

Kaybedilen Ağırlığın Korunması

Seyit M. Mercanlıgil

Hacettepe Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Ankara

Obezitede diyet tedavisinin çeşitli amaçları vardır. Bunlar;

1. Vücut ağırlığını arzulanan düzeye indirmek: Arzulanan düzey ideal ağırlık veya idealin üzerinde bir ağırlık olabilir. Örneğin; 120 kg ağırlığındaki bir kişinin ideal ağırlığı 70 kg ise bu kişiyi ideal ağırlığa değil de 80-90 kg'a indirmek ilk hedef olabilir.
2. Besin ögesi gereksinimlerini yeterli ve dengeli olarak karşılamak
3. Yanlış beslenme alışkanlıkları yerine doğru beslenme alışkanlıkları kazandırmak
4. Vücut ağırlığı arzulanan düzeye geldiğinde tekrar kilo alımını engellemek ve sürekli bu düzeyde tutmaktır (1,2).

"Beslenme ve Sağlığımız" isimli 1980, 1985, 1990, 1995, 2000 yıllarında Amerikalı'lar için çıkarılmış diyet rehberlerinde bu amaçlar tartışılmıştır. Bu rehberlerde kilo verme ve koruma ile ilgili birtakım öneriler verilmiştir. 1980, 1985 rehberleri, kişilerin ideal kilolarını spesifik öneriler ile koruyabileceğini, gençlerin daha başarılı olacaklarını bildirmişlerdir. 1990 rehberi; yaşın artışı ile ağırlık kazanımının doğal olduğunu ve bu ağırlık artışlarına göz yumulabileceğini, 34 yaş ve üzerinde olanlar için ideal ağırlık aralıklarının daha yüksek olduğunu bildirmiştir. Her üç rehberde de ağırlığı koruma önerileri "ideal ağırlık aralıkları" çerçevesinde yapılmıştır. 1995 rehberi; ağırlık kaybı üzerine daha az, ağırlığı koruma üzerine daha çok önem vermiştir. Bunun için belirtilen neden, Amerika'da ağırlık kaybetmenin çoğu obez için zor olduğu düşüncesidir. 2000 rehberi,

ağırlık kaybı üzerine daha çok önem vermiştir. Ancak ağırlık kazanımından sakınmayı da teşvik etmiştir. Ayrıca bu rehber, fiziksel aktivite ve yeme davranışında uzun süreli değişiklikler yapılarak ağırlığı kaybetme ve koruma yollarını tartışmıştır (3).

Obezite tedavisinde ağırlık kaybetme ne kadar önemliyse kaybedilen ağırlığın korunması da o kadar önemlidir. Obez kişiler kilo kaybettikten sonra ağırlıklarını koruyucu programa alınmalıdırlar. Koruma programında amaç, uzun dönemde ağırlık kazanımını önlemek veya minimum olmasını sağlamaktır. Ağırlık kazanımı en az 2 yıl için en çok 3 kg olmalıdır (4,5). Ancak kaybedilen kiloların korunması zordur (3,6).

Obezitenin Uzun Dönem Kontrolü İçin Koruma Stratejileri

Obezite tedavisinden sonra çoğu kişi tedavide elde edilen alışkanlık değişikliklerini terkeder ve tekrar kaybettiklerini kiloları fazlasıyla geri alırlar. Bu nedenle, obezite tedavisinde devamlı bir bakım yaklaşımı benimsenerek kilo kaybının korunması sorunu ile başa çıkılacağı düşünülmektedir (7).

Kaybedilen kiloların uzun dönem korunmasını sağlamak için stratejiler geliştirilmiş ve obezite tedavisinden sonra devamlı profesyonellerle (terapistlerle) ilişki, beceri eğitimi, sosyal destek ve fiziksel aktiviteden oluşan çok yönlü programların kilo kaybının uzun dönemde korunmasına katkıda bulunacağı gösterilmiştir (7-9).

1. Devamlı Profesyonellerle (Terapistlerle) İlişki

Bu strateji, kilo kaybı tedavisini takiben devam eden terapist ilişkisi ile devamlı profesyonel rehberliği içerir. Amaçlar, anahtar davranışlar hakkında dikkatin devamı, kilo koruma için sorunların ve engellerin çözümlenmesidir. Bu amaçları sağlamak için: kişi ve terapistler arasında kişisel ilişki, telefon ve

Yazışma Adresi :

Seyit Mercanlıgil
Hacettepe Üniversitesi
Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Ankara

mektup ilişkisi veya hepsinin birlikte yapılaması gibi metodlar uygulanır (7).

Kişiler kilolarını verdikten sonra; kazanılan davranış değişikliklerini korumak, eski yeme ve fiziksel aktivite alışkanlıklarına dönmek için zorlanırlar. Bu nedenle, dikkatin devamı ve kilo korumada var olan engel ve sorunların çözümü için devamlı terapistlerle görüşerek bahsedilen metodlar uygulanmalıdır (10).

2. Beceri Eğitimi

Bu strateji, kilo kaybı tedavisi sonrası periyodun zorlukları ile başa çıkmada kişilere verilen beceri eğitimini içerir. Amaçlar; yüksek risk durumlarının belirlenmesi, yanılmalardan ve sapmalardan sakınmak için eğitim, yanılma ve tekrar kilo alma ile başa çıkmanın sağlanmasıdır. Bu amaçlar için tekrar kilo almanın geçmiş örneklerini gözden geçirme, sorun çözmede genel eğitim ve bir yanılmanın kognitif davranış tedavisi gibi metodlar uygulanmalıdır. Kişiler kilolarını verdikten sonra kendilerine önerilen günlük enerji miktarlarını geçmek isteyecekleri ve öğretilen kendini kontrol tekniklerinden sapma gösterecekleri pek çok durumla karşılaşabilirler. Eğer kişi, bu yüksek riskli durumlarla baş edecek becerilerden yoksunsa kendini kontrolde bir sapma olabilir. Bir umutsuzluk hissi ve kendine güvende azalma ortaya çıkabilir. Bahsedilen metodlar ile kişiye tekrar kilo alma için risk oluşturan durumları tanıma ve ayırt etme öğretilir. Yüksek riskli durumlarla başa çıkmak için sorun çözme teknikleri kullanılabilir. Sonuçta kişiler, kognitif terapi teknikleriyle suçluluk ve başarısızlık duygularının üstesinden gelmeyi öğrenebilirler (10-12).

3. Sosyal Destek

Bu strateji, kilo kaybı tedavisi sonrası kişilere sosyal destek sağlamak için yapılan sosyal etkileşim programlarını içerir. Amaçlar, daha öncekilere ek olarak, yol gösterme (rehberlik) ve emosyonel desteği sağlamaktır. Bunun için çift eğitim, arkadaş sistemi, kendi kendine yardım grubu ve telefon ağı gibi metodlar kullanılır (7,13).

Yapılan bir çalışmada, kilo kaybı tedavisi sonrası kilo kaybının devamı için kişiler birbirleriyle düzenli olarak buluşarak; birbirlerinin kilolarını izlemişler, kilo kaybı bulunduğunda övme ve teşvik etme yöntemlerini uygulamışlar, bir kişi kilo kaybetmede sorun ile karşılaştığında grup sorun çözme yollarını

kullanmışlardır. Bunlara ek olarak kişi terapistle haftada bir mektupla diyet detaylarını gönderirken terapist de haftada bir kişiyi telefonla arayarak yönlendirmiştir. Sonuç olarak, sosyal destek ve terapist görüşmesini içeren multikomponent bir programın kilo kaybını korumada etkili olduğu gösterilmiştir (14).

4. Fiziksel aktivite

Bu strateji, kişilerin uzun dönem başarısını artırabilecek pozitif fiziksel ve psikolojik etkiyi sağlayacak fiziksel aktiviteyi içerir. Amaçlar, ek enerji harcamasını ve kas dokusunun korunmasını sağlamaktır. Bunun için, yaşam tarzı değişiklikleri ve aerobik egzersiz gibi metodlar kullanılır (7,13).

Fiziksel aktivitenin artırılması, kilo kontrolünün uzun dönem başarısı için önemli olan faktörlerden biridir (12,13,15). Egzersiz, enerji harcamasını artırmaya ek olarak vücut yağ kitlesi kaybını artırır ve yağsız vücut kitlesinin kaybını önler. Ayrıca düzenli egzersiz, kendini iyi hissetme gibi psikolojik faydalar da sağlar (16-18).

Yapılan bir çalışmada, tedavi sırasında bir aerobik egzersiz programının eklenmesi ile obezitede davranış tedavisinin etkinliğinin artıp artmadığı izlenmiştir. Bu egzersiz programı, 2 spesifik aktivite tipini (yürüme ve bisiklete binme) içermiştir. Bu çalışmanın sonuçları, aerobik egzersiz programı alan grubun egzersiz yapmayan gruba göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha çok kilo kaybettiğini göstermiştir. Aerobik egzersiz programı, sadece davranış tedavisine göre %29 daha fazla ağırlık kaybı oluşturmuştur. Yine bu çalışmada, davranış tedavisi ve egzersize multikomponent programları eklendiğinde kilo korumanın daha başarılı olduğu gösterilmiştir (19).

5. Multikomponent (Çok Yönlü) Programlar

Bu strateji, kişilere davranış değişikliğini ve kilo kaybını korumada yardımcı olmak için oluşturulmuş metodları kombine eden çok komponentli programları içerir. Amaçlar, çoklu metodların etkinliğini, çoklu stratejilerin fayda değerlerini ve kişiye uygun stratejiler için bilgi eksikliğinin giderilmesini sağlamaktır. Bunun için, şimdiye kadar bahsedilen bütün stratejilerin kombinasyonu kullanılır (7).

Yapılan bir çalışmada, şimdiye kadar bahsedilen stratejiler çeşitli kombinasyonlarda gruplandırılarak

sadece davranış tedavisi ile kıyaslanmıştır. Bu koruma programları 1 yıl sürmüştür. Sonuç olarak, bütün kombinasyonların olduğu grubun kilo korumada daha başarılı olduğu gösterilmiştir (20).

Ağırlık Kaybeden Kişi Neden Tekrar Kilo Alır?

Eğer kişi kilo kaybı tedavisi sırasında elde ettiği olumlu alışkanlık değişikliklerini bırakırsa, fiziksel aktivitesini artırarak kilo verdiğiyse ve tedavi sonrası bu aktiviteleri terkederse, çok düşük enerjili diyet yaparak kilo verdiğiyse ve tedavi sonrası aldığı enerjini artırır, tedavi sonrası kilo koruma programına alınmazsa tekrar kilo alır (1,7).

Kilo kaybı tedavisi sonucu elde edilen kilo kayıplarının korunmasındaki başarısızlıktan biyolojik ve psikolojik faktörlerin karmaşık bir etkileşimi sorumlu olabilir (7). Kilo kaybı adaptif termojenez ve adipoz doku lipoprotein lipaz üretiminin artması gibi fizyolojik mekanizmaları tetikler (11,21). Eğer kişi azalmış enerji alımı ve/veya artmış enerji harcamasına yönelik hayat tarzını benimsemezse kilo kaybının korunması zorlaşır (22).

Kişiler Ne Zaman Kilo Koruma Programına Alınmalıdır?

1. Eğer kişiyi ideal vücut ağırlığına getirmek için yaklaşık %10 ve daha az ağırlık kaybı gerekiyorsa ideal vücut ağırlığına gelindiğinde kilo koruma programı uygulanabilir.
2. Eğer kişiyi ideal vücut ağırlığına getirmek için yaklaşık %10'dan daha fazla ağırlık kaybı gerekiyorsa %10'luk ağırlık kaybı oluştuktan sonra kilo koruma programı uygulanabilir. Bu %10'luk ağırlık kayıpları bile obezitenin oluşturacağı sağlık sorunlarını önlemede yararlı olabilir. Eğer her obez için ideal kiloya inmek hedeflenirse kişi tedavi bitmeden zayıflama programını terkedebilir (1, 17,23).

Genellikle düşük enerjili diyetler ile ilk 6 ayda %5 lik ağırlık kayıpları oluşur. Eğer diyet tedavisine davranış tedavisi ve fiziksel aktivite de eklenirse bu kayıplar %10'a kadar çıkar (23).

Kilo korumaya alınma zamanı ile ilgili bir başka görüş de, ideal ağırlığa inmek için %10'dan daha fazla ağırlık kaybı gereken kişilerin mümkün olduğunca maksimum ağırlık kaybı oluştuktan sonra kilo koruma programına alınmalarıdır. Obez kişiler

kilo kaybı tedavisinde ne kadar uzun süre kalırlarsa o kadar uzun süre kilo kaybı için gerekli davranışlara bağlı kalırlar (7).

Yapılan bir çalışmada kilo kaybı tedavisinin 20. ve 40. haftası arasında, yani uzamış tedavi durumunda, kilo kayıplarının ortalama %35 daha fazla olduğu, 40. hafta sonunda terapistlerle ilişki kesildiğinde geri kilo alımlarının olduğu gösterilmiştir. Sonuç olarak, obez kişilerin uzun dönem tedavi sırasında ki yoğun katılımı sonunda fazla öğrenmenin olduğu, kaybedilen kiloların kendi kendine başarılı bir şekilde kontrolünün ve korunmasının sağlandığı görülmüştür (249). Buna benzer sonuçların olduğu çalışmalar vardır (25,26).

Ağırlığı Koruyucu Diyetler Nasıl Olmalıdır?

1. Kilo kaybı için enerji kısıtlı diyetler başarılı olurken kilo korumada ise miktarı sınırlandırılmaz (ad-libitum) verilen düşük yağlı diyetler daha başarılı olmaktadır. Yapılan çalışmada düşük enerjili diyetle ortalama 13.6 kg kaybeden kişiler rastgele iki gruba ayrılmıştır. Birinci grup düşük yağlı ad-libitum bir diyet alırken ikinci grup düşük enerjili karışık bir diyet almışlardır. Bir yıl sonunda, her iki grupta da ağırlık kazanımı çok az olmuştur. Ancak, 2 yıl sonunda, düşük yağlı ad-libitum diyet alan grupta ağırlık kazanımı ortalama 5.4 kg olurken düşük enerjili karışık diyet alan grupta ise ağırlık kazanımı ortalama 11.3 kg olmuştur (23).
2. Kilo kaybını sağlarken mümkün olduğunca yüksek enerjili (en az bazal metabolizma düzeyinde) diyetlerle kişiler uzun zamanda zayıflatılmalıdır. Bu şekilde zayıflmayan kişiler daha sonraki yaşantılarında daha çok yiyerek ve daha uzun zaman kilolarını koruyabilirler. Çünkü, alınan enerjinin azlığı oranında bazal metabolizma hızı azalır (1,27).

Ağırlık kaybı sırasında oluşan bazal metabolizma hızındaki azalma için açıklanan 2 etken vardır. Bunlar, vücut kitle kaybından olduğu tahmin edilen enerji gereksinmesinde bir azalma ve yağ oksidasyonu için kapasitenin azalmasıdır (27,29).

Kilo Korumada Başarı Nasıl Anlaşılır?

Başarılı kilo korunmasında gerekli yöntemlerin daha iyi anlaşılması için, kilo verme ve korumada başarılı olmuş kişileri incelemek gerekir. Bu kişiler

incelendiğinde kilo verme ve korumada; düzenli fiziksel aktivitenin, kendi kendini izlemin ve diyetle uymada sorunlarla başetme becerilerinin önemli olduğu belirlenmiştir (15,30).

Yapılan bir çalışmada, Ulusal Kilo Kontrol Kayıtları'nda seçilebilir olan (seçilebilirlik kriterleri: > 18 yaş, >13.6 kg ağırlık kaybı, > 1 yıl kilo koruma) ortalama 30 kg kaybetmiş ve 5 yıl için en az 13.6 kg'lık kilo kaybını korumuş 629 kadın ve 155 erkek çalışmaya katılmıştır. Bu kişilere kilo verme yöntemleri sorulduğunda, %55'i profesyonel bir yardımla, %45'i ise kendi başlarına kilo verdiklerini söylemişlerdir. Ayrıca bu kişilerin %89'unun diyetle beraber fiziksel aktivite de yaparak kilo verdikleri belirlenmiştir. Bu kişilere kilo verirken yaptıkları diyet sorulduğunda, %87.6'sı belirli besinlerin tip ve sınıflarını, %44.2'si besinlerin miktarlarını, %33.1'i yağdan gelen enerjiyi sınırlandırdıklarını, %43.7'si ise enerji hesapladıklarını söylemişlerdir. Kişilere kilo koruma yöntemleri sorulduğunda; ortalama günlük 1400 kkalori tükettiklerini, enerjinin yağdan gelen oranının ortalama %24 olduğunu, fiziksel aktivite ile harcanan enerjinin ortalama günlük 400 kkalori olduğunu söylemişlerdir. Kişilerin %48.1'i bisiklete binme, %25.6'sı aerobik egzersiz, %11.5'i treadmill (koşu bandı) üzerinde koşma veya yürüme, %2.8'i ise sırt çantasıyla uzun yürüyüş gibi aktivitelerle enerji harcadıklarını söylemişlerdir. Ayrıca kilo koruma için yaptıkları diyet sorulduğunda, kişilerin %92'si belirli besinlerin alımını, %49.2'si besinlerin miktarlarını, %38.1'i ise enerjinin yağdan gelen oranını azalttıklarını söylemişlerdir. Sonuç olarak, diyet ve egzersizle verilen kiloların yine aynı yöntemlerle uzun süre korunabileceği belirlenmiştir (31).

Kaynaklar

1. Arslan P, Bozkurt N, Karaağaoğlu N, Mercanlıgil S, Açık Erge S. Yeterli-Dengeli Beslenme ve Sağlıklı Zayıflama Rehberi, Özgür Yayınları 144, İstanbul, 2001.
2. Baysal A, Aksoy M, Bozkurt N, Kutluay Merdol T, Pekcan G, Keçecioğlu S, Besler HT, Mercanlıgil SM. Diyet El Kitabı, Yenilenmiş 3. Baskı, Hatipoğlu Yayınevi, Ankara, 1999.
3. Flegal KM, Troiano RP, Ballard-Barbash R. Aim For a Healthy Weight: What is The Target. *Journal of Nutrition* **131**: 440-450, 2001.
4. Lean M. Clinical Handbook of Weight Management, Blackwell Science Inc., USA, 1998.
5. Hensrud DD, Weinsier RL, Darnell BE, Hunter GR. A Prospective Study of Weight Maintenance in Obese Subjects Reduced to Normal Body Weight Without Weight-Loss Training. *American Journal of Clinical Nutrition* **60**: 688-694, 1994.
6. Klem ML, Wing RR, Lang W, Mc Guire MT, Hill JO. Does Weight Loss Maintenance Become Easier Over Time? *Obesity Research* **8**: 438-444, 2000.
7. Perri MG, Sears SF, Clark JE. Strategies for Improving Maintenance of Weight Loss. *Diabetes Care* **16**: 200-209, 1993.
8. Fairburn CG, Cooper Z. New Perspectives on Dietary and Behavioural Treatments for Obesity. *International Journal of Obesity* **20** (suppl 1) : S11- S12, 1996.
9. Wadden TA, Stenberg JA, Letizia KA, Stunkard AJ, Foster GA. Treatment of Obesity by Very Low Calorie Diet, Behavior Therapy and Their Combination: A Five Year Perspective. *International Journal of Obesity* **13**: 39-46, 1989.
10. Brownell KD, Marlatt GA, Lichtenstein E, Wilson GT. Understanding and Preventing Relapse. *American Journal of Psychology* **41**: 765-782, 1986.
11. Bray GA. Effect of Caloric Restriction on Energy Expenditure in Obese Patients. *Lancet* **2**: 397-398, 1969.
12. Kopelman PG, Stock MJ. Clinical Obesity, Blackwell Science, USA, 1998.
13. Hamilton EMN, Whitney EN,Sizer FS. Nutrition Concepts and Controversies, Fifth Edition, USA, 1991.
14. Perri MG, McAdoo WG, Spevak PA, Newlin DB. Effect of a Multicomponent Maintenance Program on Long-Term Weight Loss. *Journal of Consult Clinical Psychology* **52**: 480-481, 1984.
15. Kayman S, Bruvold W, Stern JS. Maintenance and Relapse After Weight Loss in Women: Behavioral Aspects. *American Journal of Clinical Nutrition* **52**: 800-807, 1990.
16. Folkins CH, Sime WE. Physical Fitness Training and Mental Health. *American Journal of Psychology* **36**: 373-389, 1980.
17. Arslan M, Başkal N, Çorakçı A, Görpe U, Korugan Ü, Orhan Y, Özbey N, Özer E, Ulusal Obezite Rehberi. Knoll Alman İlaç ve Ecza Tic. Ltd. Şti., 1999.
18. Moore MC. Nutrition And Diet Therapy, Second Edition. Mosby Year book, Inc., USA, 1993.
19. Perri MG, McAdoo WG, M Allister DA, Lauer JB, Yancey DZ. Enhancing The Efficacy of Behavior Therapy For Obesity: Effect of Aerobic Exercise and A Multicomponent Maintenance Program. *Journal of Consult Clinical Psychology* **54**: 670-675, 1986.
20. Perri MG, McAllister DA, Gange JJ, Jordan RC, McAdoo WG, Nezu AM. Effects of Four Maintenance Programs on The Long-Term Management of Obesity. *Journal of Consult Clinical Psychology* **56**: 529-534, 1988.
21. Kern PA, Ong JM, Saffari B, Carty J. The Effects of Weight Loss on the Activity and Expression of Adipose Tissue Lipoprotein Lipase in Very Obese Humans. *New England Journal of Medicine* **322**: 1053-1059, 1990.

22. Leibel RL, Hirsch J. Diminished Energy Requirements in Reduced Obese Patients. *Metabolism* **33**: 164-179, 1984.
23. Astrup A. Obezite Tedavisinde Diyet Yaklaşımı. *Obezite* **3**: 24-27, 2000.
24. Perri MG, Nezu AM, Patti ET, McCann KL. Effect of Length of Treatment on Weight Loss. *Journal of Consult Clinical Psychology* **57**: 450-452, 1989.
25. Bjorvell H, Rossner S. Long Term Treatment of Severe Obesity: Four Year Follow-Up of Results of a Combined Behavioural Modification Programme. *British Medical Journal* **291**: 379-382, 1985.
26. Bjorvell H, Rossner S. A Ten Year Follow- up of Weight Change in Severely Obese Subjects Treated in a Behavioural Modification Program. *International Journal of Obesity* **14**: (Suppl 2): 88, 1990.
27. Wyatt HR, Grunwald GK, Seagle HM, Klem ML, McGuire MT, Wing RR, Hill JO. Resting Energy Expenditure in Reduced - Obese Subjects in The National Weight Control Registry. *American Journal of Clinical Nutrition* **69**: 1189-1193, 1999.
28. Larson DE, Ferraro RT, Robertson DS, Ravussin E. Energy Metabolism in Weight- Stable Postobese Individuals. *American Journal of Clinical Nutrition* **62**: 735- 739, 1995.
29. Astrup A, Buemann B, Christensen NJ, Toubro S. Failure to Increase Lipid Oxidation in Response to Increasing Dietary Fat Content in Formerly Obese Women. *American Journal of Psychology* **266**: E592- E599, 1994.
30. Ferguson KJ, Brink PJ, Wood M, Koop PM. Characteristics of Successful Dieters as Measured by Guided Interview Responses and Restraint Scale Scores. *Journal of American Dietetic Association* **92**: 1119-1121, 1992.
31. Klem ML, Wing RR, McGuire MT, Seagle HM, Hill JO. A Descriptive Study of Individuals Successful at Long-Term Maintenance of Substantial Weight Loss. *American Journal of Clinical Nutrition* **66**: 239-246, 1997.