukça etkindirler. Kognitif yapılanma, bireylere kendi davranışları ve oluşturduğu koşullar konusunda olumlu düşünmeye imkan tanımak ve motivasyonu sürdürmek için uygun tutumların gelişmesini sağlar (7,9).

Birçok obez birey için aile üyelerinin desteğini arttırmak ve yine aile üyelerinden gelen bilinçli veya bilinç dışı olumsuz etkileri azaltmak zayıflama tedavisi programının başarısında önemli bir faktördür. Eş veya arkadaşların aktif desteğinin sağlanması kesinlikle olumlu etki göstermektedir. Eşli terapi uygulanan davranış değişikliği tedavi programlarında ağırlık kayıpları kontrol gruplarına göre 3 kat fazla ve kaybedilen ağırlığı koruma süresi ise 6 ay daha uzun bulunmuştur. Ancak programa dahil olan eşlerin bunu gerçekten isteyerek yapmaları ve tedavi programına sürekli katılmaları halinde gerçek anlamda katkı sağlanabilir, aksi halde bu birliktelik

yarardan çok zarar getirebilir (2). Rosenthal ve ark. (33), davranış değişikliği tedavisine katılan bireyleri eşleriyle beraber katılan, eşleriyle beraber katılmayan ve kısmen eşleriyle katılanlar olmak üzere 3 gruba ayırmışlardır. Çalışmaya kısmen ve tamamen eşleriyle birlikte katılan kadınlarda ağırlık kaybı, eşiyile katılmayan gruba göre daha yüksek bulunmuştur.

Bir başka çalışmada, obez çocukları olan 24 aileye davranışsal uygulamalar yapılmış ve aileleri ile birlikte katılan obez çocukların duygusal durumları ve yeme bozukluklarının pozitif yönde değiştiği belirtilmiştir (34). Benzeri bir çalışmada, yaşları ortalama 14 yıl, 95.0 kg ve 163.2 cm olan 36 kadın adolesanda davranışsal ağırlık kontrol programının etkinliği incelenmiştir. Tüm bireyler 16 haftalık aynı programa katılmışlar fakat farklı düzeylerde aile katılımları olmuştur. Birinci grupta aile katılımı olmaksızın sadece çocuk, 2. grupta anne ve çocuk bir arada, 3. grupta ise anne ve çocuk ayrı ayrı olarak oturumlara katılmışlardır. Ağırlık kaybı ise 1. grupta 1.6 kg, 2. grupta 3.7 kg ve 3. grupta 3.1 kg kadardır. Bu sonuçlar istatistiksel olarak farklı bulunmamıştır fakat; annelerle birlikte yapılan uygulamada çocuklar daha fazla ağırlık kaybetmişler ve psikolojik durumlarında önemli düzelmeler olduğu belirlenmiştir (35). Bu sonuçlar benzeri bir çalışma ile de desteklenmektedir (36).

Davranış değişikliği tedavisi bireysel veya grup toplantıları şeklinde yapılabilir. Grup tedavisi ile ağırlık kaybeden bireylerin bu kayıplarını, bireysel olarak tedavi gören obezlere göre sürdürmede daha başarılı oldukları bilinmektedir. Bireyler arasında sosyal bağlar gelişmekte, hayal kırıklığına uğranılan dönemlerde birbirlerine destek olmakta ve diğerlerinden öğrenilen bazı taktikler bireysel olarak kazanılan avantajlardan daha üstün gelmektedir (2, 16). Ancak grup tedavisi her zaman olumlu etkiler oluşturmayabilir. Çünkü katılan kişilerden biri veya birkaçı olumsuz etki göstererek, diğer grup üyelerini de olumsuz yönde etkileyebilir. Bu nedenle grup tedavilerine alınacak bireylerin aşırı depresif, psikoz veya karakter sorunları olmamasına dikkat edilmelidir. Aynı şekilde çalışan bireyler için iş yerlerinde de grup tedavileri bireylerin birbirlerine destek olmaları açısından olumlu bulunmaktadır (2).

Yüksek kalorili besinlerin hazırlanması konusundaki ısrar ve obez bireyin çabalarının alay konusu olması, davranış değişikliği tedavisinin sürdürülme

şansını azaltır. Obez kişiler uygun kişilerden destek almayı ve zayıflama çabalarını tehdit eden sosyal faktörlerle mücadele etmeyi öğrenmek zorundadırlar (8). Bu amaçla kurulan destek grupları (Weight Watchers vb) kilo vermeye çalışan obez bireyler için ve verdiği kiloyu korumaya çalışanlar için çok önemlidir. Bu gruplar, kişilere benzer problemleri birlikte göğüsleyerek ağırlık kaybı programını başarıyla sürdürmenin yollarını öğretmeyi amaçlar (37).

Obezitede Kombine Tedavi Uygulamaları

Obezitenin tedavisinde; diyet tedavisi ve egzersiz davranış değişikliği tedavisi ile birlikte kullanıldığı kombine tedaviler, hem ağırlık kaybını sağlamada hem de kaybedilen ağırlığın korunmasında büyük başarı sağlamaktadır (8,30,38,39-41). Tedavi yöntemlerinin karşılaştırıldığı bir yayında, tek başına ÇDKD ile ağırlık kaybı ilk 6-10 ay süresince sağlanmış, ÇDKD'e davranışsal yöntemlerin ilavesiyle bu süre 1-2 yıla çıkmış; düzenli egzersizlerin varlığında ise 1-6 yıl süreyle ağırlık kayıpları korunabilmiştir (40).

ÇDKD ile davranış değişikliği tedavisini karşılaştıran bir çalışmada, ağırlık ortalaması 106 kg olan 76 obez kadın rasgele olarak 3 gruba ayrılmışlardır. I. grupta ÇDKD, II. grupta sadece davranış terapisi, III. grupta ise ÇDKD ve davranış terapisi kombinasyonu uygulanmıştır. Tedavi sonundaki ağırlık kaybı sırasıyla 13.1 kg, 13 kg ve 16.8 kg olarak bulunmuştur. Kombine tedavideki ağırlık kaybı diğer grupların ağırlık kaybına göre istatistiksel olarak önemli bulunmuştur. Bir yıllık takip sonunda ki ağırlık kayıpları ise sırasıyla 1.7 kg, 6.6 kg ve 10.6 kg olarak saptanmıştır. Ağırlık kaybı tedavisinin sonunda ÇDKD tedavisinde bireylerin %5'i, davranış terapisine katılan bireylerin %36'sı ve kombine tedaviye katılan bireylerin ise %32'si ağırlıklarını korumuşlardır. Davranış tedavisi ve kombine tedavi gruplarındaki başarı (ağırlığın korunması) sadece ÇDKD alan gruba göre daha anlamlı bulunmuştur. (42).

Tek başına diyet tedavisi ile, diyet tedavisi ve davranış değişikliği tedavisinin birlikte uygulanmasının obez kadınlarda, toplam 18 aylık dönem sonundaki ağırlık kaybı üzerine etkileri incelenmiştir. Bireyler 2 gruba ayrılarak birine sadece diyet tedavisi (diyet grubu), diğerine ise diyet tedavisinin yanı sıra davranış değişikliği tedavisi (davranış grubu) uygulanmıştır. Diyet grubu aylık görüşmelerle

antropometrik ve vücut bileşenleri ölçümü alınarak 18 ay takip edilmişlerdir. Davranış grubuna ise ilk ay her hafta, sonraki 5 ay 15 günde bir olmak üzere 6 ay süresince davranış değişikliği tedavisi uygulanmış, sonraki 12 aylık sürede ise aylık görüşmelerle antropometrik ve vücut bileşenleri ölçümü alınarak takip edilmişlerdir. Araştırmanın sonunda davranış grubunun başlangıca göre ağırlık kaybı oranı %10.4 iken; diyet grubunda %4.5 olarak belirlenmiştir ($p<0.005$). Onsekizinci ay sonunda bireylerin ağırlık durumları incelendiğinde; davranış grubundaki bireyler, kaybedilen ağırlığın %81.6'sını, diyet grubundakiler ise %45.3'ünü koruyabilmişlerdir. Diyet tedavisine ek olarak uygulanan davranış değişikliği tedavisinin, obez bireylerin ağırlık kaybı ve korunmasında başarı oranını arttırdığı belirlenmiştir (13).

ÇDKD ve davranış değişikliği tedavisinin birlikte kullanıldığı, ağırlık kaybı programına devam eden 118 bireyin (ortalama BKİ: 41.1 kg/m²) 3.3 yıl takip edildiği bir çalışmada, bireyler grup içerisinde 8 hafta süreyle her hafta 75 dakikalık davranış modifikasyonuna tabii tutulmuşlardır. Tedavi programı süresince bireyler günlük beslenme ve egzersiz kayıtlarını tutmuşlar ve düzenli egzersiz programına girmişlerdir. Ağırlık kaybı programı tamamlandıktan sonra bireyler 3.3 yıl süreyle telefonla takip edilmişlerdir. Takip döneminde; ağırlıkları, duygusal durumları, egzersiz ve yemek yeme alışkanlıkları ile öğrenilen davranışsal değişiklikleri kullanabilme durumları soruşturulmuştur. Çalışmanın sonunda bireylerin ağırlık kaybı 31.3 kg, takip dönemindeki yeniden ağırlık kazanımı ortalaması ise 17.8 kg dır. Yani bireylerin %60.9-68.6 sı verilen ağırlığı yeniden kazanmışlardır. Düzenli egzersiz yapanların %50'si verilen ağırlıkları geri alırken, hiç egzersiz yapmayanlarda bu oran %75.7 olarak bulunmuştur. Sonuç olarak; kaybedilen ağırlığın, daha fazla egzersiz, daha az yağlı besin tüketme, davranış terapisinden daha fazla yararlanma ile korunabileceği saptanmıştır (38).

Bir başka çalışmada, 43'ü kadın, 7'si erkek olmak üzere toplam 50 birey rasgele 3 gruba ayrılmışlardır. I. grupta 400-500 kkal/gün içeren ÇDKD 2 ay süreyle uygulanmış, daha sonra 1200 kkal/gün diyetlerle 6 ay devam edilmiştir. II. grupta sadece davranış terapisi, III. grupta ise ÇDKD ve davranış terapisi kombinasyonu ile 6 ay boyunca haftalık olarak tedavi edilmişlerdir. Bireyler 3 yıllık takip süresince telefon görüşmeleri ile izlenmişlerdir.

Ağırlık kaybı ortalaması I. grupta 14.09 kg, II. grupta 14.26 kg, III. grupta ise 19.25 kg olarak saptanmıştır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur. III. grupta 1 yıl sonra ağırlık kazanımı değerlendirildiğinde, bireylerin kaybettikleri ağırlığın sadece 1/3'ünü geri aldıkları; I. grupta ise bu oranın 2/4 olduğu bulunmuştur. Buna göre davranış değişikliği tedavisinin kaybedilen ağırlığın geri kazanımını önemli ölçüde azalttığı belirlenmiştir. Aynı zamanda davranış terapisi alan grupların tedavi sonunda ve takip döneminde depresyon oranında önemli azalmalar kaydedilmiştir. Üç yıllık takip sonunda tüm gruplardaki bireylerin kaybettikleri ağırlıkların %75-85'ini geri aldıkları belirlense de; ağırlık kayıplarının uzun süre korunmasında, uygulanan tedaviye ek olarak mutlaka davranış değişikliği tedavisinin gerektiği vurgulanmıştır (43).

Düşük kalorili diyet ve davranış değişikliği tedavisinin birlikte uygulandığı bir çalışmada, BKİ: 27-37 kg/m² arasında değişen 8 kişi toplam 2 yıl süreyle takip edilmişlerdir. Bireylere haftada 1 kg zayıflama sağlayacak şekilde, 800-1500 kkal/gün içeren diyetler önerilmiştir. Obezitenin nedenleri, tedavisi, sağlıklı beslenme kuralları, egzersizin önemi ve zayıflama diyetlerine ilişkin bilgiler verilerek, yemek pişirme kuralları, özellikle yağ kullanımı, ev dışındaki beslenme düzeni, yaşam şekli vb. konularda davranış değişikliği uygulanmıştır. Aynı zamanda bireylerden yenilen besinler ve fiziksel aktiviteleri ile ilgili günlük tutmaları istenmiştir. Birinci yılın ilk ayında haftalık, daha sonraki dönemlerde aylık görüşmelerle bireyler tekrar motive edilmiştir. İkinci yıldaki görüşmeler daha seyrek periyodlarla (15., 18. ve 24. aylarda) yapılmıştır. İlk yılın sonunda bireylerden biri hariç diğerlerinin BKİ: 20-25 kg/m² sınırları arasında bulunmuştur. Bireylerin zayıflama hızlarının başlangıçta yüksek, sonraki dönemlerde düşük olduğu; buna göre ağırlık kaybı 1. haftanın sonunda 3.4 kg, 1. ayın sonunda 6.4 kg, 6. ayın sonunda 18.7 kg ve 1. yılın sonunda ise 21.9 kg olarak belirlenmiştir. Çalışmaya katılan bireyler, hedefledikleri ağırlıklara değişik zamanlarda erişmişler ve bundan sonraki "koruma dönemi" nde 1800-2500 kkal/gün beslenme düzeni ile yeniden kilo almaları engellenmiştir. Sonuç olarak ikinci yılın sonunda ki ortalama BKİ: 25 kg/m² değerleri ile daha aktif ve mutlu oldukları belirlenmiştir (21).

Obez bireylerde tedavi sonrasında ağırlık kayıplarını korumak oldukça zordur. Davranış modifi-

kasyonunda, bireyin yaşam şeklinin bir parçası haline gelmesinde, ağırlık kaybı ve korunması sırasında "kararlı" ve "inatçı" bir tavra gereksinim duyulmaktadır (9). Bu nedenle kazanılan olumlu davranışlar sürekli bir yaşam tarzı haline getirilip, ağırlık kaybının korunması sağlanabilir (1). Aynı zamanda obezite tedavisi multidisipliner bir yaklaşım gerektirir. Tedavide en az, hasta, doktor-psikolog ve diyetisyenin olduğu bir ekip bulunmalıdır. Başarıyı arttırmak için, fizyoterapistler de ekibe dahil edilmelidirler. Aynı zamanda tedavi grubuna katılan diğer bireyler, bireyin aile ve arkadaş çevresi de tedavi ekibinin bir parçasını oluşturabilmektedir (16,21,30,44).

Sonuç olarak, diyet ve egzersizin yanı sıra uygulanan davranış değişikliği tedavisinin, obez bireylerde istenen ağırlık kaybını sağlamaya ve kaybedilen ağırlığı korumaya yönelik başarı oranını arttırdığı görülmektedir.

Kaynaklar

1. Whitney EN, Cataldo CB, Rolfes SR. Energy Balance and Weight Control. Understanding Normal and Clinical Nutrition 4.th ed, West Publishing Company, Newyork. 243, 1994.
2. Brownell KD. The Psychology and Physiology of Obesity: Implications for Screening and Treatment. *JADA* **84**(4): 406, 1984.
3. Cooper Z, Fairburn CG. A new Cognitive Behavioural Approach to the Treatment of Obesity. *Behav Res Ther* **39**(5): 499, 2001.
4. Wadden TA, Fosler GD. Behavioural Treatment of Obesity. *Med Clin North Am* **84**(2):441, 2000.
5. Miller WC. Effective Diet and Exercise Treatments for Overweight and Recommendations for Intervention. *Sports Med* **31**(10): 717, 2001.
6. Brownell KD. Obesity: Understanding and Treating a Serious, Prevalent and Refractory Disorder. *J Consult Clin Psychol* **50**(6): 820, 1982.
7. Cowburn G, Hillsdon M, Hankey CR. Obesity Management by Life-Style Strategies. *British Med Bull* **53**(2): 389, 1997.
8. Foreyt JP, Goodrick GK. Evidence for Success of Behavior Modification in Weight Loss and Control. *Ann Intern Med* **119**: 698, 1993.
9. Blundell JE. Behaviour Modification and Exercise in the Treatment of Obesity. *Postgrad Med J* **60** (Suppl. 3): 37 1984.
10. Fairburn CG, Cooper Z. New Perspectives on Dietary and Behavioural Treatments for Obesity. *Int J Obesity* **20** (Suppl. 1): S9, 1996.
11. Sarver DB, Wadden TA, The Treatment of Obesity: What's New, What's Recommended. *J Womens Health Genc Based Med* **8**(4): 483, 1999.

12. Plourde G. Treating Obesity. Lost Cause or New Opportunity? *Can Fam Physician* **46**: 1806, 2000.
13. Erge Açık S. Diyet Tedavisi İle Birlikte Uygulanan Davranış Değişikliği Tedavisinin Şişman Kadınların Ağırlık Kaybı ve Korunması Üzerine Etkileri. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, Ankara, 2000.
14. Stunkard A. New Treatment for Obesity: Behavior Modification In: Bray G A, Bethune JE (eds), Treatment and Management of Obesity, Harper Row Publishers Inc. Maryland, 103, 1974.
15. Bennett GA. Behaviour Therapy for Obesity: a Quantitative Review of the Effects of Selected Treatment Characteristics on Outcome. *Behaviour Therapy* **17**: 554, 1986.
16. Wardle J. Obesity and Behaviour Change: Matching Problems to Practice. *Int J Obesity* **20** (Suppl. 1): 1, 1996.
17. Mahan LK, Arlin M. Weight Management. Food, Nutrition and Diet Therapy. 8. Edition. WB Saunders Company. Philadelphia, 315, 1992.
18. Wardle J, Rapoport L. Cognitive-Behavioural Treatment of Obesity, In: Kopelman PG, Stock MJ (eds) Clinical Obesity. Blackwell Science Ltd, Oxford, 409, 1998.
19. Liao KL. Cognitive-behavioural Approaches and Weight Management: an Overview. *JR Soc Health* **120**(1): 27, 2000.
20. Poston WS, Foreyt JP. Successful Management of the Obese Patient. *Am Fam Physician* **62**(9): 1967, 2000.
21. Garibağaoğlu M, İşsever H, Alphan E, Sabuncu HH. Obesitenin Tedavisinde Düşük Kalorili Diyet ve Davranış Değişikliği Programının Birlikte Uygulanması. *Klinik Gelişim* **8**: 3897, 1995.
22. Stunkard A J. Conservative Treatment for Obesity. *Am J Clin Nutr* **45**: 1142, 1987.
23. Merdol Kutluay T. Beslenme Eğitimi, Diyet El Kitabı Baysal A. ve ark. (ed). 3. baskı. Hatiboğlu Yayınevi. Ankara, 383, 1999.
24. Perri MG, Nezu AM, McKelvey WF, et al. Relapse Prevention Training and Problem-solving Therapy in the Long-term Management of Obesity. *J Consult Clin Psychol* **69**(4): 722, 2001.
25. Harvey-Berino J, Pintauro SJ, Gold EC. The Feasibility of Using Internet Support for the Maintenance of Weight Loss. *Behav Modif* **26**(1): 103, 2002.
26. Savaşır İ. Bilişsel-Davranışçı Görüşme ve Değerlendirme Süreçleri. Bilişsel Davranışçı Terapiler, Savaşır İ, Boyacıoğlu G, Kabakçı E (ed), Türk Psikoloji Derneği Yayınları No: 7, Özyurt Matbaacılık, Ankara, 1, 1996.
27. Bayraktar E. Obesitenin Psikolojik Yönleri. Obesite Yılmaz C (ed). Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. İstanbul. 107, 1995.
28. Boyacıoğlu G. Yeme Bozukluklarında Bilişsel Davranışçı Tedaviler. Bilişsel Davranışçı Terapiler, Savaşır İ, Boyacıoğlu G, Kabakçı E (ed), Türk Psikoloji Derneği Yayınları No: 7, Özyurt Matbaacılık, Ankara, 104, 1996.
29. Westenhoefer J. The Therapeutic Challenge: Behavioral Changes for Long-term Weight Maintenance. *Int J Obes Relat Metab Disord* **25** (suppl): S85, 2001.
30. Vinik A, Wing RR. Nutritional Management of the Person With Diabetes, In: Rifkin H, Porte D (Eds) Diabetes Mellitus Theory and Practice. 4th Edition. Elsevier Science Publishing Co. New York, 464, 1990.
31. Baysal A. Beden Ağırlığının Denetimi. Diyet El Kitabı Baysal A. ve ark. (ed). 3. baskı. Hatiboğlu Yayınevi. Ankara, 39, 1999.
32. Kabalak T. Obesitenin Diyetle Tedavisi. Obesite Yılmaz C (ed). Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. İstanbul. 141, 1995.
33. Rosenthal B, Allen G, Winter C. Husband Involvement in the Behavioral Treatment of Overweight Women: Initial Effects and Long Term Follow-up. *Int J Obesity* **4**: 165, 1980.
34. Levine MD, Ringham RM, Kalarchian MA, et al. Is Family-based Behavioural Weight Control Appropriate for Severe Pediatric Obesity? *Int J Eat Disord* **30**(3): 318 2001.
35. Wadden T A, Stunkard A J, Rich L, et al. Obesity in Black Adolescent Girls: A Controlled Clinical Trial of Treatment by Diet, Behavior Modification and Parental Support. *Pediatrics* **85**(3): 345, 1990.
36. Epstein L H. Family-Based Behavioural Intervention for Obese Children. *Int J Obesity* **20**(Suppl. 1): S14, 1996.
37. Kutluay Merdol T. Şişmanların Diyet Uygulamadaki Başarı Oranları ve Şişmanlara Yardım Dernekleri. Şişmanlık Çeşitli Hastalıklarla Etkileşimi ve Diyet Tedavisinde Bilimsel Uygulamalar Arslan P (ed). Türkiye Diyetisyenler Derneği Yayını: 4. Hizmet İçi Eğitim Semineri, 4-5 Haziran, Ankara, 113, 1992.
38. Holden JH, Darga LL, Olson SM, et al. Long-Term Follow-up of Patients Attending a Combination Very-Low Calorie Diet and Behaviour Therapy Weight Loss Programme. *Int J Obesity* **16**: 605, 1992.
39. Wadden TA. Treatment of Obesity by Moderate and Severe Caloric Restriction. *Ann Intern Med* **119**: 688, 1993.
40. Safer DL. Diet, Behavior Modification, and Exercise: A Review of Obesity Treatments from a Long-Term Perspective. *South Med J* **84**(12): 1470, 1991.
41. Hyman FN, Sempes E, Saltsman J, Glinsman WH. Evidence for Success of Caloric Restriction in Weight Loss and Control. *Ann Intern Med* **119**: 681, 1993.
42. Wadden TA, Sternberg JA, Letizia KA, et al. Treatment of Obesity by Very Low Calorie Diet, Behavior Therapy, and Their Combination: a Five-Year Perspective. *Int J Obesity* **13**(Suppl. 2): 39, 1989.
43. Wadden TA, Stunkard AJ. Three-Year Follow-Up of the Treatment of Obesity by Very Low Calorie Diet, Behavior Therapy, and Their Combination. *J Consult Clin Psychol* **56**(6): 925, 1988.
44. Bozkurt N. Şişmanlık ve Diyet Tedavisi, III. Uluslar arası Beslenme ve Diyetetik Kongresi, 12-15 Nisan, Kongre Bildirileri, 126, Ankara, 2000.