

Obezitede Güçlendirme ve Hemşirelik Yaklaşımları

Empowerment in Obesity and Nursing Approaches: Review

Özden DEDELİ,^a
Çiçek FADİLOĞLU^b

^aİç Hastalıkları Hemşireliği AD,
Celal Bayar Üniversitesi
Manisa Sağlık Yüksekokulu, Manisa
^bİç Hastalıkları Hemşireliği AD,
Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu,
İzmir

Geliş Tarihi/Received: 05.03.2011
Kabul Tarihi/Accepted: 13.01.2012

Yazışma Adresi/Correspondence:
Özden DEDELİ
Celal Bayar Üniversitesi
Manisa Sağlık Yüksekokulu,
İç Hastalıkları Hemşireliği AD, Manisa,
TÜRKİYE/TURKEY
ozdendedeli@yahoo.co.uk

ÖZET Obezite ülkemizde ve tüm dünyada önemli bir sağlık sorunudur. Diyet ve yaşam tarzı, obezite gelişimi ve kontrolünde önemli bir rol oynamaktadır. Bu nedenle obez bireylere yönelik girişimlerde davranış değişikliği ve motivasyon gerekmektedir. Bu süreçte gerekli olan önemli faktörlerden biri de güçlendirmedir. Güçlendirme, disiplinler tarafından farklı şekillerde tanımlansa da hepsinin anlamı benzerdir. Güçlendirme son zamanlarda sağlık biliminde ortaya çıkmış bir kavramdır. Her bireyin kendi sağlığı konusunda kendi seçimlerini yapma hakkına sahip olduğunu savunmaktadır. Güçlendirme modeli insanların gerçekten sağlıklı olmaları için yalnızca sosyal ortamlarındaki bireysel davranışlarını değil aynı zamanda yaşamlarını etkileyen çevresel değişiklikleri de meydana getirmeleri varsayımına dayanmaktadır. Güçlendirme modelinin kavramsal yapısını öz-farkındalık, potansiyel sağlanması ve sonuca yönelik uygulamalar oluşturmaktadır. Bu makalede güçlendirme, hemşire-hasta veya hemşire-multidisipliner ekip iş birliği yoluyla davranışların değiştirilmesine yardımcı olan veya destekleyen interaktif bir süreç olarak tanımlanmaktadır. Hemşire/hasta güçlendirilmesinin birleştirildiği bu model hemşirelik girişimleri ve uygulama alanlarının kalitesini arttırmak için bir rehber olarak kullanıldığında, hemşireler ve hastalar için olumlu sonuçlar sağlamaktadır. Bu makalenin amacı, literatür doğrultusunda, kavramın bilimsel yönlerinin tanımlanması, yapılmış çalışmaların metodolojik olarak incelenmesi ve güçlendirmeye yönelik kavramsal bir analiz sağlamaktır.

Anahtar Kelimeler: Obezite; güç (psikoloji); sağlık tutumu

ABSTRACT Obesity is a major health problem both in our country and the whole world. Diet and life style play a significant role both in development and control of obesity. Therefore interventions for obese person require change behavior and motivation. One of the important factors is empowerment in this process. Empowerment may be defined differently by disciplines, yet the overall meaning is similar. Empowerment is a concept that has recently emerged in the health science. It embraces the idea that everyone has the right to make their own choices about their health care. The empowerment model is based on the assumption that to be truly healthy, people must bring about changes not only in their personal behavior but also in their social situations and in the environment that influences their lives. Self-awareness, enabled potential, and outcome related activities are defining conceptual attributes of the empowerment model. In this paper, empowerment is defined as an interactive process through a nurse-patient or nurse-multidisciplinary team relationship considered to help or assist in changing behaviors. An integrated model of nurse/patient empowerment that could be used as a guide for creating high-quality nursing practice work environments that ensure positive outcomes for both nurses and their patients. The aim of this paper provides a conceptual analysis of empowerment through the literature, examines methodological researches and issues, and describes empirical aspects of the concept.

Key Words: Obesity; power (psychology); health behavior

Obezite (şişmanlık), optimal vücut fonksiyonu için gerekenden fazla yağ depolanması sonucu oluşan enerji dengesindeki bozukluklarla tanımlanan patolojik bir durumdur. Tüm dünyada ve ülkemizde de sıklığı giderek artan önemli bir sağlık sorunudur.¹⁻³ Son yıllarda obezitenin, gelişmekte olan ülkelerde kentsel-kırsal ayrımı gözetmeksizin yaşla birlikte hızla arttığı ve kadınların daha çok etkilendiği belirtilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre, dünyada 400 milyonun üzerinde obez ve 1.6 milyar civarında da hafif şişman birey bulunmaktadır.^{4,5} Beden kitle indeksi (BKİ) >30 kg/m² baz alınarak yapılan Türkiye Obezite Prevalans Çalışması (TURDEP) ülkemizde obezite oranının %22,3 olduğunu göstermektedir.⁶ Obezite, sıklığı giderek artan bir sağlık sorunu olmasının yanı sıra mortalite ve bazı kronik hastalık risklerini (diyabet, pulmoner yetmezlik, aterosklerotik kalp hastalığı, konjestif kalp yetmezliği, venöz yetmezlik, tromboflebit, dislipidemi, kolelitiazis, karaciğer bozuklukları, uyku apnesi, infertilite, amenore, yara enfeksiyonları, gebelik durumunda preeklampsi, dejeneratif eklem hastalıkları, bazı kanser türleri, psikolojik ve sosyal sorunlar) arttırarak sağlık ve bakım harcamalarını etkileyen önemli bir toplumsal sorundur. Amerikan Sağlık Dairesi Başkanlığı tarafından yayımlanan raporda sonuç alınamayan tedaviler, diyet ve diyet ürünlerine yılda 40 milyar dolar para harcandığı belirtilmektedir.^{4,5,7}

Obezitenin genetik/moleküler açıklamaları olan bir hastalık olduğu düşünülse de son yıllarda yapılan çalışmalar, beslenme ve fiziksel aktivite alışkanlıklarındaki değişim, gelişen teknolojinin getirdiği yaşam tarzındaki değişikliklerin (daha az çalışma, daha çok eğlence zamanı, sedanter yaşam, hazır yemek, gıda katkı maddeleri, yüksek kalorili gıdalar, televizyon karşısında daha uzun süre geçirme gibi) sağlık davranışlarını olumsuz etkileyerek, obezite gelişimine katkıda bulunduğunu göstermektedir.^{2,8} Obez bireylerin genetik yapısını değiştirmek mümkün olmasa da obezitenin önlenmesi ve tedavisinde amaç, bireylere sağlığı koruyucu, geliştirici ve sağlıklı yaşam davranışlarının kazandırılmasıdır. Bu bağlamda obezitenin önlenmesi ve tedavisinde bireylerin sağlık davranışlarını

açıklamaya ve obezite yönetimini sağlamaya yönelik olarak birçok kuram ve model uygulandığı bildirilmektedir.⁹⁻¹⁹ Bu makalede de yeni bir yaklaşım olan hasta güçlendirme modeli ve obez bireylerin güçlendirilmesi ile güncel literatür incelenerek, obezitede güçlendirme ve hemşirelik yaklaşımının vurgulanması amaçlanmıştır.

GÜÇLENDİRME, SAĞLIK VE HEMŞİRELİK

Güçlendirme kavramı günümüzde eğitim, sağlık, işletme yönetimi ve organizasyonu, psikoloji gibi birçok profesyonel meslek alanının literatüründe yer almaktadır.²⁰ Rutinde uzun süredir kullanılan bu terimin kuramsal felsefesini Freire (1970) eğitim ile ilgili yürüttüğü klasik çalışmalarında oluşturmuştur. Freire, her bireyin kendine sunulan kaynakları ve onların bireysel ve toplumsal gerçekliğini anlama yeteneğine sahip olduğuna inanmaktadır. 1960'lardaki *sosyal eylem* hareketi ve *kendine yardım* ve 1970'lerin başındaki *tüketici hareketi* karar verme sürecine vatandaş katılımının önemini vurgulamıştır.²¹ Güçlendirme kavramı, kelime anlamıyla birey veya toplulukların hayatlarını ve çevrelerini kontrol edebilmeleri için güç ve yetki kazandırılması anlamındadır. Jones ve Meleis tarafından tanımlanan güçlendirme kavramı, bireyin kendi yaşamını kontrol etmek için hareket ve problem çözme yeteneği kazandıran, kendi ihtiyaçlarını karşılamak için beceri ve yeteneklerini teşvik eden sosyal bir süreçtir.²² Güçlendirmenin sözlük olarak tanımı "The Oxford Advances Learner's Dictionary (1995)"de şöyle yer almaktadır. "Güçlendirme; bireye bir eylemi yapması için güç veya yetki kazandırılmasıdır." Bir bireye güç ve yetki verilmesi şeklinde tanımlanan güçlendirme aynı zamanda öz-saygı kazandırmayı da içermektedir. Dolayısıyla güçlendirme kavramı içinde motivasyon, otonomi, öz-yönetim, sorumluluk, öz-etkililik bulunmaktadır.²³ Rissel (1994), güçlendirmeyi iki formda tanımlamıştır. Bunlar, psikolojik ve toplumsaldır. Psikolojik güçlendirme, sosyal ve siyasal kontrolü sağlamak için bireyin benlik saygısı, öz-etkililik, katılım ve yeterliliğini geliştirmekle ilgili uygulamalardır. Toplumsal güçlendirme ise, politik bir uygulamanın parçası olan bireylerin önce psikolojik güçlendirme düzeyine

ulaştırılması daha sonra da yine bireylerin aktif katılımı ile eldeki kaynakların yeterli şekilde dağıtımının sağlanmasıdır.²⁴

Anlamı ve kökeni hakkında birçok tartışma olmasına rağmen, güçlendirme kavramı çağdaş sağlık anlayışında da günceldir.²⁰ Toplumların sosyal ve kültürel yapısındaki değişiklikler sağlık sistemleri ve sağlık çalışanlarının da görev ve sorumluluklarını değiştirmiştir. Bu değişimlerin sonucunda sağlık çalışanlarının amacı yalnızca hastalıkların önlenmesi ve tedavisi değil aynı zamanda sağlığın geliştirilmesi ve yükseltilmesi hedeflerini içermektedir. DSÖ Avrupa bölge ofisi 1984 yılında “sağlığın geliştirilmesi” kavramını, “insanların kendi sağlıkları üzerindeki kontrollerini ve sağlıklarını geliştirmelerine olanak sağlayacak işlemler” olarak tanımlamıştır. 2005 yılında Bangkok’da yapılan Globalleşmiş Dünyada Sağlığın Geliştirilmesi Deklerasyonu’nda ise sağlığın geliştirilmesi “insanların kendi sağlıklarını belirleyen faktörler üzerindeki kontrollerini ve sağlıklarını geliştirmelerine olanak sağlayacak işlemler” olarak tanımlanmıştır. Böylece, sağlığın geliştirilmesi kavramının içine sağlık eğitimi, örgütsel, ekonomik ve çevresel tabanda verilen tüm desteklerin bileşimi de eklenmiştir. Sağlığın geliştirilmesi, bireylere en uygun optimum sağlık düzeyine ulaşmaları için yaşam tarzlarını değiştirmelerine yardım etmeyi içermektedir. Sağlığı geliştirmedeki amaç, doğru sağlık davranışlarının geniş halk kitlelerine ulaşmasının sağlanmasıdır. Bu kapsamda sağlığı geliştirme uygulamaları, bireylerin, kişisel tercih ve sosyal sorumluluklarını geliştirerek, sağlık sorumluluklarını kazandırmak ve kendi sağlıklarını geliştirmelerini sağlayacak süreçleri kapsamaktadır. Günümüzde sağlığın geliştirilmesi kapsamına güçlendirme kavramı da eklenmiştir.^{20,21}

Sağlık bakımında güçlendirme hasta güçlendirilmesi anlamındadır. Hasta güçlendirmesi bilgi ve eğitim ile başlamaktadır. Bireye, durumu ve hastalığı hakkında bilgi ve eğitim verilerek öz-bakımına aktif olarak katılımı sağlanabilmektedir. Başka bir deyişle hasta güçlendirilmesi bireyin iyilik ve sağlık durumu üzerinde kontrol ve yetkinlik sağlanmasıdır.²² Güçlendirme hasta/sağlıklı bireye motivasyon sağlayarak öz-yönetim (self-management),

otonomi ve sağlık sorumluluğu geliştirmesini destekler.²⁰ Güçlendirme yapabildiklerimiz, yeteneklerimizdir. Daha açık bir tanımlamayla güçlendirme; bireyin benlik saygısını arttırarak, hem kendisi hem de toplum üzerinde eğitici ve yönetici olmasını sağlayan bir yöntemdir.^{22,25} Güçlendirme çalışmalarının felsefesinde, “eşitlik”, “iş birliği”, “katılım”, “sorun çözme”, “karar verme”, “terapötik ilişki” kavramları yer almaktadır. Güçlendirme modelinin geliştirilme amacı, bireylerin baş etme/problem çözme süreçlerine katılımlarını gerçekleştirerek başarıya deneyimlerini arttırmaktır. Böylece bireylerin benlik saygısı da gelişerek kendilerini daha iyi hissetmeleri sağlanacaktır.^{20,22,25}

Güçlendirme, tüm insan ilişkilerinin kaçınılmaz bir parçasıdır. Kişiler arası bir etkileşim süreci olarak tanımlanan hemşirelik mesleğinde de, güçlendirme kavramı, sağlığın geliştirilmesi ve kronik hastalıkların yönetiminde oldukça sık kullanılan bir yöntemdir. Ellis-Stole ve Popkess-Vawter (1998), bireysel güçlendirmeyi, hasta-hemşire etkileşimi sürecinde, bireyin olumsuz sağlık davranışlarının değiştirilmesi için bir yardım sistemi olarak tanımlar. Bu sürece hasta/sağlıklı bireyin sağlık davranışları geliştirmesi ve bu davranışların sürdürülmesi için yardım edilmesi uygulamaları da eklenmektedir. Rafael (1995) bireysel güçlendirmeye, hasta katılımını da eklemiş; böylece güçlenme sürecinin bireysel kontrol ile sağlanacağı sonucuna varmıştır.²⁶ Hemşirelikte güçlendirme modeli; hastaların kendi ihtiyaç ve yeteneklerini tanımlayıcı, geliştirici, sosyal bir yöntemdir. Güçlendirme, bireylerin kendi yaşamlarının kontrolünü hissetmeyi gerekli kılan kaynakları içermektedir. Güçlendirme bir hemşirelik bakımı hedefidir. Hemşireler, hastaların sahip oldukları içsel farkındalıkları ve potansiyellerini kuvvetlendirmektedir. Bakım ve güçlendirme çok ilişkili bir hemşirelik modelidir. Bu model, bireylere sağlık davranışı kazandırılması ve sürdürülmesini kolaylaştıran bir yöntemdir. Orem, Henderson ve Peplau gibi birçok hemşire kuramcı da hemşirelik bakımında amacın mümkün olan en kısa sürede hastanın bağımsızlığını kazanarak, öz-bakımını üstlenmesini sağlamak olduğunu belirtmektedir. Güçlendirme, hemşire ile bakım verdiği bireyler arasındaki ilişkinin temel özelliğidir. Hem-

şire ile bakım verdiği birey arasında güç paylaşımı sonucunda, hastanın kontrol duygusu gelişerek, yaşam kalitesi yükselmektedir. Güçlendirme modeline dayalı hasta-hemşire ilişkisinde, bilgi-beceri-güven sürekli bir biçimde hemşireden bakım verildiği bireye doğru aktarılır. Bunun sonunda da birey uzun süre sağlık profesyonellerine gereksinim duymadan, öz-bakımını sürdürebilmektedir. Araştırmalar, kronik hastalıklarda en başarılı profesyonel destek biçiminin “güçlendirme modeli” olduğunu göstermektedir.^{22,25} Güçlendirmede sağlık ekibi ile bakım hizmeti alan bireyin ilişkisinin yanı sıra bakım verenler/aile üyeleri ile de iletişim çok büyük önem taşımaktadır. Güçlendirme modeli ile bakım verenler/aile üyeleri de, bakım hakkında daha fazla bilgi ve beceri, amaç ve problem çözme stratejisine sahip olacak, böylece bakıma katılabilecektir. Çünkü hastalar hakkında en fazla ayrıntıyı bakım verenler/aile bireyleri bilmektedir. Bakım verenlerin/aile bireylerinin de yardımıyla hastaların yaşam memnuniyeti artırılabilir ve kaliteli bir yaşam sürmeleri sağlanabilmektedir.²⁷⁻²⁹

Günümüzde sağlık alanında etik konuların öneminin artmasıyla birlikte hastanın bakıma katılımı da güncel bir hale gelmiştir. Hastaların kendi bakımlarına aktif katılımı tedavi ve bakım sonuçlarını önemli ölçüde etkilediği bildirilmektedir.²⁷⁻²⁹ Güçlendirme modelinin bu bağlamda da, hastanın motivasyon, otonomi, sorumluluk, benlik saygısı ve kendine güven geliştirerek bakıma katılmasını destekleyen bir model olduğu söylenebilir.²⁵ Bu nedenle hemşireler de güçlendirme modeli ve hasta güçlendirmenin kavramsal yapısı hakkında kanıt dayalı bilimsel bilgiyi öğrenmeli ve bakımlarında uygulayabilmelidirler.^{23,25,30,31}

HASTA GÜÇLENDİRMENİN KAVRAMSAL YAPISI

Bireyin, sağlık ve çevre içerisinde güçlendirilmesi üç kavramı içermektedir. Bunlar, öz-farkındalık (inner awareness), potansiyel sağlanması ve sonuca yönelik uygulamalar şeklinde tanımlanmaktadır.

Öz-farkındalık: Öz farkındalık (self awareness), bireyin dikkatinin kendisi üzerine toplanması ve benliğin, onun bilincinin objesi haline gelme durumudur. Bireyin dikkati, diğerleri tara-

findan görülen yanları (fiziksel görüntü, davranış vb.) üstünde odaklandığında genel ya da toplumsal öz farkındalık; diğerlerine görünmeyen yanlar üstünde odaklandığı zaman ise özel öz farkındalık söz konusudur. Öz farkındalık, bir bakıma bireyin kendisinin bilincinde olmasını ifade etmesi bakımından benlik-bilincine benzemektedir; ancak öz farkındalık, bir tür kendi üstüne odaklaşma hali, belirli bir durum içindeki bir bilinçlilik hali iken, benlik bilinci kavramı (self-consciousness), daha ziyade bireysel bir pozisyonu ifade etmektedir.

Potansiyel Sağlanması: İnsanın potansiyeli, hücre düzeyinden sosyal ve psikolojik düzeye yükselen sürekli akıcı bir enerji kaynağıdır. Literatürde genellikle birden fazla uyarı ile tetiklendiğinde açığa çıkan eylem potansiyeli olarak görmektedir. Bir immün yanıt, aksiyon potansiyeli, gelişimsel veya din ile ilgili olarak sonuç değişim göstermektedir. Değişim için motivasyon sağlayan nedir? Öz-Benlik Yönetimi Kuramı (Self-Determination Theory)'na göre insanlar gelişmek için doğuştan bir eğilim taşıyan aktif organizmalardır. Doğuştan gelen psikolojik gereksinimler özerklik (autonomy) gereksinimi, yetkinlik (competence) gereksinimi ve başkalarıyla sosyal ilişki (relatedness) gereksinimidir. İyi hali duygusunun yaşanabilmesi ve psikolojik gelişme için bu üç temel gereksinimin karşılanması gerekmektedir. İçsel motivasyon bu kuramın anahtarıdır. Bu kuram, motivasyon için ödül olmadan, bireyin kişisel tercihinine göre bir aktivitede bulunması ve bireysel motivasyonu nasıl geliştirilebileceği konusuna odaklıdır. İçsel motivasyonda, birey davranışı üzerinde insiyatif sahibi olduğunu hissetmekte ve davranışının savunucusu da olmaktadır. Otonominin karşı ucunda heteronomi bulunmaktadır. Bu durumda bireyin eylemleri dışsal motivasyonlarla kontrol edilmektedir. Birey kendi değerlerine uygun olmayan biçimde davranmak zorunda bırakılmaktadır. İnsan potansiyeli ve insan davranışları iç ve dış motivasyonlardan etkilenmektedir. Motivasyon Kuramları literatürde de incelenmiştir. Sağlık bakımında motivasyon, hastalığın önlenmesi ve sağlığın yükseltilmesi davranışları için uygulanmıştır. Hemşirelikte sağlığın yeniden kazandırılması veya değişimin kolaylaştırılması için hasta ile hemşire arasında

etkileşimi içerir. Hasta davranışlarını değiştirme yeteneği ve enerji potansiyeline sahip olur. Hemşire davranış değişikliği uygulaması veya öz saygı eğitimi ile uyarı sağlar.

Sonuca yönelik uygulamalar: Güçlenmiş bireyin sonuçlarıdır. Bu sonuçlar pozitif öz-saygı, etkinleştirilmiş veya aktive edilmiş potansiyel olabilmektedir. Amaç çabası, öz-yeterlilik, öz-benlik yönetimi gibi kuramlar bir hedef ile ilgili birey tarafından gerçekleştirilen faaliyetlerin özünü kapsayan kuramlardır. Sonuçlara yönelik amaçlar hemşireler tarafından sağlık bakımında sıklıkla kullanılmaktadır. Planlı Davranış Kuramı tutum, niyet, kontrol ve bir eyleme yönelik subjektif normlar içermektedir. Bu kuram kilo kaybında, başarımın belirleyicileri olarak kişilik ve tutumu dikkate alır.

Bu kavramların etkileşimi sürekli ve birbirine bağlıdır. Her nitelik öncül veya bir diğerini sonucu olabilmektedir. Benlik saygısı sonuçlara yönelik faaliyetleri anlamak ve tamamlamak için bireyin yeteneğini etkiler. Etkin bir potansiyel eylemi gerçekleştirmek için gerekli olan enerjiyi savunan benlik saygısına bağlıdır. Sonuca yönelik uygulamalar diğer kavramlarla iç içe olmakla birlikte, benlik saygısı için de uyarıcı ve potansiyel sağlamaktadır.^{25,30,32}

OBEZİTEDE GÜÇLENDİRME VE HEMŞİRELİK YÖNETİMİ

İnsan yaşamının çok uzun olmadığı dönemlerde obezite; güç, refah ve sağlık göstergesi iken, günümüzde giderek artan ve uzun süreli tedavi gerektiren kronik bir hastalıktır.³² Bu bakımdan tüm boyutlarıyla ele alınarak incelenmelidir. Yapılan çalışmalar, obezite ile psikososyal ve çevresel faktörler (stres, sosyal izolasyon, fizik aktivite azalığı, antidepresan kullanımı, iş kaybı, güçsüzlük gibi) arasındaki ilişkiyi ortaya koydukça, obezitenin fizyolojik yönüne odaklanılmasının yanı sıra obeziteye neden olabilecek psikososyal faktörler göz önüne alınmaya başlanmıştır. Obezite gelişiminde birçok etiyolojik faktör olması, obezite ile mücadelenin farklı yaklaşımlarla bütüncül olarak sürdürülmesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Sağlığın korunması, sürdürülmesi ve yükseltilmesinde bireyi fizyolojik,

psikolojik ve sosyal yönüyle bir bütün olarak ele alan hemşirelerin, obeziteye neden olabilecek davranış ve alışkanlıkları değerlendirerek, bireyleri bu yönde bilgilendirmeleri son derece önemlidir. Bu bağlamda hemşirelere yol gösterici olabilmesi için Şekil 1’de güçlendirme üçgeni verilmiştir.³³

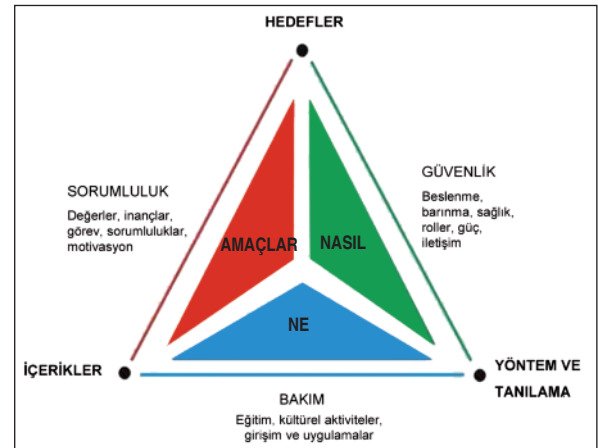
Obezitede güçlendirme modeli uygulanacaksa, metodolojisinde yer alan öz-saygı, potansiyel sağlamak ve sonuçlarla ilişkili uygulamalar kavramlarının her birinin ölçülmesi ve değerlendirilmesi önerilmektedir. Hemşirelerin bu üç kavramı değerlendirebilmesi için aşağıda bazı ölçek ve veri toplama formları tartışılmıştır.

ÖZ-SAYGI

Battle (1997) ve Piers (1984)’ün çocuk ve adolesanlar için, Coopersmith (1967) ve Rosenberg (1965)’in yetişkinler için geliştirilmiş olan öz saygı envanterleri uygulanarak değerlendirilebilmektedir. Hemşirelik literatüründe öz saygı ve obezite 1995’ten beri incelenmektedir. Obez bireylerde öz saygı ve benlik saygısının düşük düzeyde ve beden imajının da bozuk olduğu belirtilmiştir.²⁵ Ülkemizde obez bireylerde beden algısı, benlik saygısı, öz saygı ile ilgili yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlar olduğu bildirilmiştir.³⁴⁻³⁶

POTANSİYEL SAĞLANMASI VE SONUCA YÖNELİK UYGULAMALAR

Mantıklı Eylem Kuramı ve Öz-benlik Yönetimi Kuramı eyleme motive eden iç ve dış motivasyon-



ŞEKİL 1: Güçlendirme üçgeni © Rogier van't Rood.³³

ları değerlendirebilen ölçekler önermektedir. Sağlık inançları, sağlığın korunması, sağlığın geliştirilmesi ile ilgili hemşirelik literatüründe Penderin sağlığı geliştirme modeli, Bandura'nın öz-yeterlilik kuramının yanı sıra sağlık inanç modeli ve planlı davranış modeli de kullanılmıştır. Bu kuram ve modellerle ilgili önerilen ölçekler sağlık davranışları, motivasyon, eyleme geçiriciler, bakımla ilgili memnuniyeti değerlendirmiştir.²⁵

Hemşireler yukarıda tanımlanan ölçüm araçlarını kullanarak topladıkları veriler doğrultusunda bakım hedeflerini belirleyerek aşağıdaki girişimleri uygulayabilirler.²³

- Bireyin hastaneye her gelişinde boy, kilo ve bel çevresi ölçülerek kaydedilmesi, BKİ'nin izlenmesi,

- Fazla kilolu bireylerin risk faktörleri açısından takip edilmesi,

- Fazla kilolu ve obez bireylerin düzenli olarak açlık kan glukozu ve kan basıncı ölçümlerinin yapılarak kaydedilmesi,

- Bireylere her ziyarette BKİ durumu, obezitenin neden olabileceği hastalıkların önemini vurgulanması,

- Obezitede altta yatan ya da ona eşlik eden psikolojik sorunların tanınması ve gerekli psikiyatrik desteğin sağlanması,

- Normal kilolu bireylere de sağlıklı beslenme, düzenli egzersiz ve kilo kontrolünün önemini anlatılması,

- Bireylere kilo verme ve kilo kontrolüne yönelik motivasyonun sağlanması,

- Tüm bireylerin yeterli ve dengeli beslenme, düzenli egzersiz, ideal kilonun sürdürülmesine yönelik sağlık davranışlarının kazandırılması ve bu davranışların alışkanlığa dönüştürülmesi için eğitim verilmesidir.

- Obezite tedavisinde temel ilke; alınan enerji ile tüketilen enerjinin dengelenmesidir. Bu bakımdan obezite tedavisinde uygulanan yöntemler; tıbbi beslenme tedavisi, egzersiz tedavisi, davranış değişikliği tedavisi, ilaç tedavisi ve cerrahi tedavidir. Bireylere sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivitenin

öneminin mutlaka kavratılması, hastayı uygun olan kiloya ulaştırdıktan sonra o kilonun uzun süre korunabilmesi ve kilo artışının önlenmesi uzun ve zorlu bir süreçtir.^{1,2} Hemşireler bireysel ya da grup olarak güçlendirme modelini uygulayarak obezite tedavisine katkıda bulunabilirler. Aşağıda, hemşirelere obez bireylerin yönetiminde güçlendirme modelini kullanabilecekleri bir rehber sunulmuştur.

- Obez bireye destek olma; obeziteli bireyleri kabul edip onlara yönelik açıklamalar yapılabilir. Örneğin; sağlıklı egzersiz ve diyet programları düzenlenebilir. Uzman sağlık ekibiyle görüşmesi sağlanabilir,

- Danışmanlık alan bireyin gücünün kabulü; obezite etiolojisinde mental sağlık problemleri olan hastaların suçlanmaması, obezite gelişiminde bu sorunlardan sorumlu tutulmaktan kaçınılması, obez bireylerin yaşadıkları güçlüklerle baş etmelerinde partner/aileleriyle birlikte ele alınması sağlanabilir,

- Obez birey hakkında genel sağlık verilerini toplayıcı; hemşireler veri toplama ve tanılama formları oluşturarak, obez bireylerin düşünce, tutum, davranışları hakkında bilgi toplayarak, bu veriler doğrultusunda güçlendirmeyi somutlaştıracak kabul edilebilir uygulamalar planlayabilirler,

- Obez bireylerin eğitim, danışmanlık ve terapi hizmetlerine katılımlarını kolaylaştırmak; sağlıklı beslenme, egzersiz, sağlık yaşam davranışları, stresle baş etme, atılganlık gibi konularda eğitim programları düzenlemek, obezite hasta derneği obezite hasta grupları, obezite hasta okulu gibi organizasyonlar oluşturmak ve bu eğitim programı ve organizasyonların finansal olarak desteklenmesi, bu eğitim ve organizasyonlara katılmaları için obez bireylerin finansal olarak desteklenmesi sağlanabilir,

- Obez hastanın savunucusu olarak hemşire; "The United Kingdom Coaching Certificate (UKCC)" 1992'de profesyonel davranış kodlarında hemşirelerin, hasta/sağlıklı bireylerin tam bir iyilik halinde olması için daima sağlıklarını koruyan ve geliştiren bakım ve uygulamalarda bulunmalarını belirtmiştir. Hemşireler obez bireylerin tıbbi tedavisinde yer alan, sağlık beslenme ve fizik aktivite-

nin arttırılması gibi davranış değişikliğine yönelik uygulamalarda görev alabilir,

■ Bakım hizmeti alacak bireylere etkili bir şekilde ulaşma; obez bireyler ve sağlık hizmeti veren organizasyonların birbiri ile iletişimi sağlanabilir, bu organizasyonların topluma tanıtılması sağlanarak obez bireylerin katılımı teşvik edilebilir.²³

Obez bireye verilecek eğitim ve danışmanlık hizmetinin ilk basamağı bireyin durumunun tanımlanmasıdır. Birey ile saygı ve güvene dayanan ilişki kurularak bireyin beslenme davranışları ve bu davranışlardaki değişimler tanımlanır. Bireyin beslenme planını yaparken içinde bulunduğu yaşamsal dönemi, yaşam şekli, beslenme alışkanlıkları, din, inanç ve ekonomik durumu tespit edilir. Bireyin ideal kilosu belirlenir. Bireyin kilosunu etkileyebilecek hastalık/tıbbi durumların (hipotiroidizm, Cushing, polikistik over vb) varlığı araştırılır. Bireyin kilo almasını etkileyebilecek alışkanlıkları, gelenekleri, kültürel ve genetik etkenleri araştırılır. Birey ile obezitenin riskleri tartışılır. Bireyin beslenme durumundaki değişiklik için gerçekçi, kısa ve uzun vadeli hedefler oluşturulur. Bireyin hedeflere ulaşmak ile ilgili endişelerini ve duygularını ifade etmesi sağlanır. Bireyin kilo vermeye yönelik çabaları övülerek motivasyonu sağlanır. Bireyin uygulayabileceği aktivite planı yapılır. Bireyin tekrar kilo alması engellenerek hedeflenen kiloyu korumak için riskler belirlenerek önlem alınır.^{28,29,37}

Güçlendirme adım adım gerçekleşen bir süreçtir. Obezitede güçlendirmenin yönleri aşağıda verilmiştir. Bunlar:

- Olumlu benlik saygısı geliştirme,
- Yetenek belirleme ve amaçlara ulaşma,
- Bireyin yaşamı ve değişim süreçleri üzerinde kontrol duygusu kazanması,
- Gelecek için umut duygusu geliştirilmesi,
- Kilosunda azalma veya kilo kontrolünün sağlanmasıdır.²³

SONUÇ VE ÖNERİLER

Obeziteye neden olan birçok farklı gen, farklı biyolojik fonksiyonlarda (besin alımı düzenlenmesi,

enerji harcanması gibi) görev yapmaktadır. Bu nedenle de obezitenin metabolik bir hastalık olarak değil nörodavranışsal bir hastalık olarak sınıflandırılması önerilmektedir.³⁸ Obez bireylerde güçlendirme modelinin, sağlık davranışlarının geliştirilmesi ile ilgili olarak uygulandığı bildirilmektedir. Hemşirelik literatüründe de güçlendirme modelinin obezite yönetiminde kullanılabildiği ile ilgili geçerli veriler bulunmaktadır. Güçlendirme sürecinde hemşirenin rolünün, savunucu, ara bulucu, iş birliği ve kolaylaştırıcı olması gerektiği belirtilmektedir. Bireylerin riskli yaşam tarzı ve riskli sağlık davranışlarının değiştirilmesine yönelik hemşirelik uygulamalarında psikososyal ve çevresel faktörler de göz ardı edilmemelidir. Bu açıdan güçlendirme kavramı bireysel ve sosyal çevrenin de değiştirilmesi anlamına gelmektedir. Benlik saygısı, motivasyon ve güçlendirme kavramlarının obezite tedavisi ile ilgili olduğu gösterilmektedir.

Öte yandan güçlendirme ile ilgili araştırmalarda standart tek bir ölçüm aracı önerilmemiştir. Bu durum, kavramın güçlü ampirik tanımını engelleyen bir durumdur. Güçlendirmenin metodolojik analizinde yer alan kavramların ölçülebilmesi için geçerli ve güvenilir ölçüm araçları olduğu bildirilmiştir. Ancak benlik saygısı, motivasyon, eylemin sonuçları, davranış değişikliği kavramlarının tamamını içeren ve inceleyen çalışmalar bulunmamaktadır. Bunlara yönelik geçerli ve güvenilir ölçekler geliştirilmesi ve daha geniş örneklerde uygulanması önerilmektedir.²⁵ Bununla birlikte, güçlendirmenin tanımlanmasında kültürel özelliklere yer verilmemiştir. Bazı toplumlarda, bireysel karakteristikler, değerler ve din güçlü kültürel özellikler ve tema oluşturmaktadır. Dolayısıyla spiritüalitenin etkisi ile bireysel güç kaynağını ve güçlendirme algısını değiştirebilmektedir. Bu nedenle gelecek çalışmaların, toplumların kültürel olarak güçlendirme kavramlarını anlamak için uygulanması ve güçlendirmeyi ölçmek için geliştirilecek ölçüm araçlarının da yaş ve kültürel tanımlamaya dayalı geliştirilmesi önerilmektedir. Obez bireylerde kilo vermeyi desteklemek için güçlendirme modelinin uygulanmasının önemi, toplumun karakteristikleri dikkate alındığında belirlenebilir.^{23,25,31}

KAYNAKLAR

1. Tüzün M. [General features of obesity]. Yılmaz C, editör. *Obezite ve Tedavisi*. 1. Baskı. İzmir: Mart Matbaacılık Sanatları; 1999. p.11-28.
2. Tataranni PA, Ravussin E. [Energy metabolism and obesity]. In: Wadden TA, Stunkard JA, eds. Dursun AN, Kahraman M, çeviri editörleri. *Obezite Tedavi El Kitabı*. 1. Baskı. Cilt 1. İstanbul: AND Danışmanlık, Eğitim, Yayıncılık ve Organizasyon; 2003. p.42-65.
3. Özbey N. [Obesity]. Büyükköztürk K, editör. *İç Hastalıkları*. Cilt 1. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2007. p. 271-77.
4. World Health Organization. *Obesity-Preventing and Managing the Global Epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity 3-5 June*. Geneva: World Health Organization; 1998. p.16.
5. Özata M. [Diagnosis and treatment of obesity]. 1. Baskı. Ankara: Gata Basımevi Yayın No:2003/6.
6. Yalçın M, Şahin M, Yalçın E. Prevalence and epidemiological risk factors of obesity in Turkey. *Middle East Journal of Family Medicine* 2004;6(6):1-11.
7. Hahler B. Morbid obesity: a nursing care challenge. *Medsurg Nurs* 2002;11(2):85-90.
8. Gültekin H, Şahin S, Budak N. [Feeding behaviour: Pharmacological target molecules]. *Journal of Health Sciences of Erciyes University* 2004;13(1):77-87.
9. Warschburger P, Fromme C, Petermann F, Wojtalla N, Oepen J. Conceptualisation and evaluation of a cognitive-behavioural training programme for children and adolescents with obesity. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2001; 25(Suppl 1):S93-5.
10. Lambert L, Raidl M, Safaii S, Conner C, Geary E, Ault S. Perceived benefits and barriers related to postpartum weight loss of overweight/obese postpartum WIC participants. *Top Clin Nutr* 2005;20(1):16-27.
11. Kelly KT. The behavior and psychology of weight management. *JAAPA* 2004;17(4):29-32.
12. Liao KL. Cognitive-behavioural approaches and weight management: an overview. *J R Soc Promot Health* 2000;120(1):27-30.
13. Foster GD, Makris AP, Bailer BA. Behavioral treatment of obesity. *Am J Clin Nutr* 2005;82(1 Suppl):230S-235S.
14. Nejad ML, Wertheim EH, Greenwood KM. Comparison of health belief model and the theory of planned behaviour in the prediction of dieting and fasting behaviour. *J Appl Psychol* 2005;1(1):63-74.
15. Foreyt JP, Goodrick GK. Evidence for success of behavior modification in weight loss and control. *Ann Intern Med* 1993;119(7 Pt 2):698-701.
16. Baranowski T, Cullen KW, Nicklas T, Thompson D, Baranowski J. Are current health behavioral change models helpful in guiding prevention of weight gain efforts? *Obes Res* 2003;(11 Suppl):23S-43S.
17. Rapoport L, Clark M, Wardle J. Evaluation of a modified cognitive-behavioural programme for weight management. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2000;24(12):1726-37.
18. Lantz H, Peltonen M, Agren L, Torgerson JS. A dietary and behavioural programme for the treatment of obesity. A 4-year clinical trial and a long-term posttreatment follow-up. *J Intern Med* 2003;254(3):272-9.
19. Sapp SG, Weng CY. Examination of the health-belief model to predict the dietary quality and body mass of adults. *Int J Consum Stud* 2006;(3):189-94.
20. Olgun N, Ulupınar S. [Patient empowerment and empowerment the person with diabetes]. *Nursing Form* 2004;1(1):57-65.
21. Herbert RJ, Gagnon AJ, Rennick JE, O'Loughlin JL. A systematic review of questionnaires measuring health-related empowerment. *Res Theory Nurs Pract* 2009;23(2): 107-32.
22. Lau DH. Patient empowerment-a patient-centred approach to improve care. *Hong Kong Med J* 2002;8(5):372-4.
23. Ekpe HI. Empowerment for adults with chronic mental health problems and obesity. *Nurs Stand* 2001;15(39):37-42.
24. Rissel C. Empowerment: The holy grail of health promotion? *Health Promotion International*. 1st ed. London: Oxford University Press; 1994. p.35-45.
25. Cochran J. Empowerment in adolescent obesity: State of the science. *Online J Rural Nurs Health Care* 2008;8(1):63-73.
26. Persily CA, Hildebrandt E. Theory of community empowerment. In: Smith MJ, Liehr PR, eds. *Middle Range Theory for Nursing*. 2nd ed. New York: Springer Publishing Company; 2008. p.131-42.
27. Geller SJ, Crowley M. An empowerment group visit model as treatment for obesity in developmentally delayed adults. *J Dev Phys Disabil* 2009;21(5):345-53.
28. Taylor M. Patient care (empowerment): a local view. *BMJ* 2000;320(7250):1663-4.
29. Labonte R. Health promotion and empowerment: reflections on professional practice. *Health Educ Q* 1994;21(2):253-68.
30. Shalom N. The health information specialist: A new role for channeling web information to promote patient empowerment. *Journal of Information, Communication and Ethics in Society* 2007;5(2/3):167-84.
31. Skelton R. Nursing and empowerment: concepts and strategies. *J Adv Nurs* 1994;19(3): 415-23.
32. Özarmağan S, Bozboru A. [Definition and basic knowledge of obesity]. In: Bozboru A, ed. *Obezite ve Tedavisi*. 1. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2002. p. 1-10.
33. Rood, R. A. van 't. Empowerment through basic education, a foundation for development (CESO-Paperback, No. 26). The Hague: Nuffic; 1997. p.220.
34. Bal Ö, Özgür G, Gümüş-Babacan A. [Methods of coping with stress obese individuals]. *CÜ Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2006;10(3): 20-8.
35. Pınar R. [Depression, self-esteem and body image in obese people: A comparative study]. *CÜ Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2002;6(1): 30-41.
36. Deveci A, Demet MM, Özmen B, Özmen E, Hekimsoy Z. [Psychopathology, alexithymia and self-esteem in obese patients]. 40. Ulusal Psikiyatri Kongre Özet Kitabı. Birinci Baskı. İzmir: Türk Psikiyatri Derneği; 2004. p.590-2.
37. Trivette CM, Dunst CJ, Hamby DW, LaPointe NJ. Key elements of empowerment and their implications for early intervention. *Infant-Toddler Intervention. Transdisciplinary Journal* 1996;6(1):59-73.
38. Duman Süsleyici B, Kayhan FE, Sesal C. [Genetics of obesity]. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2009;29(2):520-5.