

**T.C.
FIRAT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**



**SAĞLIKLI HAYAT MERKEZİNE
BAŞVURAN YETİŞKİN OBEZİTE
HASTALARININ TAMAMLAYICI VE
ALTERNATİF TIP KULLANIM
DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

Berivan KÜÇÜK

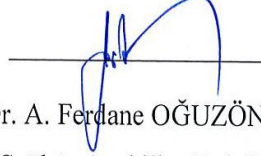
2020

ONAY SAYFASI


Prof. Dr. Mustafa Kızılcı

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

Bu tez Yüksek Lisans/Doktora Tezi standartlarına uygun bulunmuştur.

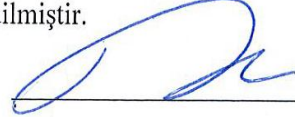

Prof. Dr. A. Ferdane OĞUZÖNCÜL

Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans/Doktora

Tezi olarak kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Süleyman Erhan DEVECİ



Danışman

Yüksek Lisans/Doktora Sınavı Jüri Üyeleri

Prof. Dr. A. Ferdane Oğuzöncül

Prof. Dr. Ali ŞAFER

Prof. Dr. S. Erhan DEVECİ





ETİK BEYAN

Kendime ait çalışmalar ile bu tez çalışmasını gerçekleştirdiğimi, çalışmaların planlanmasından, bulgularının elde edilmesine ve yazım aşamasına kadar tüm aşamalarında etiğe aykırı davranışım olmadığını, bu tezdeki tüm bilgileri ve verileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışması içinde yer alan ancak bu tez çalışmasının bulguları arasında yer almayan verilere, bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim.


Berivan KÜÇÜK
28.01.2020

Prof. Dr. Süleyman Erhan DEVECİ
Halk Sağlığı Anabilim Dalı
ELAZIĞ

TEŞEKKÜR

Tez aşamamın her anında bilgi, öneri ve tecrübeleri ile bana yol gösteren çok değerli tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Süleyman Erhan DEVECİ'ye,

Yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerini paylaşan değerli hocalarım Prof. Dr. A. Ferdane OĞUZÖNCÜL, Prof. Dr. Edibe PİRİNÇCİ ve Dr. Öğr. Üyesi A. Tevfik OZAN'a,

Tezimi hazırlarken hep yanımda olan ve manevi desteğini esirgemeyen annem Nermin KÜÇÜK ve kardeşim Dilhan KÜÇÜK'e

Tezimin her aşamasında bana destek olan ve tezimi bitirebilmem için işleri bana göre ayarlayan iş arkadaşlarım Bahar ÖLKE, Burçin AYGÜN ÇEVİK ve Sibel ERDEM DİREK'e

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	ii
ETİK BEYAN	iii
TEŞEKKÜR	iv
İÇİNDEKİLER	v
TABLO LİSTESİ	vii
ŞEKİLLER LİSTESİ	ix
KISALTMALAR	x
1. ÖZET	1
2. ABSTRACT	3
3. GİRİŞ	5
3.1. Obezite	5
3.1.1. Obezitenin Saptanması	5
3.1.2. Dünyada ve Türkiye’ de Obezitenin Epidemiyolojisi	6
3.1.3. Obezitenin Etiyolojisi	8
3.1.4. Obezitenin Sınıflandırılması	11
3.1.4.1. Yağ Hücre Sayısı ve Büyüklüğüne Göre Sınıflandırma	11
3.1.4.2. Vücut Yağ Dağılımına Göre Sınıflandırma	11
3.1.4.3. BKİ’ ye Göre Sınıflandırma	12
3.1.4.4. Etiyolojiye Göre Sınıflandırma	12
3.1.5. Obezitenin Sonuçları (Komplikasyonları)	13
3.1.6. Obezitenin Tedavisi	14
3.1.6.1. Tıbbi Beslenme Tedavisi	14
3.1.6.2. Egzersiz Tedavisi	15
3.1.6.3. Davranış Değişikliği Tedavisi	16
3.1.6.4. Farmakolojik Tedavi	16
3.1.6.5. Cerrahi Tedavi	17
3.2. Tamamlayıcı Ve Alternatif Tıp	18
3.2.2. Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Tarihçesi	19
3.2.3. Dünyada ve Türkiye’ de Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Kullanılma Sıklığı	22
3.2.4. Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Kullanma Amaçları	26
3.2.5. Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Yöntemleri	27
3.3. Obezitede Tamamlayıcı Ve Alternatif Tıp Kullanımı	34
3.3.1. Obezitede Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Kullanım Epidemiyolojisi	35
3.3.2. Obezitede Kullanılan Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Yöntemleri	36
3.4. Sağlıklı Hayat Merkezleri	40

4. GEREÇ VE YÖNTEM	42
5. BULGULAR	44
6. TARTIŞMA	57
7. KAYNAKLAR	77
8. EKLER	91
9. ÖZGEÇMİŞ	98



TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Dünyada DSÖ Bölgelerine Göre 2016 Yılı Yetişkinler İçin Obezite Prevalansı	7
Tablo 2. BKİ'ye Göre Obezite Sınıflandırılması	12
Tablo 4. Tıbbi Beslenme Tedavisinin İlkeleri	15
Tablo 5. Bazı Anti-obezite Bitkilerin İnsandaki Farklı Fonksiyonları	37
Tablo 6. Araştırma Kapsamına Alınanların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Dağılımları	44
Tablo 7. Araştırma Kapsamına Alınanların Mevcut Hastalık Durumuna Göre Dağılımları	45
Tablo 8. Araştırma Kapsamına Alınanların Sağlığı Etkileyebilecek Davranışlarına Göre Dağılımları	46
Tablo 9. Araştırma Kapsamına Alınanların Günlük Su Tüketim Miktarlarına Göre Dağılımları	46
Tablo 10. Araştırma Kapsamına Alınanların Yeme İsteğini Artıran Nedenlere Göre Dağılımları	47
Tablo 11. Araştırma Kapsamına Alınanların Fazla Kilolu Olma Sürelerine Göre Dağılımları	47
Tablo 12. Araştırma Kapsamına Alınanların Zayıflamak İçin Kullandıkları Yönteme Göre Dağılımları	48
Tablo 13. Araştırma Kapsamına Alınanların TAT Hakkındaki Düşüncelerine Göre Dağılımları	48
Tablo 14. Araştırma Kapsamına Alınanlardan Bitkisel Ürün Kullananların Kullandıkları Bitkisel Ürünlere Göre Dağılımları	49
Tablo 15. Araştırma Kapsamına Alınanlardan TAT Yöntemi Kullananların Toplam TAT Kullanım Sürelerine Göre Dağılımları	50
Tablo 16. Araştırma Kapsamına Alınanlardan TAT Kullananların Tavsiye Aldığı Kaynağa Göre Dağılımları	50
Tablo 17. Araştırma Kapsamına Alınanlardan TAT Kullananların TAT Yöntemi ile İlgili Düşüncelerine Göre Dağılımları	51
Tablo 18. Araştırma Kapsamına Alınanların BKİ Gruplandırmasına Göre Dağılımları	51
Tablo 19. Araştırma Kapsamına Alınanlarda Obeziteyi Etkileyebilecek Faktörlerin Cinsiyete Göre Dağılımı	52
Tablo 20. Araştırmaya Kapsamına Alınanların Cinsiyete Göre BKİ Ve VYO Ortalamalarının Dağılımı	52

Tablo 21. Araştırma Kapsamına Alınanlarda Sosyo-demografik Özelliklere Göre Fiziksel Aktivite Yapma Durumu Dağılımı	53
Tablo 22. Araştırma Kapsamına Alınanların Sosyo-demografik Özelliklere Göre BKİ Ortalamalarının Dağılımı	53
Tablo 23. Araştırma Kapsamına Alınanların Sağlık Değişkenlerine Göre BKİ Ortalamalarının Dağılımı	54
Tablo 24. Araştırma Kapsamına Alınanların Yeterli Ve Dengeli Beslenme İfadelerine Göre Öğün Atlama Durumlarının Dağılımı	55
Tablo 25. Araştırma Kapsamına Alınanların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Obezite İle İlgili TAT Kullanma Durumlarının Dağılımı	55
Tablo 26. Araştırma Kapsamına Alınanların Sağlık Değişkenlerine Göre Obezite İle İlgili TAT Kullanma Durumlarının Dağılımı	56



ŞEKİL LİSTESİ

- Şekil 1.** Geleneksel ve tamamlayıcı tıp yöntemlerinin kullanıldığı DSÖ üye devlet sayısı 23
- Şekil 2.** DSÖ Batı Pasifik Bölgesi'nde seçilen ülkelerde geleneksel tıp kullanan nüfus yüzdesi 23
- Şekil 3.** 2012 NHIS sonuçlarına göre ABD' de en yaygın kullanılan tamamlayıcı sağlık yaklaşımları 24



KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
BİA	: Biyoelektriksel İmpedans Analizi
BKİ	: Beden Kütle İndeksi
CDC	: Kronik Hastalıkları Önleme ve Kontrol Merkezi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EFCAM	: Avrupa Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Federasyonu
EFSA	: Avrupa Gıda Güvenliği Otoritesi
EGCG	: Epigallokateşin gallat
EUROASPIRE	: Avrupa Kalp Damar Hastalıkları Önleme ve Diyabet Araştırması
FDA	: Amerika Gıda ve İlaç İdaresi
GETAT	: Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp
NCCIH	: Amerika Ulusal Tamamlayıcı ve İntegratif Sağlık Birimi
NIH	: Amerika Ulusal Sağlık Enstitüsü
OECD	: Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü
SHM	: Sağlıklı Hayat Merkezi
TAT	: Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp
TBSA	: Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması
Tip 2 DM	: Tip 2 Diabetes Mellitus
TKrHRF	: Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması
TURDEP	: Türkiye Diyabet Epidemiyoloji Çalışması
VYO	: Vücut Yağ Oranı

1. ÖZET

Obezite tüm Dünya’da yaygınlığı artan önemli bir halk sağlığı sorunudur. Obezite hastaları zayıflamak amacıyla kanıtlanmış tedavi yöntemlerinin yanı sıra hızlı ve daha az zahmetli kilo kaybı sağlamak amacıyla Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp (TAT) yöntemlerine yönelmektedirler. Bu araştırma Elazığ Şehit Mehmet Aygün Sağlıklı Hayat Merkezi Sağlıklı Beslenme Danışmanlığı’na başvuran obezite hastalarının TAT kullanma durumlarının değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır

Tanımlayıcı ve kesitsel olan bu çalışma, Sağlıklı Hayat Merkezi’ne başvuran 300 obezite hastasının katılımıyla yapılmıştır. Katılımcılara demografik, sosyal ve sağlık bilgileri ile Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp kullanım durumlarını değerlendiren literatür kaynaklı hazırlanmış anket yüz yüze görüşme yöntemiyle yapılmıştır. Veriler istatistik paket programına kaydedilerek, hata kontrolleri, tablolar ve istatistik analizleri yapılmıştır..

Araştırma kapsamına alınan kişilerin %95’i kadın, %5’i erkek olup, BKİ ortalamaları $35.56 \pm 4.45 \text{ kg/m}^2$ ’dir. Katılımcıları obezite ile ilgili TAT yöntemi kullanma oranı %63.7 iken kullanılan yöntemler bitkisel tedavi ve akupunkturdur. Bitkisel ürün kullananların en sık kullandığı ürün yeşil çaydır (%80.6). TAT yöntemi kullananların %56.9’u aile, akraba, komşu önerisi ile kullanmış olup, %60.7’si kullandığı yöntemden fayda gördüğünü, %87.4’ü yan etki görmediğini belirtmiştir. TAT kullanımı erkeklerde, ilkokul ve altı eğitim düzeyinde, alt gelir grubunda ve fiziksel aktivite yapmayanlarda anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur ($p < 0.05$).

Sonuç olarak obezite hastalarında obezite ile ilgili TAT yöntemi kullanımının yaygın olduğu, ancak kişilerin bu konu ile ilgili bilgi düzeylerinin düşük olduğu görülmüştür. Obez kişilerin obezite tedavisi ve TAT kullanımı konusunda bilinçlenmesini sağlamak amacıyla multidisipliner çalışmalar yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Sağlıklı Hayat Merkezi, Obezite, Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp



2. ABSTRACT

EVALUATION OF THE USE OF COMPLEMENTARY AND ALTERNATIVE MEDICINE IN ADULT OBESITY PATIENTS APPLYING TO HEALTHY LIFE CENTER

Obesity is an important public health problem that is increasingly prevalent in the world. In addition to proven treatment to reduce weight, obesity patients are turning to complementary and alternative medicine to achieve rapid and less laborious weight loss. This study was conducted to evaluate the use of CAM in obesity patients who applied to Elazığ Şehit Mehmet Aygün Healthy Life Center Healthy Nutrition Counseling.

This descriptive and cross-sectional study was conducted with the participation of 300 obesity patients admitted to the Healthy Life Center. A questionnaire prepared from the literature evaluating demographic, social and health information and the use of Complementary and Alternative Medicine was applied to the participants by face to face interview method. Data were recorded in the statistical package program and error controls, tables and statistical analyses were performed.

95% of the people included in the study were female and 5% were male, and the mean BMI was 35.56 ± 4.45 kg/m². While the rate of using CAM for obesity was 63.7%, the methods used were herbal treatment and acupuncture. The most frequently used herbal product is green tea (80.6%). 56.9% of those who used the TAT method used it on the recommendation of family, relative, neighbor, and 60.7% stated that they benefited from the method they used and 87.4% did not see any side effects. TAT use was found to be significantly lower in

men, primary and six education levels, lower income groups and those who did not engage in physical activity ($p < 0.05$).

As a result, it has been observed that the use of TAT methods related to obesity is widespread in obesity patients, but people have low level of knowledge about this subject. Multidisciplinary studies should be performed to raise awareness of obese people about obesity treatment and CAM use.

Key Words: Healthy Life Center, Obesity, Complementary and Alternative Medicine



3. GİRİŞ

3.1. Obezite

Obezite, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından “vücutta sağlık için risk oluşturabilecek düzeyde aşırı veya anormal yağ birikimi” olarak tanımlanan patolojik bir durumdur (1, 2). Birçok genetik, diyetsel, yaşam tarzı ve çevresel etkenin etkileşimi sonucunda oluşan medikal, psikolojik, sosyal ve ekonomik etkileri olan ve tüm yaş ve sosyo-ekonomik grupları etkileyen tanısı kolay tedavisi zor olan dünya çapında önemli bir halk sağlığı sorunudur (3-5).

3.1.1. Obezitenin Saptanması

Obezite değerlendirmesi genellikle ağırlığın (kg) boyun karesine (m²) bölünmesiyle elde edilen Beden Kütle İndeksi (BKİ) ile yapılmakta olup, BKİ'nin 30 ve üzeri olduğu bireyler obez olarak kabul edilmektedir (1). BKİ pratikte sıklıkla kullanılmasına rağmen vücut kompozisyonunu (yağ-kas oranı gibi) göstermemesi kısıtlılıklarındandır. BKİ sadece ağırlıkla hesaplandığı ve vücuttaki yağ miktarını belirlemediği için kas oranı yüksek olan sporcularda, hamilelerde, ileri derece yaşlılarda, ödeme neden olabilecek böbrek yetmezliği ve kalp yetmezliği gibi hastalıklarda yanıltıcı sonuçlar verebilmektedir (6).

Obezitenin değerlendirilmesinde özellikle abdominal yağlanmanın belirlenmesinde bel çevresi ölçümünün kullanılması da önerilmektedir. DSÖ'nün abdominal obezite için belirlediği bel çevresi ölçüleri erkeklerde ≥ 102 cm, kadınlarda ≥ 88 cm'dir. Türkiye'de ise abdominal obezite kriteri Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMED) obezite-lipid metabolizması-hipertansiyon çalışma grubuna göre erkeklerde ≥ 100 cm, kadınlarda ≥ 90 cm

olarak önerilmiştir. Abdominal obezite erkeklerde 0.90'ın, kadınlarda 0.85'in üzerinde olan bel kalça oranı ile de belirlenebilmektedir (7, 8). Bel/boy oranı ($\geq 0,5$ olması), boyun çevresi (erkeklerde ≥ 37 cm, kadınlarda ≥ 34 cm olması) abdominal yağlanmanın diğer göstergeleridir (9).

Vücut yağ miktarının ölçülmesi için su altında ağırlık ölçümü yapılması, dual enerji X-ışını absorptiometrisi (DEXA), biyoelektriksel impedans analizi (BİA), magnetik rezonans, bilgisayarlı tomografi ve deri kıvrım kalınlığı gibi birçok yöntem geliştirilmiştir (10, 11). Ancak bu yöntemlerin çoğu klinik uygulamalarda yaygın olarak kullanılamamaktadır. Son yıllarda BİA cihazları klinik kullanıma girmiştir. Bu cihazlar ile dokuya elektrotlar aracılığı ile değişik frekanslarda alternatif akımlar verilip dokuların bu akıma gösterdiği dirence göre vücut kompozisyonu (vücut yağ yüzdesi, vücut yağ kütlesi, yağsız vücut yüzdesi, yağsız vücut kütlesi, vücut su yüzdesi, vücut su miktarı gibi vücut bileşenleri) belirlenmektedir. BİA cihazı ile vücut yağ oranının belirlenmesi bireyleri herhangi bir radyasyona maruz bırakmayan, basit, ucuz ve hızlı bir yöntemdir. Ancak bu cihazlarla hesaplanan yağın visseral mi, subkutan mı olduğu ayırt edilememektedir (8).

3.1.2. Dünyada ve Türkiye' de Obezitenin Epidemiyolojisi

Obezite 21. yüzyılın dünya çapında görülme sıklığı giderek artan en büyük sağlık sorunlarından biridir (12). DSÖ verilerine göre obezite 1975 ile 2016 yılları arasında neredeyse 3 kat artış göstererek 2016 yılında dünya çapında yetişkin obez sayısı 650 milyona ulaşmıştır. Yetişkin toplam nüfusun %13.1'inin; erkeklerin %11.1'i, kadınların %15.1'inin obez olduğu bildirilmiştir (Tablo 1) (13, 14).

Tablo 1. Dünyada DSÖ bölgelerine göre 2016 yılı yetişkinler için obezite prevalansı (yaşa göre standartlaştırılmış tahmin)

DSÖ Bölgeleri	Erkek	Kadın	Toplam
Afrika	5.6	15.3	10.6
Amerika	25.9	31.0	28.6
Güneydoğu Asya	3.3	6.1	4.7
Avrupa	21.9	24.5	23.3
Doğu Akdeniz	15.7	26.0	20.8
Batı Pasifik	6.0	6.7	6.4
Global	11.1	15.1	13.1

2014 yılı Avrupa İstatistik Ofisi (Eurostat) verilerinde 28 Avrupa ülkesinde yetişkinlerde obezite oranı %9.4-26 arasında değişmekte olup toplamda obezite oranının %15.9, kardiyovasküler hastalıklar ve risk faktörlerini belirlemek amacıyla 2012-2013 yıllarında 24 Avrupa ülkesinde yapılan Avrupa Kalp Damar Hastalıkları Önleme Ve Diyabet Araştırması (EUROASPIRE)–IV sonucunda obezite prevalansının %37.6 (kadınlarda %44, erkeklerde %36) olduğu bildirilmiştir (15, 16). Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü'nün (OECD) 2017 yılında yayınlanan verilerine göre 35 OECD ülkesinde 15 yaş ve üzeri bireylerde obezite oranı %19.5'tir. Obezite oranının en düşük olduğu ülkeler Japonya (%3.7), Kore (%5.3), İtalya (%9.8) iken, en yüksek olduğu ülkeler Amerika Birleşik Devletleri (ABD) (%38.2), Meksika (%32.4), Yeni Zelanda (%30.7)'dir. Türkiye %22.3 obezite oranı ile obezite oranı sıralamasında 23. sıradadır (17). Amerika Birleşik Devletleri'nde Kronik Hastalıkları Önleme ve Kontrol Merkezi (CDC) tarafından yürütülen Ulusal Beslenme ve Sağlık Araştırması 2015-2016 verilerine göre yetişkinlerde obezite prevalansının %39.8 (yaklaşık 93.3 milyon yetişkin) olarak tespit edildiği bildirilmiştir (18).

Obezite prevalansı tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de de giderek artmaktadır. Türkiye'de EUROASPIRE-III çalışmasında %35.5 olan obezite

sıklığı EUROASPIRE-IV çalışmasında %40.7 olarak belirlenmiştir (19). Eurostat verilerinde ise obezite sıklığının 2008 yılında %16.2 iken, 2014 yılında %21.2 olduğu görülmüştür (15). Türkiye’de obezite prevalansının 1997-1998 yıllarında 20 yaş ve üstü bireyler üzerinde yapılan Türkiye Diyabet Epidemiyoloji Çalışması (TURDEP-I)’nda %22.3 (kadınlarda %32.9, erkeklerde %13.2) iken bu çalışmadan 12 yıl sonra yapılan TURDEP-II’ de %31.2’ye (kadınlarda %44.2, erkeklerde %27.3) çıktığı gözlemlenmiştir (8, 20). Sağlık Bakanlığı tarafından 2004 yılında yayınlanan 30 yaş ve üstü 15468 birey üzerinde yapılmış “Sağlıklı Beslenelim, Kalbimizi Koruyalım” çalışması raporunda; Türkiye’de bireylerin %35’inin obez olduğu bildirilmiştir (kadınların %41.5’i, erkeklerin %21.2’si) (21). Türkiye genelinde 19056 kişi üzerinde yapılan Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA)-2010 sonucunda; yetişkinlerde obezite sıklığı %30.3 (erkeklerde %20.5, kadınlarda %41), morbid obezite görülme sıklığı %2.9 (erkeklerde %0.7, kadınlarda %5.3), 2011 yılında yapılan Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması’nda (TKrHRF) obezite sıklığı erkeklerde %15, kadınlarda %29 olarak saptanmıştır (22, 23). Türkiye Hane Halkı Sağlık Araştırması-2017 sonuçlarına göre ise erkeklerin %21.6’sı, kadınların %35.9’u olmak üzere toplam kişilerin %28.8’i obezdir (24). Türkiye’de yapılan 12 çalışmanın incelendiği bir meta-analizde obezite prevalansı kadınlarda %32.2, erkeklerde %18.2 olarak belirlenmiştir (25).

3.1.3. Obezitenin Etiyolojisi

Obezitenin oluşumunda birçok faktör etkilidir ve etiyoloji iyi bilinmemektedir (26). Obezite temelde diyetle alınan enerji ile harcanan enerji arasındaki dengesizlik sonucu oluşmaktadır (13). Demografik ve sosyo-kültürel

özellikler, nörolojik, psikolojik, biyokimyasal, fizyolojik bazı durumlar, kullanılan bazı ilaçlar (antidepresan vb.), ekonomik durum, çevre ve genetik yatkınlık gibi faktörler de obezitenin oluşumuna katkıda bulunabilir (26, 27).

Enerji harcamasında eşit miktarda bir artış olmadan enerjisi yoğun gıda tüketiminde artışın olması veya azalan fiziksel aktivite seviyeleri ve sedanter yaşamın artması enerji dengesizliği ile sonuçlanıp ağırlığın sağlıksız bir şekilde artmasına neden olur (13). Kolayca ulaşılabilir olan yağ ve şeker içeriği yüksek, enerji yoğunluğu fazla olan yiyecek ve içeceklerin tüketiminin artması, porsiyonların büyümesi, hızlı ve ayaküstü yeme alışkanlığı gibi yanlış beslenme alışkanlıkları sonucu artan enerji alımı ile şehirleşmenin artması, ulaşımın kolaylaşması, maşa başı işte çalışma, teknolojik araçların (akıllı cep telefonları, bilgisayar, tablet, televizyon vb.) kullanımının yaygınlaşması, fiziksel aktivitenin azalması ve sedanter yaşamın artması sonucu azalan enerji harcaması birleştiğinde obezitenin kaçınılmaz olduğu belirtilmektedir (8, 28, 29).

Çevresel faktörler besin alımı ve fiziksel aktiviteyi obezite oluşumu yönünde etkileyebilmektedir. Obezitenin oluşmasına zemin hazırlayan çevre olarak tanımlanabilecek obezojenik çevre tutum, davranış, siyasi, coğrafi, ekonomik, sosyal, ailevi, bireysel, teknolojik ve fiziksel açıdan ele alınması gereken karmaşık ve çok boyutlu bir yapıdır. Bireyler yakın çevrelerinin -aile, arkadaş grupları, okul- obezojenik davranışlarından etkilenmektedir. Taşıma sistemleri, medya, pazarlama, kentsel gelişim, sağlık sistemleri, teknoloji, kültür, sosyoekonomik durumlar da bireylerin sağlık davranışlarını yönlendirebilmektedir. Yaşanılan çevrede yürüme alanlarının, parkların, fiziksel

aktivite alanlarının azalması da obeziteyi destekleyen çevresel faktörlerdendir (29-31).

Obezitede genetik faktörlerin rolü tam olarak bilinmese de yapılan çalışmalar, genetik bileşenlerin obezite oluşumunda önemli etkisinin olduğunu göstermiştir. Tek bir gendeki bozukluktan (monogenik obezite) veya çeşitli genetik varyantlar ile çevrenin etkileşimi sonucunda (poligenik obezite) obezite meydana gelebilir (32). Ailesinde obezite görülen bireyler, aile üyeleri ile birlikte yaşamasalar bile ailesinde obez olmayan bireylere göre obeziteye yakalanma riskleri artmaktadır. Ebebeynleri obez olmayan çocukların obez olma ihtimali %14 iken bu ihtimal yalnızca bir ebebeyni obez olanlarda %40, her iki ebebeyni obez olanlarda ise %80'dir (32-34).

Obezite her yaşta görülmekle birlikte yaş ilerledikçe hareketlerin kısıtlanmasından kaynaklı genellikle risk artmaktadır. Obezite genellikle kentsel kesimde kırsal kesime göre, kadınlarda erkeklere göre, eğitim düzeyi düşük olan bireylerde eğitim düzeyi yüksek olanlara göre daha fazla görülmektedir (28). TKrHRF çalışmasında obezite sıklığı her iki cinsiyette de en fazla 55-64 yaş grubunda, TBSA-2010 çalışmasında obezitenin en fazla görüldüğü yaş gruplarının her iki cinsiyette de sırasıyla 51-64 (E: %30.7, K: %64.4) ve 65 yaş ve üzeri (E:%25.8, K: %53.5) yaş gruplarında ve kentlerde (E: %20.9, K: %40.4) kırsal kesimde yaşayanlara (E:%19.1, K:%42.9) göre daha fazla görüldüğü bildirilmiştir (22, 23).

Medeni durum (evli olmak), hormonal ve metabolik etmenler (steroid üretiminde fazlalık, hipotiroidi, Polikistik Over Sendromu vb.), sık aralıklarla çok düşük enerjili diyetler uygulama, sigara-alkol kullanım durumu, az uyku süresi,

doğum sayısı ve doğumlar arası süre gibi faktörlerde obezite oluşumunu etkileyen faktörlerdendir (35).

3.1.4. Obezitenin Sınıflandırılması

3.1.4.1. Yağ Hücre Sayısı ve Büyüklüğüne Göre Sınıflandırma

Hiperplastik (Hipersellüler) Obezite: Yağ hücrelerinin normal büyüklükte olup yağ hücre sayısının arttığı obezite tipidir. Genellikle çocukluk çağında başlayan hiperplastik obezite nadiren erişkinlik dönemde de görülebilir. Kişi zayıfladıkça yağ hücrelerinin hacmi küçülür ancak sayısı değişmez. Komplikasyonlarla ilişkisi hipertrofik obeziteye göre daha azdır (6).

Hipertrofik Obezite: Yağ hücre sayısının normal olup hacminin ve lipit içeriğinin arttığı yağ hücrelerinin genellikle santral yerleşimli olduğu obezite tipidir. Hipertrofik obezite genellikle gelişim dönemi tamamlanmış erişkin ve hamilelerde görülür. Kişi zayıflayınca yağ hücreleri normal hacmine döner. Yağ hücreleri santral yerleşimli olduğu için komplikasyonlarla ilişkisi daha fazladır (6).

3.1.4.2. Vücut Yağ Dağılımına Göre Sınıflandırma

Ovoid Tip Obezite: Vücut ağırlığında ve yağ kütlelerinde aşırı artışın görülüp, yağın tüm vücutta benzer oranlarda dağıldığı obezite tipidir (36).

Android Tip Obezite (Abdominal / Santral / Erkek Tipi /Elma Tipi Obezite): Vücut yağının vücudun üst kısmında –karın ve göğüs bölgesinde– yoğunlaştığı, aterosklerozis, diyabet, insülin direnci gibi metabolik komplikasyonlarla daha fazla ilişkili olan obezite tipidir. Artmış bel çevresi ölçümü ve bel/ kalça oranı android tip obezitenin belirleyicisidir (6, 37, 38).

Jineoid Tip Obezite (Periferik Tip/ Kadın Tipi / Armut Tipi / Femoral Obezite): Vücut yağının uyluk ve kalçada yoğunlaştığı obezite tipidir. Bu tip obezite ile venöz dolaşım bozuklukları arasında anlamlı bir ilişki olduğu bildirilmiştir (6).

3.1.4.3. BKİ' ye Göre Sınıflandırma

BKİ aralıkları vücut yağının hastalık ve ölüm üzerindeki etkisine dayanmaktadır. BKİ arttıkça bazı hastalıklar –kardiyovasküler hastalıklar, hipertansiyon, diyabet, osteoartrit, bazı kanser türleri– için risk artmaktadır (39). Obezitenin BKİ değerlerine göre sınıflandırması Tablo 2’de verilmiştir (39, 40).

Tablo 2. BKİ’ye göre obezite sınıflandırılması

<18.5	Zayıf (Düşük Ağırlıklı)
18.5-24.9	Normal
25.0-29.9	Pre-obez (hafif şişman, fazla kilolu)
30.0-34.9	I. Derece Obezite
35.0-39.9	II. Derece Obezite
≥40	III. Derece Obezite (Morbid Obez)

3.1.4.4. Etiyolojiye Göre Sınıflandırma

Basit/ Primer / Eksojen Obezite

Eksojen obezite, yüksek enerjili yiyeceklerin tüketiminin artması ve fiziksel aktivitenin azalmasıyla sedanter yaşamın artması sonucu oluşan enerji dengesizliğinden kaynaklanmaktadır. Patolojik bir nedene bağlı değildir. Erişkinlerdeki obezitenin büyük çoğunluğu eksojen obezitedir (41).

Sekonder / Endojen Obezite

Endokrin (Hipotalamik bozukluklar, hipotiroidizm, Cushing Sendromu, büyüme hormonu eksikliği, polikistik over sendromu gibi obezite ile sonuçlanabilecek hastalıklar), genetik (kısa boyluluk, zihinsel yetersizlik, Down Sendromu, Prader-Willi Sendromu, Turner Sendromu, Cohen Sendromu gibi obezitenin eşlik ettiği durumlar) veya ilaç kullanımı (glukokortikoidler, siproheptadin, amitriptilin, fenotiazin, östrojen, progesteron, Lityum ilaçlarının yan etkisi) gibi nedenlerin rol aldığı obezite tipidir (42).

3.1.5. Obezitenin Sonuçları (Komplikasyonları)

Obezite artmış yağ dokusu ve bundan salgılanan adipokinler ile birçok doku ve organı olumsuz etkileyen, yaşam süresini kısaltıp yaşam kalitesini düşüren bir hastalıktır (42). Obezite Tip 2 Diabetes Mellitus (Tip 2 DM), kardiyovasküler hastalıklar, inme, osteoartrit, hipertansiyon, bazı kanser türleri (kolon, rektum, prostat, endometrium, meme ve safra kesesi kanseri) gibi pek çok hastalık ve bunlara bağlı ölüm oranlarının artışı ile ilişkilidir (43). Obezitenin komplikasyonları Tablo 3'te verilmiştir.

Tablo 3. Obezitenin komplikasyonları

Metabolik -Tip 2 DM -Dislipidemi -Gut hastalığı	Kardiyovasküler Sistem -Kalp yetersizliği -Koroner arter hastalığı -Periferik damar hastalıkları -Hipertansiyon
Sindirim Sistemi -Gastroözofageal reflü hastalığı -Hiatal herni -Kolelitiazis ve safra kesesi hastalıkları -Nonalkolik yağlı karaciğer hastalığı -Siroz	Nörolojik Hastalıklar -İnme -Subaraknoid kanama -Periferik ve tuzak nöropatiler
Solunum Sistemi -Hipoventilasyon sendromu -Obstrüktif uyku apne sendromu (OSAS)	Genitoüriner Sistem -Cinsel işlev bozuklukları ve hipogonadizm -Obstetrik komplikasyonlar -Stres inkontinansı
Deri -Akantozis nigrikans -Selülit -İntertrigo ve mantar enfeksiyonları -Lenfödem	Kanser -Meme kanseri -Kolon kanseri -Serviks, endometrium, over kanseri -Karaciğer kanseri -Safra kesesi kanseri -Böbrek kanseri -Prostat kanseri
Kas-İskelet Sistemi -Osteoartrit -Düşmeye eğilim	Psikososyal -Depresyon -Anksiyete -İş bulma güçlüğü -Sosyal izolasyon

3.1.6. Obezitenin Tedavisi

Obezite, bireyin özellikleri göz önüne alınarak bireyin etkin katılımıyla hekim, diyetisyen, fizyoterapist, psikolog gibi sağlık profesyonellerinin ekip olarak çalıştığı multidisipliner bir yaklaşımla ele alınmalıdır (44, 45).

Obezite tedavisinde tıbbi beslenme tedavisi, egzersiz tedavisi, davranış değişikliği tedavisi, farmakoloji (ilaç) tedavisi ve cerrahi tedavi olmak üzere beş tedavi yöntemi kullanılmaktadır (45).

3.1.6.1. Tıbbi Beslenme Tedavisi

Tıbbi beslenme tedavisi ile vücut ağırlığını hedeflenen ağırlığa getirmek ve bu ağırlığı korumak, doğru ve kalıcı beslenme alışkanlıkları kazandırmak,

kişinin yaşı, cinsiyeti, yaşam şekli, fiziksel aktivite durumu, sağlık durumu ve tercihlerine göre gereksinim duyduğu enerji ve besin öğelerini karşılamak amaçlanmaktadır (44). Obezitede tıbbi beslenme tedavisinin ilkeleri Tablo 4’te verilmiştir.

Tablo 4. Tıbbi Beslenme Tedavisinin İlkeleri

Enerji	Günlük alınan enerji bireyin özelliklerine göre ayarlanmalı, bazal metabolizma hızının altında olmamalıdır. Enerji alımı 0.5-1 kg/hafta kilo kaybı sağlanacak şekilde kısıtlanmalıdır (46). Günlük 500-750 kkal kalori kısıtlaması sağlanmalıdır. Diyetin günlük enerji alımı kadınlar için 1200-1500 kkal, erkekler için 1500-1800 kkal olarak hedeflenebilir (47).
Karbonhidrat	Günlük alınacak enerjinin %50-60’ı karbonhidratlardan, en fazla %10’u basit karbonhidratlardan gelecek şekilde ayarlanmalıdır (48). Karbonhidrat kaynağı olarak kurubaklagil, tam tahıllı ürünler gibi kompleks karbonhidratlar tercih edilmelidir (44).
Protein	Günlük enerjinin %15-20’si proteinlerden gelmelidir (48). Diyet proteininin %30-40’ının hayvansal protein kaynaklarından gelmelidir (44).
Yağ	Günlük alınacak enerjinin %25-30’u yağlardan gelecek şekilde ayarlanmalı, yağda eriyen vitaminlerin vücutta kullanımını sağlamak için alınan yağ miktarı çok azaltılmamalıdır. Günlük kolesterol alımı 300 mg’nin altında olmalıdır (46, 48).
Vitamin- Mineral	Çok düşük kalorili diyetler (kadınlarda <1200 kkal/gün, erkeklerde <1500 kkal/gün) uygulanmayıp yeterli ve dengeli beslenme sağladığında vücuda yeterli miktarda vitamin-mineral alımı sağlanmaktadır. Yetersizlik oluşması durumunda hekim tavsiyesi doğrultusunda vitamin-mineral desteği alınabilir (48).
Posa	Günlük 14g/1000 kkal (20-35 g/gün) posa alımı sağlanmalıdır (48).
Sıvı	Vücudun düzenli olarak çalışması için günlük sıvı gereksinimi 1 ml/kkal’dır. Yetişkinlerde sıvı tüketimi 2.0-2.5 L’nin altına düşmemelidir (48).
Öğün Düzeni	Beslenme programı bireylerin yaşam koşulları göz önüne alınarak 4-6 öğün olacak şekilde planlanmalıdır (46).

3.1.6.2.Egzersiz Tedavisi

Fiziksel aktivite enerji harcamalarının önemli bir belirleyicisidir, enerji dengesi ve ağırlık kontrolü için büyük öneme sahiptir (49). Egzersiz programı bireyin yaş, cinsiyet, kondüsyon düzeyi, spor geçmişi ve tercihlerine göre

ayarlanmalıdır (8). DSÖ yetişkinlerde haftada en az 150 dakika orta yoğunlukta aerobik fiziksel aktivite veya hafta boyunca en az 75 dakika şiddetli yoğunluklu aerobik fiziksel aktivite ya da eşdeğer bir orta ve şiddetli yoğunluklu fiziksel aktivite kombinasyonu önermektedir (50). Klinik olarak anlamlı kilo kaybının (%5'den fazla) sağlanması için haftada 255-420 dk orta yoğunlukta fiziksel aktivite yapılması önerilmektedir (8).

3.1.6.3. Davranış Değişikliği Tedavisi

Obezite tedavisinin önemli aşamalarından birisi obeziteye neden olan hatalı alışkanlıklar yerine doğru alışkanlıklar kazandırmak ve yaşam boyu devam ettirilmesini sağlamaktır (44). Davranış değişikliği tedavisinin kendi kendini gözlemlenme (bireyin hatalı davranışlarını belirlemesi), uyaran kontrolü (bireyin hatalı davranışlarını tetikleyen etmenlerin bulunması ve kontrol altına alınması), alternatif davranış geliştirme, pekiştirme ve kendi kendini ödüllendirme (uygun davranışların ödüllendirilerek pekiştirilmesi), bilişsel yeniden yapılandırma, sosyal destek (aile ve çevreden destek alınması) olmak üzere yedi basamağı vardır (45).

3.1.6.4. Farmakolojik Tedavi

Obezite hastaları daha kısa sürede ve kolaylıkla kilo verecekleri düşüncesiyle ilaç tedavisi almak istemektedir (35). Obezite tedavisinde tıbbi beslenme tedavisi ve egzersiz tedavisinin yanında farmakolojik tedavinin kullanılması daha fazla kilo kaybı olmasına yardımcı olur (8). BKİ'nin 30 kg/m² üzerinde olması (obeziteye bağlı başka risk faktörü olmadığı durumda), BKİ'nin 27 kg/m² üzerinde olması ve koroner arter hastalığı, dislipidemi, hipertansiyon,

Tip 2 DM, serebrovaskuler hastalık, uyku apnesi gibi obezite ile ilişkili risk faktörleri/komplikasyonlardan en az birinin olması, tıbbi beslenme, egzersiz ve davranış değişikliği tedavilerine uyum sağlayamama durumlarında farmakolojik tedavi kullanılabilir (45).

Obezite tedavisinde kullanılacak ideal ilacın dozla ilişkili kilo kaybı ve ulaşılan hedefin devamlılığını sağlamak, uzun süreli kullanımlar için güvenilir olması ve yan etkisinin olmaması, tolerans geliştirmemek ve bağımlılık yapmamak gibi özellikleri bulundurması gerekmektedir. Ancak obezite tedavisinde kullanılan ilaçların hiçbiri ideal ilaç özelliklerinin hepsini karşılayamamaktadır (8,35). Ülkemizde orlistat ve liraglutid obezite tedavisinde kullanılan ilaçlardır. Orlistat, pankreatik lipaz inhibitörü olup intestinal yağ sindirimini azaltmaktayken, Liraglutid ise Glukagon Benzeri Peptid-1 (GLP-1) reseptör agonisti olup glukagon yanıtını azaltma, glukozu bağımlı insülin salınımını uyarma, gastrik boşalmayı yavaşlatıp iştahı azaltma gibi özellikleri vardır (8).

3.1.6.5. Cerrahi Tedavi

BKİ 40 kg/m² ve üzeri olan veya BKİ 35 kg/m² ve üzeri olan, ayrıca obezite ile ilişkili tip 2 DM, dislipidemi, hipertansiyon, uyku-apne sendromu gibi komorbiditelerden en az birine sahip olan obezite hastalarına bariyatrik cerrahi tedavisi uygulanabilmektedir. Kısıtlayıcı (restriktif) (laparoskopik ayarlanabilir gastrik band, sleeve gastrektomi, vertikal band gastroplastisi), emilim bozucu (biliopankreatik diversiyon, jejunioileal bypass), kombine kısıtlayıcı ve emilim bozucu (roux-en-Y gastrik bypass, biliopankreatik diversiyon ile beraber duodenal switch) en sık uygulanan bariyatrik cerrahi işlemleridir (51).

3.2. Tamamlayıcı Ve Alternatif Tıp

3.2.1. Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp (TAT) Tanımı

Geleneksel, tamamlayıcı ve alternatif tıp terimlerinin tanımı birçok kuruluş tarafından yapılmıştır. Ancak dünyada geleneksel, tamamlayıcı ve alternatif tıp konusunda kavramlar ve tanımlarda fikir birliğine varılamamıştır (52, 53). DSÖ geleneksel tıp, tamamlayıcı veya alternatif tıp olarak terimleri tanımlarken, Avrupa Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Federasyonu (EFCAM) tamamlayıcı ve alternatif tıp terimini, ABD’de Ulusal Sağlık Enstitüsü (NIH)’ne bağlı kuruluş olan Ulusal Tamamlayıcı ve İntegratif Sağlık Birimi (NCCIH) tamamlayıcı ve alternatif tıp terimlerinin yanında integratif tıp terimini de tanımlamıştır (54- 56). DSÖ geleneksel tıpi “sağlığın korunmasında, fiziksel ve zihinsel hastalıkların önlenmesi, teşhisi, iyileştirilmesi veya tedavisinde kullanılan -açıklanabilir olsun veya olmasın- farklı kültürlerle özgü teori, inanç ve deneyimlere dayanan bilgi, beceri ve uygulamaların toplamı”, tamamlayıcı veya alternatif tıpi “o ülkenin kendi geleneğinin veya konvansiyonel tıbbının bir parçası olmayan ve hâkim sağlık sistemine tam olarak dahil olmayan geniş bir sağlık hizmetleri uygulamaları” olarak tanımlamış, bazı ülkelerde tamamlayıcı veya alternatif tıp kavramlarının geleneksel tıp yerine kullanılabildiğini belirtmiştir (54). NCCIH’e göre “alternatif tıp” ve “tamamlayıcı tıp” genellikle birbirlerinin yerine kullanmasına rağmen ikisi farklı terimlerdir. Bir uygulama konvansiyonel tıpla birlikte kullanılıyorsa tamamlayıcı tıp, konvansiyonel tıp yerine kullanılırsa alternatif tıp olarak tanımlanmaktadır. İntegratif tıp terimi ise konvansiyonel tıp ile etkinliğı ve güvenliğı kanıtlanmış geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarının koordineli bir şekilde kullanılması şeklinde tanımlanmıştır (55,

57). EFCAM ise tamamlayıcı ve alternatif tıptı sağlığın korunması ve geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi ve tedavisi için bağımsız olarak veya konvansiyonel tıp yaklaşımları ile birlikte kullanılabilen sağlık uygulamaları olarak tanımlamaktadır (56).

Alternatif tıp terimi uzun yıllar boyunca dünyada ve ülkemizde kullanılmasın rağmen son dönemlerde bu kavram üzerinde yapılan tartışmalarda tıbbın değil de tedavinin alternatifi olabileceği düşüncesi savunularak bazı kuruluşlarca kullanılan yöntemleri tanımlamak için “geleneksel ve tamamlayıcı tıp” kavramı kullanılmaya başlanmıştır (53).

3.2.2. Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Tarihi

İnsanoğlu tarih boyunca birçok hastalıkla mücadele etmek zorunda kalmış, bu hastalıklara doğadan elde ettiği ürünlerle ve geçmişten gelen deneyimleriyle çözümler bulmaya çalışmıştır. Kültürel yapı, dini inanış, felsefe ve deneyimlere göre farklılık gösterebilen bu çözümler bulma arayışları sonucunda geleneksel tedavi yöntemleri ortaya çıkmıştır (58).

Günümüzde dünyada birçok geleneksel tedavi sistemleri bulunmakla birlikte geleneksel, tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamalarının kökeni Eski Çin ve Ayurvedik tıbbına dayanmaktadır. Ayurvedik tıp binlerce yıl öncesinde Hindistan’da ortaya çıkan beslenme, bitkisel tedavi, detoks, zihinsel ve ruhsal konuları içerisine alan bir tedavi sistemidir. Günümüzden yaklaşık 3000 yıl öncesine dayanmakta olup akupunktur, moksa, bitkisel tedavi, refleksoloji ve masaj gibi uygulamaları içine alan Geleneksel Çin Tıbbı ise günümüzde uygulanan en yaygın geleneksel tedavi sistemidir. Bunun yanında Eski Mısır, Tibet, Kore, Japon, Unani ve Afrika tıbbı geçmişten günümüze kadar gelen

geleneksel, tamamlayıcı ve alternatif tıp yöntemlerini içinde barındıran diğer sistemlerindedir (58-60).

Geleneksel, tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamalarının başında gelen uygulamalardan biri bitkilerle tedavidir. Tarih boyunca birçok kültür iyileştirici özelliklerinden dolayı bitkileri kullanmış ve günümüzde hala birçok bitki hastalıkların tedavisinde kullanılmaktadır. Arkeolojik bulgulara göre insanlar sağlık sorunlarının çözümü için ilk çağlardan itibaren bitkilerden yararlanmış, bununla ilgili ilk yazılı belgeler M.Ö. 3000 yıllarına dayanmaktadır. Eski Mısırlıların M.Ö. 1550'de yazdığı tahmin edilen Ebers Papirüsü'nde 850'den fazla bitkinin tıbbi kullanımını ayrıntılı olarak açıklanmıştır (61). Hipokrat ve Diocorides gibi Eski Yunan ve Roma hekimleri ve İbn-i Sina gibi İslam hekimleri eserlerinde tedavi edici bitkilere yer vermişlerdir (62, 63). Bitkisel tedavinin yanı sıra müziğin de eski çağlardan beri hastalıkların tedavisinde kullanıldığı bilinmektedir. Müzik, Şamanlar tarafından ritim ve dans ile birlikte insanları tedavi etmek için kullanılırken, Eski Yunan ve Roma'da insanları sıkıntıdan kurtarmak, Eski Mısır'da da hastalara güç vermek için kullanılmıştır. Türk tarihinde hastalıkların tedavisinde müziğin kullanıldığına dair bilgiye Uygur Türklerinin kaya yazıtlarında rastlanmış, Selçuklu ve Osmanlı dönemlerinde de müzikle tedavi kullanılmıştır (64, 65). Eski çağlardan beridir kullanılan bu yöntemlerin yanı sıra on dokuzuncu yüzyıldan itibaren homeopati, osteopati, kayropraktik gibi yöntemler de kullanılmaya başlanmıştır (66).

Dünyada TAT kullanımının giderek yaygınlaşmasına ile birlikte DSÖ geleneksel, tamamlayıcı ve alternatif tıp konusunda çeşitli kararlar almış, raporlar yayınlamıştır (67). 2000 yılında "Geleneksel Tıp Araştırma ve Değerlendirme

Metodolojileri İçin Genel Kurallar”, 2001 yılında “Geleneksel Tıp ve Tamamlayıcı/Alternatif Tıbbın Yasal Durumu: Küresel Derleme”, 2002 yılında ise “DSÖ Geleneksel Tıp Stratejisi 2002-2005” dokümanları yayımlanmıştır (68-70). 2005 yılında Geleneksel Tıp ve Bitkisel Tıbbın Düzenlenmesine İlişkin Ulusal Politika – DSÖ Küresel Araştırma Raporu hazırlanmış, bu raporla küresel olarak kullanılan geleneksel, tamamlayıcı ve alternatif tıp yöntemlerini ve bitkisel ürünleri belirlemek ve tanımlamak amaçlanmıştır (71). 2013 yılında geleneksel ve tamamlayıcı tıbbın çeşitli düzenlemelerle etkin, uygun ve güvenli kullanımını sağlamak amacıyla DSÖ Geleneksel Tıp Stratejisi 2014-2023’ü, 2019 yılında da geleneksel ve tamamlayıcı tıptaki küresel ilerlemenin gözden geçirildiği DSÖ Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Küresel Raporu-2019’u yayınlanmıştır. Bu strateji ve raporlar sonucunda birçok ülkede geleneksel, tamamlayıcı ve alternatif tıp ile ilgili düzenlemeler yapılmış, 1999 yılında geleneksel, tamamlayıcı ve alternatif tıp konusunda ulusal politikası olan ülke sayısı 25 iken 2018 yılında bu sayı 98’e yükselmiştir (72-74).

Yirminci yüzyılın son dönemlerinde hastalıkların tanı ve tedavisinde bilimsel gelişmelere rağmen TAT kullanımının giderek arttığı görülmüştür. TAT kullanımındaki artış ve sağlık sisteminde daha fazla yer almaya başlamasına bağlı olarak uygulamalar ve literatürdeki eksikliklerin giderilmesi amacıyla ABD’de 1998 yılında Ulusal Sağlık Enstitüsü (NIH) bünyesinde Ulusal Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Merkezi (NCCAM) kurulmuş, 2014 yılında adı Ulusal Tamamlayıcı ve İntegratif (Bütünleştirici) Sağlık Birimi olarak değiştirilmiştir (73, 75-78).

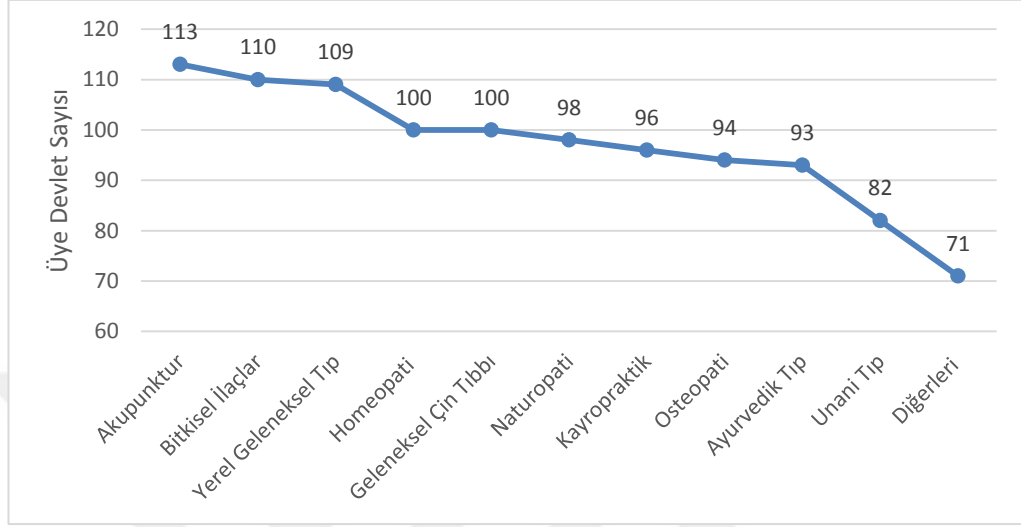
Türkiye ‘de akupunktur tedavisinin bilimsel yöntemlerle yapılmasını sağlamak amacıyla 1991 yılında çıkarılan “ Akupunktur Tedavi Yönetmeliği” TAT konusunda yapılan ilk düzenlemedir. 2012 yılında Sağlık Bakanlığı bünyesinde kurulan Geleneksel, Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Uygulamaları Daire Başkanlığı’nın adı 2014 yılında Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Daire Başkanlığı olarak değiştirilmiştir. 2014 yılında usulsüz ve bilgisizce yapılan uygulamaların önüne geçmek amacıyla Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği yayınlanmış ve yöntemlerin uygulayıcıları, eğitimleri ve uygulayacak sağlık kuruluşlarının özellikleri, hangi yöntemlerin hangi hastalıklarda uygulanabileceği konusunda düzenlemeler yapılmıştır. 2016 yılı sonu itibariye Sağlık Bakanlığı tarafından 378 Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp (GETAT) Uygulama Merkezi onaylanmıştır. Bu birimler kamu hastaneleri, özel hastaneler, tıp merkezleri, poliklinik ve kliniklerde hizmet vermektedir (57, 73, 75, 79).

3.2.3. Dünyada ve Türkiye’de Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Kullanılma Sıklığı

Geleneksel, tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamalarının kullanımı modern tıbbın hızla gelişmeler göstermesine ve bu uygulamaların etkinliği konusunda kanıtların çok az olmasına rağmen 1990’lı yıllardan itibaren artış göstermeye başlamıştır (77).

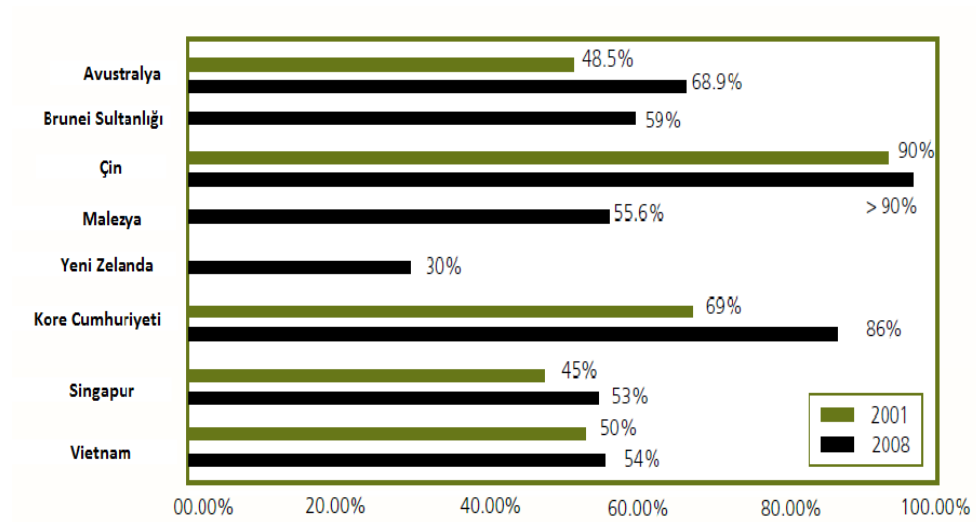
Dünya Sağlık Örgütü’nün 2019 raporuna göre tüm bölgelerde üye devletlerin en az %80’inde, Doğu Akdeniz, Güneydoğu Asya, Batı Pasifik bölgelerindeki üye devletlerin en az %90’ında geleneksel ve tamamlayıcı tıp

kullanımı bildirilmiştir. Üye devletler arasında en yaygın kullanılan yöntem akupunkturdur. 179 üye devletten 113'ünde kullanılmaktadır (Şekil 1.) (73).



Şekil 1. Geleneksel ve tamamlayıcı tıp yöntemlerinin kullanıldığı DSÖ üye devlet sayısı

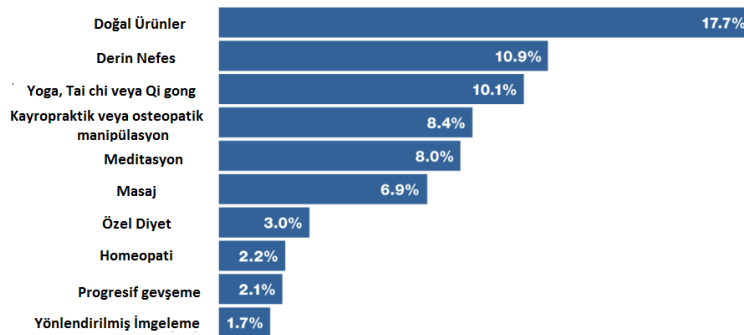
DSÖ Batı Pasifik Bölgesi ülkelerinden olan Avustralya, Brunei Sultanlığı, Çin, Malezya, Yeni Zelanda, Kore Cumhuriyeti, Singapur ve Vietnam'da 2001 ve 2008 yıllarındaki geleneksel tıp kullanım durumları Şekil 2'de gösterilmiştir (80).



Şekil 2. DSÖ Batı Pasifik Bölgesi'nde seçilen ülkelerde geleneksel tıp kullanan nüfus yüzdesi

2010 ve 2012 yılları arasında Avrupa'da TAT durumuna ilişkin bir araştırma programı olan CAMbrella projesi sonucuna göre genel olarak, herhangi bir zamanda herhangi bir TAT yöntemi kullanım sıklığının% 0,3-86 arasında olduğu bildirildi. CAMbrella raporuna göre ülkelerdeki TAT kullanma oranları İngiltere'de %6-71, Almanya'da %4.6-62, Türkiye'de %48-86, İsviçre'de %5-57, İsveç'te %5-64 Norveç'te %9-53, Danimarka'da %45-59, İtalya'da %16-84, İsrail'de %5-43, Finlandiya'da %11-43, İspanya'da %15-47 arasındadır. Çalışmaya göre kullanılma prevalansı en yüksek olan yöntem bitkisel ilaçlar, şifalı bitkiler, bitkisel terapi, bitkisel çaylar, fitoterapiyi de içine alan bitkisel tıptır (%5.9-48.3). En sık kullanılan diğer yöntemler sırasıyla homeopati (%2-27), kayropraktik (%0.4-28.8), akupunktur (%0.44-%23) ve refleksolojidir (%0.4-21) (81, 82).

ABD'de beş yılda bir yapılan Ulusal Sağlık Mülakat Anketi (NHIS) sonuçlarına göre yetişkinlerin herhangi bir geleneksel, tamamlayıcı, alternatif tıp yöntemi kullanma oranı 2002 yılında %32.3, 2007 yılında %35.5, 2012 yılında ise %33.2.'dir. Her üç yılda da en yaygın kullanılan yöntem doğal ürünleri (vitamin ve mineral dışındaki besin takviyeleri) kullanmadır (Şekil 3) (83-87).



*özel diyet (vejetaryen ve vegan, makrobiyotik, Atkins, Pritikin ve Ornish vb.)

Şekil 3. 2012 NHIS sonuçlarına göre ABD' de en yaygın kullanılan tamamlayıcı sağlık yaklaşımları

Frass ve arkadaşları 2012 yılında yayınladıkları 16 çalışmanın incelendiği bir sistematik derlemede, TAT kullanım oranının %5 ile %74.8 arasında değiştiğini ve 1990 yılından 2006 yılına kadar tüm ülkelerde TAT kullanımında artış olduğunu bildirmiştir. Çalışmada ayrıca genel popülasyon tarafından en sık kullanılan yöntemler, herhangi bir manevi dua dışında kayropratik manipülasyon, bitkisel tedavi, masaj ve homeopati yöntemlerinin olduğu belirlenmiştir (88).

Çin'de, geleneksel tıp hizmetleri tüm sağlık hizmetlerinin yaklaşık %40'ını, Kore'de ise %5.8'ini oluşturmaktadır (70, 80). Çin'de yapılan ulusal anket araştırması ise 2009 yılında ankete katılan kurumlara Geleneksel Çin Tıbbı nedeniyle ziyaret sayısı toplam yapılan tıbbi ziyaret sayısının %18'ini oluşturduğunu göstermiştir (72). Kore'de yapılan bir çalışmada katılımcıların %71,3'ünün son 12 ayda en az bir TAT yöntemi kullandığı, en sık kullanılan yöntemin doğal ürünler kullanmak (%58.8) olduğu görülmüştür (89).

Türkiye'nin yedi coğrafik bölgedeki bazı hastane ve muayenehanelerde yapılan bir araştırma sonucunda geleneksel ve tamamlayıcı tıp kullanma oranının %60.5 olduğu bildirilmiştir (90). Türkiye' de yapılan bazı çalışmalara göre geleneksel, tamamlayıcı ve alternatif tıp kullanma oranının; Oral ve arkadaşlarının Kayseri'de Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran bireyler üzerinde yaptığı çalışmada %65.8, Sağkal'ın İzmir'de Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran yaşlı bireyler üzerinde yaptığı çalışmada %98.3, Çetin'in Eskişehir kent merkezinde yaşayan bireyler üzerine yaptığı çalışmada %60, Nural ve arkadaşlarının herhangi bir kronik hastalığı olan bireylerle yaptığı çalışmada %62.3, Güven ve arkadaşlarının hipertansiyon hastası olan bireylerle yaptığı çalışmada %52.7, Şaş

ve arkadaşlarının kronik kas-iskelet sistemi hastalığı olan bireylerde yaptığı çalışmada %83.9 olduğu bildirilmiştir (77, 91- 95).

Ülkemizde kanserli hastalarında TAT kullanımını çalışmalarının incelendiği bir derlemeye göre, kanser hastalarında TAT kullanım sıklığı %22.1 ile %84.1 arasında değişmektedir (96). Aksoy tarafından Ankara'nın Altındağ ilçesinde yapılan saha çalışması sonuçlarına göre katılımcıların %79.2'si herhangi bir sağlık sorunu ile karşılaşınca tedavi amaçlı ilk girişim olarak hekime başvurmak iken %20.4'ü ise geleneksel olarak bildiği bazı yöntemleri kullanmaktadır (97).

3.2.4. Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Kullanma Amaçları

Geleneksel ve tamamlayıcı tıp, konvansiyonel ilaç tabanlı sağlık hizmetlerinin kullanılabilirliği veya erişebilirliğinin sınırlı olması (Afrika ülkelerinde), konvansiyonel tıbbın gelişmiş olmasına rağmen kültürel ve tarihi etkiler nedeniyle (Kore, Singapur gibi ülkelerde), Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp sağlık hizmetlerinin iyi geliştiği yerlerde tamamlayıcı tedavi olarak (Amerika gibi gelişmiş ülkeler) kullanılabilir (72). Kronik hastalıkların artışı ve uzun süreli tedavilerine rağmen tam iyileşme sağlanamaması, malign hastalıklar, sağlık çalışanlarının hastalara yeterli süreyi ayıramaması, konvansiyonel tıptaki ilaçların yan etkilerinden korkma, mümkün olduğunca az ilaç alma isteği, konvansiyonel tıp sonuçlarından memnuniyetsizlik, daha doğal olana yönelme isteği, maliyetin daha az olması, kolay ulaşılabilirliği, kültürle uyumlu olması gibi nedenlerden dolayı bireyler TAT yöntemlerine yönelmektedir (52, 74, 82, 98). Sağlığı korumak veya geliştirmek, bağışıklığı güçlendirmek, hafızayı güçlendirmek, stres, anksiyete ve depresyonla baş etmek, uyku bozukluğunu düzeltmek, kilo vermek

veya normal kiloyu korumak, hazımsızlık, hemoroid veya kabızlığı çözmek, bulantı ve kusmayı rahatlatmak, infertiliteye çözüm bulmak, ödemi azaltmak, tansiyonu düşürmek, ağrıyı azaltmak, soğuk algınlığı ve öksürüğü iyileştirmek, enfeksiyonu önlemek, kan şekerini düşürmek, kanseri iyileştirmek, hastalıkların (böbrek, kalp, karaciğer hastalıkları, diyabet gibi) semptomlarını iyileştirmek veya hafifletmek gibi amaçlarla TAT yöntemi kullanılabilir (93, 98-102).

3.2.5. Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Yöntemleri

Geleneksel, tamamlayıcı, alternatif tıp yöntemlerini NCCIH; doğal ürünler, zihin ve beden uygulamalar ve diğer tamamlayıcı sağlık yaklaşımları olarak üç kategori halinde sınıflandırmıştır. Doğal ürünler; otlar, vitamin ve mineraller, probiyotikler-prebiyotikler gibi ürünleri içermektedir ve çoğunlukla diyet takviyeleri olarak pazarlanmaktadır. Zihin ve beden uygulamaları; eğitilmiş bir uygulayıcı tarafından başkalarına uygulanan veya öğretilen çeşitli teknikleri içerir. Akupunktur, masaj terapisi, meditasyon, rahatlama teknikleri, yoga, kayropratik ve osteopatik manipülasyon, tai chi, qi gong gibi uygulamalar zihin ve beden uygulamalarına örnektir. Bu gruplardan herhangi birine tam olarak uymayan geleneksel şifacılar, Ayurveda tıbbı, geleneksel Çin tıbbı, homeopati, naturopati ve fonksiyonel tıp uygulamaları gibi uygulamalarda diğer tamamlayıcı sağlık yaklaşımlarıdır (103).

Dünya Sağlık Örgütü'nün Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Küresel Raporu'na göre ülkelerde kullanılan geleneksel ve tamamlayıcı tıp yöntemleri akupunktur, Ayurveda tıbbı, kayropratik, bitkisel tıp, homeopati, naturopati, osteopati, Geleneksel Çin Tıbbı, Unani Tıbbı, dua, spiritüalizm, terapötik masaj, hipnoterapi, reiki, refleksoloji, hidroterapi, Feldenkrais, Rolfing, nöral terapi,

kupa uygulamaları, ozon tedavisi gibi yöntemlerdir. Bu uygulamalara ek olarak ülkelerde uygulanan farklı yöntemler de bulunabilmektedir (73).

Ülkemizde yayınlanan Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği'nde akupunktur, apiterapi, fitoterapi, hipnoz, sülük uygulamaları, homeopati kayropraktik, kupa uygulaması, larva uygulaması, mezoterapi, proloterapi, osteopati, ozon uygulaması, refleksoloji ve müzik terapisi olmak üzere uygulanabilecek on beş yöntem tanımlanmıştır (79).

Akupunktur: Akupunktur Çin'de 3000 yoldan fazla süredir kullanılan, vücutta özel noktaların çeşitli teknikler (özel iğneler, lazer gibi uyaranlarla) kullanılarak uyarılmasıyla yapılan tamamlayıcı ve alternatif tıp yöntemidir (61, 104). Akupunktur sağlığı düzenlemek amacıyla vücutta meridyen veya kanal adı verilen yollar boyunca ilerleyen enerji akışını (chi) yönleltmek ve dengelemek için iğnelerin kullanıldığı bir Çin tekniğidir (52, 61).

Akupunktur tedavi uygulama alanı geniş bir yöntemdir. Ağrı tedavisi (baş, karın, bel, kas, eklem ağrıları gibi), kilo verdirmede, uyku bozuklukları stres yönetimi, sigara bıraktırma, kemoterapinin yan etkileri giderme, cilt hastalıkları, astım, yüz felçleri, migren atakları, alerjik rinit, depresyon, infertilite gibi birçok sağlık sorununda tedavi amacıyla kullanılabilir. Akupunktur tedavisi, akupunktur eğitimi almış, bakanlık tarafından verilen sertifikası olan tıp doktorları veya kendi alanında uygulama yapmak üzere dış tabibi tarafından uygulanabilmektedir (104,105).

Apiterapi: Apiterapi, bal arısından elde edilen bal, balmumu, polen, propolis, arı sütü, arı zehiri, apilarnil gibi ürünlerin hastalıklardan korunma ya da tedavi amacıyla kullanıldığı TAT yöntemidir (106).

Antioksidan değeri yüksek arı ürünleri (bal, arı sütü, polen, propolis, apilarnil vb.) bağışıklık sistemini güçlendirmek için kullanılırken, bal yara ve yanık iyileşmesine yardımcı olarak da kullanılabilir. Arı zehri kas iskelet sistemi ağrıları, kızarıklık, hassasiyet gibi durumların azaltılması, bacak kas kontraktürleri veya kas güçsüzlüklerinde kas kuvvetini arttırmak için kullanılmaktadır. Arı zehri ayrıca Multipl Skleroz (MS), Amyotrofik Lateral Skleroz (ALS) gibi bazı kas-iskelet sistemini etkileyen nörolojik rahatsızlıklar ve romatoid artrit gibi romatizmal rahatsızlıklarının tedavisinde de kullanılabilir (107).

Fitoterapi: İlk kez bir tıp dergisinde Fransız hekim Henri Leclerc (1870-1953) tarafından kullanılan fitoterapi terimi hastalıkların bitkilerle tedavi edilmesi anlamına gelmektedir (108).

Bitkiler böbrek hastalıkları, hemoroid, hazımsızlık, kabızlık, kalp hastalıkları, karaciğer hastalığı, kanser, mide ağrısı ve bulantısı, safra kesesi hastalıkları, romatizma, menopoza, soğuk algınlığı, üşütme ve öksürük, unutkanlık ve hafıza zayıflığı, stres, depresyon ve endişe, yorgunluk, uyku bozukluğu, hiperkolesterolemi, hiperglisemi, obezite gibi sağlık sorunlarında tedavi amacıyla kullanılabilir (109).

Hipnoz: Hipnoz, bir kişinin algı, his, duygu, düşünce veya davranış değişiklikleri sağlamak için bir uzman tarafından önerilere yanıt verecek şekilde yönlendirildiği süreç olarak tanımlanabilir (110). Hipnoz esnasında yaygın kanının aksine bilinç ve farkındalık yerindedir ancak birey çevresel uyaranlara bir süreliğine duyarsız kalır (111).

Hipnoz, depresyon, anksiyete, panik atak, ağrı, alerji, sigara bağımlılığı, fobi, uyku bozuklukları, enürezis nokturna, travma sonrası stres bozukluğu, yeme bozuklukları, obezite, hipertansiyon, psikosomatik ve dissosiatif bozukluklar gibi durumlarda kullanılabilir (111, 112).

Sülük Uygulamaları: *Hirudo medicinalis*, *Hirudo verbana* isimli tıbbi sülüklerin tedavi amacıyla kullanıldığı yöntemdir (113). Sülük salyası anestezi, analjezik, antimikrobiyal, antiinflamatuvar, vazodilatör, antikoagülan maddeler içerir ve kanı emerken bu biyoaktif bileşikleri dokuya salgılar (114, 115). Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği'ne göre sülük tedavisi alt ekstremitelerde variköz ven hastalıklarında ve lateral epikondilit gibi hastalıklarda ağrıyı azaltmada, dejeneratif eklem hastalıkları (osteoartrit), flep cerrahisi sonrası görülen venöz yetmezlikler, replantasyon ve revaskülarizasyon sonrası venöz yetmezliklerde uygulanabilir (116).

Homeopati: “Benzer benzeri tedavi eder.” ilkesine dayanan homeopati yöntemi, bir hastalığın tedavisi için, sağlıklı kişilere verildiği zaman o hastalığın belirtilerini ortaya çıkarabilecek maddelerin tek bir ilaç halinde hastaya düşük dozlarda verildiği TAT yöntemidir. Homeopatinin temel amacı yaşam enerjisini harekete geçirerek kişinin kendi kendini iyileştirmesini sağlamaktır (117). Homeopatide kullanılan bitkilerden, minerallerden, elementlerden, hayvanlardan elde edilen ürünlerle oluşturulan ilaçlar remedi olarak adlandırılmaktadır. Remediler içerisindeki maddeler sayesinde kişinin yaşam gücünü harekete geçirmekte, immün sistem ve iyileşme sistemlerini güçlendirip vücutta dengeyi tekrar sağlamaktadır (118).

Kayropratik: Kayropratik; doku hasarı sonucu hareketleri kısıtlanan eklemlere elle kontrollü bir kuvvet uygulanarak eklem hareketliliğini kazandırmak amacıyla kullanılan bir yöntemdir (119). Kayropratikte amaç omurga, kas ve iskelet sistemindeki biyomekanik bozuklukları dolayısıyla da bu bozuklukların sinir sistemi üzerinde oluşturabileceği sorunları önlemektir. İskelet sisteminde kırık/çıkık, kanser ve kemik zayıflatıcı hastalıkları olmayan hastalarda cerrahi işlem gerektirmeyen kas ve iskelet sisteminin biyomekanik ağrı sendromları ve hareket bozukluklarında kullanılabilir (120).

Kupa Uygulaması: Kupa uygulaması, seçilen cilt noktalarına kupa uygulaması ve ısı ya da vakum ile negatif basınç oluşturarak gerçekleştirilir. Etki mekanizmasının negatif basınç vakumunun periferik kan dolaşımını arttıran ve bağışıklığı iyileştiren etkilerinin olduğu düşünülmektedir (121). Kuru kupa uygulamasında yalnızca kupa ile negatif basınç oluşturulurken, yaş kupa uygulamasında (hacamat) kupanın uygulanacağı bölge üzerine ufak çizikler atılarak kan ve toksik madde vücuttan uzaklaştırılır. İmmün sistemi güçlendirme, kas-iskelet sistemi mekanik ağrıları, migren ve gerilim tipi baş ağrısı, nevrolojiye bağlı ağrılar gibi birçok durumda kupa uygulaması yapılabilir (122).

Larva Uygulaması: Larva uygulaması (Maggot tedavisi), kronik yaraların tedavisinde bir sinek türü olan *Lucilia (Phaenicia) sericata*'nın steril larvalarının kullanıldığı yöntemdir. Larvaların kronik yaralarda nekrotik ve enfekte dokuyu eriterek debride etme, yaranın dezenfeksiyonu ve sterilizasyonu sağlama, yara iyileşmesini stimüle etme gibi etkileri vardır (123).

Mezoterapi: Mezoterapi vücudun problemlili bölgesine tedavi amacıyla vitamin, mineral, bitki ekstraktları veya homeopatik ilaçlar gibi farmakolojik

maddelerin çok küçük dozlar halinde cilt içine enjeksiyonun yapıldığı yöntemdir (124, 125).

Mezoterapi bölgesel zayıflama ve lipoliz, sellülit, cilt gençleştirme, saç kaybı ve canlandırması, ksantelazma, yağ bezeleri, melazma, alopesi areata, hiperpigmentasyon, akne, vitiligo, psoriasis, atopik dermatit, bacak ülseri, hipertrofik skar/keloid, spor yaralanmaları, astım, gut, romatoid artrit, migren ve anksiyete-depresyon gibi sorunların tedavisinde kullanılabilir (124).

Proloterapi: Proloterapi, hasar görmüş eklem, kıkırdak, tendon, ligamentlere tedavi edici solüsyonun iğne ile enjekte edilmesi ile doğal iyileşme mekanizmalarının uyarılarak iyileşmenin sağlanması esasına dayanan bir TAT yöntemidir. Proloterapide amaç, sınırlı fizyolojik bir inflamasyon oluşturularak iyileşmeyi tetiklemek, solüsyon enjeksiyonu sonrasında tendinöz birleşme yerinde genişleme, ligamentte kalınlaşma, tendon ve ligamentlerde güçlenme, fibroblastik proliferasyon ve eklem kıkırdak defektlerinde onarım gibi etkilerle problemleri bölgeyi tedavi etmek ve ağrıyı azaltmaktır (126, 127).

Osteopati: Osteopati, kas-iskelet sistemini güçlendirerek veya tedavi ederek bütün vücut sağlığına odaklanan manuel terapi yöntemidir. Osteopatide amaç vücudun sinir, dolaşım ve lenfatik sistemlerini olumlu yönde etkileyerek vücudun kendi kendini iyileştirme mekanizmalarını aktifleştirmektir (128, 129). Osteopati, kas-iskelet sisteminde hareket ve fonksiyonel bozukluklar ve ağrılar, siyatik veya bel fitiğine bağlı sinir ağrıları, disk kaymaları, eklem sertliği ve harabiyeti, migren ve strese bağlı baş ağrısı, kas gerginliği, kasları etkileyebilen nörolojik hastalıklar (serebral palsi vb.), postür bozuklukları, çocuklarda koordinasyon ve psikomotor fonksiyon bozuklukları, üzüntü, kaygı, uyku

bozuklukları ve solunum, sindirim, üriner ve dolaşım sistemlerinin fonksiyonel bozuklukları ve hormonal denge bozukluklarında destekleyici tedavi olarak kullanılabilir (128).

Ozon Uygulaması: Özel bir jeneratör aracılığıyla saf oksijenden elde edilen ozonun tedavi amacıyla kullanıldığı TAT yöntemidir. Ozon vücuda kişinin kendi kanı veya serum fizyolojik ile karıştırılarak veya gaz olarak verilebilir. Oksijene göre daha kararsız olan ozon vücutta oksidatif stres oluşturur ve antioksidan savunma mekanizmasının aktifleşmesini sağlar. Ozon uygulaması; yara iyileşmesinde, ağrı tedavisinde, enfeksiyon, bağışıklık sisteminin güçlendirilmesi, osteoartrit, sinüzit ve dokuya oksijen gitmesinin bozulması gibi durumlarda kullanılabilir (130, 131).

Refleksoloji: Tüm vücut bölümleri, salgı bezleri ve organların kanallar ve meridyenler yoluyla ellerde, ayaklarda ve kulaklarda yansımalarının olduğu temeline dayanan refleksoloji yöntemi bu yansımaların üzerine baskı uygulanması ile enerji kanallarındaki tıkanıklıkların giderilmesi ve vücuttaki enerji akımının düzenlenmesi ile vücut fonksiyonlarının normalleşmesinin sağlandığı bir TAT yöntemidir. Yapılan baskı ile kas gerginliğinde azalma, lenf ve kan dolaşımını arttırma, vücut toksinlerinden arınma sağlamakta, böylece vücudun kendi kendisini iyileştirme gücü harekete geçirilmektedir (132, 133).

Refleksoloji, premenstrüel sendrom, sinüzit, migren, gerilim tipi baş ağrısı, kaygı bozuklukları, stres, menapozal semptomlar, bulantı-kusma, kabızlık, kas-iskelet sistemi ağrıları, astım, tek taraflı felç, inme ve ilişkili nörolojik durumlar, menstrüasyon düzensizlikleri, serebral palsi, multiple skleroz (MS) gibi nörolojik kökenli hastalıklarda destekleyici tedavi olarak kullanılabilir (132)

Müzik Terapisi: Müzik terapisi, bir müzik terapistinin bir kişi veya grubun fiziksel, duygu-durumsal, zihinsel, sosyal ve bilişsel ihtiyaçlarını karşılayabilmek amacıyla çeşitli sebeplerle bozulmuş, kaybedilmiş ya da yeterince gelişmemiş olan işlev ve becerileri geliştirmek veya kazandırmak için müzik ve/veya ses, ritim, melodi ve armoni gibi müzikal unsurları kullandığı terapi ve rehabilitasyon yöntemidir (134, 135).

Müzik terapisi, değişik ağrı, psikiyatrik bozukluklar (anksiyete, depresyon, kişilik bozuklukları, şizofreni gibi), dil-konuşma bozuklukları, onkoloji hastalarında, kaygıya sebep olabilecek herhangi bir tıbbi ve cerrahi müdahalenin öncesi, sırası ve sonrasında, doğumhanelerde, yanık, yoğun bakım ve doğum ünitelerinde kullanılabilen bir yöntemdir (136).

3.3. Obezitede Tamamlayıcı Ve Alternatif Tıp Kullanımı

Obezite tedavisinde etkinliği kanıtlanmış diyet ve egzersiz tedavileri, ilaçların çeşitliliğine rağmen obezite hastaları arasında iştah ve enerji metabolizmasını düzenleyip kilo vermek amacıyla etkililiği, güvenliği, standart dozajı/prosedürü ve potansiyel yan etkileri hala tam olarak belirlenmemiş çeşitli TAT yöntemlerinin kullanımına olan ilgi giderek artmaktadır (137, 138). Obezite hastalarını bu yöntemlere yönelten genellikle ürünün doğal olması ve kullanılan ilaçlardan daha güvenli olduğunun ve herhangi bir yan etki göstermeyeceğinin düşünülmesi, kolay ulaşılabilir olması, diyet ve egzersiz gibi yaşam tarzı değişikliklerinden daha az zahmetli olması, bir profesyonele danışmaktan daha kolay olduğu düşüncesidir. Kişilerin obezite tedavi yöntemleri konusundaki bilgi eksiklikleri, tıbbi tedavinin gerekli yararı sağlamadığına inanmaları, kitle iletişim araçlarında uzman olduğunu iddia eden kişilerce yanlış bilgilendirilmesi,

kullanılacak ürünlerin kısa zamanda hızla kilo verdireceğinin iddia edilmesi de hastaları TAT yöntemi kullanımına yönlendirmektedir (138, 139).

3.3.1. Obezitede Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Kullanım Epidemiyolojisi

Obezitenin kanıtlanmış tedavilerinin yanı sıra obezite hastaları arasında TAT yöntemlerinin kullanımı da yaygınlaşmaktadır (140). Amerika’da yapılan Ulusal Fiziksel Aktivite ve Zayıflama Anketi verilerine göre toplam katılımcıların %3.3’ü kilo kontrolü için son 12 ayda reçetesiz diyet takviyeleri dışındaki TAT yöntemlerini kullanmaktadır. Bu çalışmada kilo kontrolü için en sık kullanılan TAT yöntemleri yoga (%57.4), meditasyon (%8.2), akupunktur (%7.7), masaj (%7.5) ve Doğu dövüş sanatları (%5.9) olarak belirlenmiştir (141). Amerika’da yapılan başka bir çalışmada kilo vermek için diyet takviyesi kullanan kişilerin oranı %33.9 olarak bulunmuştur (142). Meksika kökenli kadınlar üzerinde yapılan başka bir araştırmada kilo kaybı için birçok TAT yöntemi kullanılmasının yanında en sık kullanılan yöntemler %71 kullanım oranıyla otlar veya çaylar, %61 kullanım oranıyla evde hazırlanan ilaçlarla yapılan tedaviler (yağ yakımını sağlamak için kahvaltıda veya yatmadan önce bir bardak su içerisine zeytinyağı, limon suyu veya sirke gibi malzemeler ekleyip içmek, tüketilecek besinlere limon suyu veya sirke eklemek, karına zeytinyağı veya deniz tuzu ile masaj yapmak vb. uygulamalar), %55 kullanım oranıyla masaj olarak bulunmuştur (143). Kolombiya’da fazla kilolu ve obez bireylerde kilo vermek amacıyla tamamlayıcı tıp yöntemleri ve ürünlerin kullanımını belirlemek için yapılan çalışmada, katılımcıların %52.1’ini bu yöntemleri kullandığı görülmüştür (144). Suudi

Arabistan'da yapılan bir çalışmada katılımcıların %98.1'inin kilo vermek için bitkisel ürünler kullandığı belirlenmiştir (145).

Türkiye'de yapılan çalışmalar da kilo verme konusunda TAT yöntemlerinin kullanımının yaygın olduğunu göstermektedir. 2009 yılında yayınlanan bir çalışmada (140) obezite hastalarında TAT kullanım oranı %62.9, 2016 yılında yayınlanan kadınlar üzerinde yapılan çalışmada (146) zayıflama amaçlı besin desteği ve/veya bitkisel destek kullananların oranı %43.5, 2017 yılında yayınlanan başka bir çalışmada da (147) zayıflama kliniğine başvuran kişilerde bitkisel ürün kullanma oranı %48.6, 2018 yılında yayınlanan çalışmada (148) kilo kaybı için diyet supplementleri (yeşil çay, biberiye çayı, form çayı, Gano Excel, Herbalife vb.) kullanan bireylerin oranı %33.6 olarak bulunmuştur.

3.3.2. Obezitede Kullanılan Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Yöntemleri

Obezite hastaları kilo vermek için akupunktur, bitkisel tedavi, masaj, hipnoz, yoga, refleksiyoloji gibi çeşitli TAT yöntemlerini kullanabilmektedirler (99).

Bitkisel tedavi kilo vermek için en yaygın kullanılan TAT yöntemlerden biridir (145). Son yıllarda bitkisel tedavi ile kilo verme konusunda birçok çalışma yapılmış, klinik araştırmalarda bitkilerin obezite tedavisinde etkili olabileceği belirlenmiştir (149). Bitkiler içeriklerinde bulunan bazı biyoaktif bileşenler (kahvede kafein, yeşil çayda epigallocateşin gallat (EGCG) ve kafein, kırmızı biberde kapsaisin, turunçta sinefrin gibi) sayesinde kilo kaybı sağlayabilmektedir (150). Bitkisel tıbbın obezite tedavisinde nasıl çalıştığı, etki mekanizmaları hala tartışmalı olmakla birlikte bitkilerin antiobezite işlevleri gıda alımını azaltmak, termojenezi artırmak, lipit emilimini azaltmak, adipogenezi önlemek, lipolizi

arttırmak olarak beş ana kategoride sınıflandırılabilir (149, 151). Bitkiler lipit duyarlılığını arttırma, insülin direncini ve glikoz intoleransını hafifletme gibi etkileri ile de kilo kaybına etki edebilmektedir (149). Bazı anti-obezite bitkilerin insandaki farklı fonksiyonları Tablo 5'te gösterilmiştir.

Tablo 5. Bazı anti-obezite bitkilerin insandaki farklı fonksiyonları (150, 151)

Anti-obezite işlev	Etki Mekanizması	Anti-obezite preparat
Gıda alımını azaltmak	İştahı önleme ve yiyecek alımını azaltma	Çam fıstığı, Nar yaprağı, Ginseng, Hoodia kaktüsü, Deniz üzümü
Termojenezin artırılması	Sempatik sinir sistemini uyarmak ve metabolik hızı arttırmak	Deniz yosunu, Turunç, Kırmızı portakal, Ekşi portakal, Soya, Yeşil Çay, Kırmızı biber, Kahve, Deniz üzümü
Lipitlerin emilimini azaltmak	Pankreatik lipaz aktivitesini inhibe etme	Kitosan, Mate çayı, Oolong çayı, Yeşil çay
Adipogenezi önleme	Adiposit farklılaşmasını inhibe etmek	Zerdeçal, Kırmızı biber, Palm yağı, Muz yaprağı, Kahverengi alg, Sarımsak, Ketan tohumu, Siyah soya, Yeşil Çay
Artan lipoliz	Sempatik sinir sistemini uyarmak, lipit metabolizmasını ve yağ oksidasyonunu arttırmak	Kimyon, Tarçın, Portakal ve Greyfurt, Lotus yaprağı, kırmızı biber, kahve

Literatürde kilo kaybı için bitkisel tedavi kullanımıyla ilgili birçok çalışma bulunmaktadır (149). 18.417 erkek ve 39.740 kadın katılımcıyla yapılan 12 yıllık prospektif gözlem çalışması sonucunda kafein alımındaki artışın uzun vadeli kilo alımında azalma sağlayacağı bildirilmiştir (152). 192 mg kafein ve 90 mg efedrin içeren bitkisel bir takviye ve plasebo takviye verilen katılımcıların karşılaştırıldığı çalışmada bitkisel takviye alan grupta plaseboya göre kilo ve vücut yağ oranında anlamlı azalma olduğu gözlenmiştir (153). Kafeinli veya kafeinsiz yeşil çay kateşinlerinin antropometrik ölçümler üzerindeki etkisini inceleyen bir sistematik derleme ve metaanalizde yeşil çay kateşinlerinin kafeinle birlikte kullanılmasının BKİ, vücut yağ oranı ve bel çevresini klinik olarak önemli olmasa da olumlu

yönde etkilediğini, ancak sadece yeşil çay kateşinlerinin antropometrik ölçümleri etkilemediği belirlenmiştir (154). On bir çalışmanın dahil edildiği başka bir meta-analizde EGCG-kafein karışımının kilo kaybı ve bel çevresi üzerinde pozitif etkisi olduğu bulunmuştur (155). Yapılan diğer çalışmalarda EGCG içeren diyet takviyesi veya kafeinsiz yeşil çay ekstraktının BKİ, vücut ağırlığı veya bel çevresi üzerine etkisinin olmadığı, enerji kısıtlı diyet kaynaklı vücut yağının azalmasını arttırmadığı görülmüştür (156, 157). Yapılan bazı hayvan ve insan çalışmalarında çeşitli meyve sirkelerinin tüketiminin BKİ, vücut ağırlığı, vücut yağ kütlesi ve serum trigliseritini anlamlı oranda azalttığı görülmüştür (158-160).

Bitkisel ürünlerin kompozisyonu karmaşıktır. Bu da etki mekanizmalarının belirlenmesini zorlaştırmaktadır. Bitkiler içeriklerinde birçok farklı bileşen bulundurabilmekte bir bileşeni istenilen etkiyi gösterirken başka bir bileşeni istenmeyen bir etki yaratabilmektedir (149, 161). Bitkisel ürünler uzun süreli veya yanlış dozajlarda kullanıldığında da olumsuz etkiler gösterebilmektedir. Örneğin kilo kaybı sağlamak için sıklıkla başvuru alan yeşil çay ve kafein içeren ürünlerin tüketiminden sonra çeşitli olumsuz etkiler görülebilmektedir (149). Amerika Gıda ve İlaç İdaresi (FDA) ve Avrupa Gıda Güvenliği Otoritesi (EFSA) sağlıklı yetişkinlerde günlük kafein alımının 400 mg'a kadar güvenlidir olduğunu belirtmektedir (162, 163). Kafeinin aşırı tüketimi uykusuzluk, anksiyete, sinirlilik, mide ağrısı ve bulantısı, baş ağrısı, baş dönmesi, nabızın yükselmesi ve sistolik ve diastolik kan basıncında artışa, 15 mg/kg/gün kafein alımı toksik etki gösterip bulantı, kusma, taşikardi, nöbet ve beyin ödeme neden olabilmektedir. 150 mg/kg/gün üzerindeki dozlar ölümcül olabilmektedir (162, 164). Yeşil çay ekstresinin yan etkileri genellikle hafif ve orta şiddetli bulantı, kabızlık, karın

ağrısı, artmış kan basıncı olmakla birlikte literatürde sürekli günlük yüksek dozaj alımının hafif-orta şiddetli karaciğer enzimi artışıyla ilişkili olabileceğini gösteren çalışmalar bulunmaktadır (165, 166). Zayıflama amacıyla kullanılan bitkisel ürünler ve çaylarda -özellikle hızlı kilo verdireceği iddia edilen ürünlerde- çoğunlukla diüretik (kiraz sapı, maydanoz, huş ağacı yaprağı, mısır püskülü vb.) ve laksatif (sinemaki, barut ağacı, sarısabır, ravent, acı çehre vb.) etkili droglara rastlanmaktadır. Uzun süreli laksatif ve diüretik kullanımı hipopotasemi, hipokalsemi, hipomagnezemi, hipofosfatatemi gelişimine, su ve elektrolit kaybı nedeniyle kalp ve kas toksisitesi gelişmesine veya kalp ve kas bozukluklarının şiddetlenmesine ve ölüme neden olabilir. Laksatiflerin uzun süre kullanımı bağırsak tembelliğine de neden olabilmektedir (138). Literatürde kilo vermek amacıyla kullanılan bitkisel takviyelerin karaciğer hasarına neden olabileceğini gösteren çalışmalarda bulunmaktadır (167- 170).

Literatür araştırmalarında bitkisel ürünler kilo kontrolü üzerine potansiyel etkileri bulunmakla birlikte ürünlerin antiobezite etkilerini doğrulamak, uzun vadeli güvenlikleri, optimum dozajları, olası yan etkileri ve etki mekanizmaları hakkında daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır (137, 139).

Akupunktur obezite tedavisinde sıklıkla kullanılan bir diğer TAT yöntemidir. Etki mekanizması tam olarak belirlenememekle birlikte obezite üzerine iştah düzenleyici hormonları düzenleyerek iştahı azaltma, gastrik asit düzeyini azaltma, artan serotonin düzeyleri ile sempatik aktiviteyi arttırma gibi mekanizmalarla etki ettiği düşünülmektedir (171, 172). Literatürde akupunktur uygulamasının tek başına, diyet ve/veya egzersiz ile birlikte kullanılmasının vücut

ağırlığı yönetimi üzerinde olumlu etkisinin olduğunu gösteren çalışmalar olmakla birlikte etkili olmadığını gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (173-178).

Hipnoz, masaj, yoga, refleksoloji kilo kaybını sağlamak amacıyla kullanılabilen diğer TAT yöntemleridir. Literatürde bu yöntemlerin kilo kaybı üzerine etkili olabileceğini gösteren çalışmalar bulunmakla birlikte bu yöntemlerin obezite üzerindeki etkisinin tam olarak belirlenebilmesi için daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır (99, 143, 179-182).

3.4. Sağlıklı Hayat Merkezleri

Türkiye’de Sağlıklı Hayat Merkezleri (SHM); sağlığa yönelik risklerden birey ve toplumu korumak, sağlıklı hayat tarzını teşvik etmek, birinci basamak sağlık hizmetlerini güçlendirmek ve bu hizmetlere ulaşımı kolaylaştırmak amacıyla kurulan, Toplum Sağlığı Merkezi’ne bağlı ek hizmet birimi olarak faaliyet gösteren çok amaçlı yapılardır. Bu merkezlerde hedef kitlesi hem hastalar hem de sağlamlar olmak üzere tüm toplumdur. SHM’lerde; obezite hastalarına diyetisyen, psikolog ve fizyoterapistlerin desteğiyle sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite alışkanlığı kazandırılması ve psikolojik destek verilmesi ile tedavisinin yapıp sağlıklı vücut ağırlığı ile yaşamlarına devam etmelerinin sağlanması amaçlar arasında yer almaktadır (183).

Obezite Türkiye’de ve Dünya’da sıklığı giderek artmakta olan önemli bir halk sağlığı sorunudur. Obezite tedavisinde etkinliği kanıtlanmış bilimsel tedavi yöntemlerinin bulunmasına rağmen obez kişiler kilo kaybının hızlı olmasını sağlama arzusu ve yaşam tarzı değişiklikleri yapmaktan daha az zahmetli olması gibi nedenlerle etkinliği ve güvenliği tam belirlenmemiş olan çeşitli TAT yöntemlerine yönelebilmektedirler. Araştırma bölgesi olarak seçilen Elazığ ilinde

obezite hastaları üzerine Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Yöntemlerinin kullanım durumlarını belirleyen herhangi bir araştırmaya literatürde rastlanmamıştır. Bu alışmada Elazığ ilinde Şehit Mehmet Aygün Sağlıklı Hayat Merkezi Sağlıklı Beslenme Danışmanlığı'na başvuran obezite hastalarında Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp kullanma durumlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.



4. GEREÇ VE YÖNTEM

Toplum tabanlı kesitsel/tanımlayıcı olarak planlanan bu çalışma Elazığ il merkezinde bulunan ve araştırmanın yapıldığı dönemde tek merkez olarak hizmet veren Elazığ Şehit Mehmet Aygün Sağlıklı Hayat Merkezi'ne başvuran obezite hastaları arasında yürütülmüştür.

Sağlıklı Hayat Merkezi Sağlıklı Beslenme Danışmanlığı'na açıldığı tarihten itibaren beş ay içerisinde 571 obezite hastasının başvuruda bulunduğu göz önüne alındığında, araştırmanın süresi olarak planlanan üç aylık bir zaman diliminde 300 hastaya ulaşılması planlanmıştır. Kesitsel/tanımlayıcı olan bu çalışmada kapsama alınacak hasta sayısı böylece süre ile ilişkili olarak belirlenmiş, herhangi bir formülasyon kullanılmamıştır. Çalışma için belirlenen süre sonunda planlanan 300 obezite hastasına ulaşılmıştır.

Araştırma kapsamına alınma kriterleri 18 yaş ve üzeri olmak, obez olmak (BKİ 30 ve üzeri olanlar) ve konuşmasını/kooperasyonunu engelleyici fiziksel ve psikolojik bir rahatsızlığının bulunmamasıdır.

Araştırma kapsamına alınan obez bireylere, literatür kaynaklı (9,77,140,146,147) olarak hazırlanmış anket yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulanmıştır (EK 1). Ankette demografik, sosyal ve sağlık bilgileri ile Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp kullanım durumlarını değerlendiren sorular yer almakta olup herhangi bir puanlama sistemi bulunmamaktadır. Anket, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış bir anket değildir.

Boy, kilo ve vücut yağ oranı (VYO) kalibrasyon ayarı yapılmış boy ölçer ve vücut kompozisyon analiz cihazı ile yapılmıştır. Katılımcıların kilosu ceplerindeki

eşyalar boşaltılarak, ayakkabısız, ince giysilerle, boyu ise bireyin dik ve hareket etmeden durması sağlanarak ölçülmüştür.

Fırat Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alınan etik izini (Toplantı Tarihi: 22.12.2018, Karar No:13) (EK 2) alındıktan sonra, araştırmanın Elazığ Şehit Mehmet Aygün Sağlıklı Hayat Merkezi'nde yapılabilmesi için Elazığ İl Sağlık Müdürlüğü'nden gerekli izinler (EK 3) alınmıştır. Araştırma Şubat-Nisan 2019 tarihlerinde yapılmıştır.

Veriler istatistik paket programına kaydedilerek hata kontrolleri, tabloları ve istatistiksel analizleri yapılmıştır. Değişkenlerin özelliğine göre yüzde, ortalama, Ki-kare, Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA), Fisher's Exact Test, Independent Samples T ve Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Ortalamalar standart sapma ile birlikte verilmiş ($\bar{X} \pm SS$), $p < 0.05$ istatistiksel anlamlılık olarak kabul edilmiştir.

5. BULGULAR

Araştırma kapsamına alınan bireylerin %95.0'ı kadın (285 kişi), %5.0'ı erkek (15 kişi) olup yaş ortalamaları 42.51 ± 11.4 (min:18, maks:71) yaş, aylık gelir ortalamaları 3109.73 ± 1694.39 (min:400, maks:12000) TL'dir. Araştırma kapsamına alınanların bazı sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımları Tablo 6'da verilmiştir.

Tablo 6. Araştırma Kapsamına Alınanların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Dağılımları

Sosyo-demografik Özellikler (n=300)	Sayı	%
Cinsiyet		
Erkek	15	5.0
Kadın	285	95.0
Yaş Grubu (
18-35 yaş	78	26.0
36- 50 yaş	148	49.3
51 ve üzeri yaş	74	24.7
Medeni Durum		
Bekar	48	16.0
Evli	242	80.7
Boşanmış + Dul	10	3.3
Eğitim Durumu		
İlkokul ve altı	167	55.7
Ortaokul + Lise	85	28.3
Üniversite ve üzeri	48	16.0
Gelir Getirici İş		
Var	43	14.3
Yok	247	85.7
Aylık Gelir Dağılımı		
2000 TL ve altı	113	37.7
2001- 4000 TL	138	46.0
4001 TL ve üzeri	49	16.3

Araştırma kapsamına alınanların %21.0'ı (63 kişi) sosyo-ekonomik durumunu iyi, %65.0'ı (195 kişi) orta, %14.0'ı (42 kişi) kötü olarak algıladığını belirtmiştir.

Araştırma kapsamına alınanların %63.0'ı (189 kişi) mevcut herhangi bir hastalığı, %98.0'ı (394 kişi) obezite nedenli herhangi bir hastalığı olmadığını belirtmiştir (Tablo 7).

Tablo 7. Araştırma Kapsamına Alınanların Mevcut Hastalık Durumuna Göre Dağılımları

Mevcut Hastalık Durumu (n=300)	Sayı	%
Hastalık		
Var	111	37.0
Yok	189	63.0
Obezite Nedenli Hastalık		
Var	6	2.0
Yok	294	98.0

Araştırma kapsamına alınan kişilerin %82.0'ı (246 kişi) halen sigara içmediğini [%11.3'ü (34 kişi) eskiden sigara içmiş ama bırakmış, %70.7'si (212 kişi) hiç sigara içmemiş], %18.0'ı (54 kişi) ise içtiğini belirtmiştir. Kişilerin %0.3'ü (1 kişi) yılda en az bir kez alkol aldığını, %99.7'si (299 kişi) hiç alkol olmadığını bildirmiştir.

Çalışmaya alınanların %63.7'si (191 kişi) düzenli fiziksel aktivite yapmadığını, %57.3'ü (172 kişi) yeterli ve dengeli beslenmediğini ifade etmiştir. Kişilerin sağlığı etkileyebilecek bazı davranışlarına göre dağılımları Tablo 8'de gösterilmiştir.

Tablo 8. Araştırma Kapsamına Alınanların Sağlığı Etkileyebilecek Davranışlarına Göre Dağılımları

Sağlığı Etkileyebilecek Davranış (n=300)	Sayı	%
Düzenli Fiziksel Aktivite Yapma		
Evet	50	16.7
Hayır	191	63.7
Her zaman değil	59	19.6
Yeterli Dengeli Beslenme		
Evet	74	24.7
Hayır	172	57.3
Bazen	54	18.0
Öğünleri Düzenli Tüketme		
Evet	85	28.3
Hayır	215	71.7
Ana Öğün Sayısı		
2 Öğün	200	66.7
3 Öğün	100	33.3
Ara Öğün Sayısı		
0 Öğün	115	38.3
1 Öğün	145	48.3
2 Öğün ve üzeri	40	13.4
Öğün Atlama Durumu		
Evet	197	65.7
Hayır	70	23.3
Bazen	33	11.0

Araştırma kapsamına alınanların %65.7'si (197 kişi) her zaman, %11.0'ı (33 kişi) bazen öğün atladığını bildirmiştir. Öğün atlayanların (230 kişi) %75.7'si (174 kişi) öğle yemeğini, 20.0'ü (46 kişi) kahvaltıyı, %4.3'ü (10 kişi) akşam yemeğini atladığını belirtmiştir.

Araştırma kapsamına alınan kişilerin %37.3'ü (112 kişi) günlük 2000 ml ve üzeri su tükettiğini belirtmiştir (Tablo 9).

Tablo 9. Araştırma Kapsamına Alınanların Günlük Su Tüketim Miktarlarına Göre Dağılımları

Günlük Su Tüketimi (ml) (n=300)	Sayı	%
1000 ml altı	93	31.0
1000-1999 ml	95	31.7
2000 ml ve üzeri	112	37.3

Çalışmaya alınanların yeme isteklerini arttıran nedenlere göre dağılımı Tablo 10’da gösterilmiştir.

Tablo 10. Araştırma Kapsamına Alınanların Yeme İsteğini Arttıran Nedenlere Göre Dağılımları

Yeme İsteğini Arttıran Neden (n=300)	Sayı*	%
Üzölmek	155	51.7
Öfkeli olmak	61	20.3
Endişeli olmak	49	16.3
Neşeli olmak	43	14.3
Duygusal duruma göre değışmez	84	28.0
Diğer nedenler (heyecanlanmak, yalnızlık vb)	4	1.3

*Bir kişi birden fazla cevap verebilmiştir.

Araştırma kapsamına alınanların %97.7’si (293 kişi) şu anda fazla kilolu olduğunu, %2.3’ünün (7 kişi) fazla kilolu olmadığını düşünmekte olup, tüm süreçte fazla kilolu olma sürelerine göre dağılımları Tablo 11’de verilmiştir.

Tablo 11. Araştırma Kapsamına Alınanların Fazla Kilolu Olma Sürelerine Göre Dağılımları

Fazla Kilolu Olma Süresi (n=300)	Sayı	%
60 ay ve altı	100	33.3
61-120 ay	101	33.7
121 ay ve üzeri	99	33.0

Çalışmaya alınanların %69.0’ının (207 kişi) herhangi bir zayıflama yöntemi kullandığı, %31.0’ının (93 kişi) ise kullanmadığı görölmüş, kullandıkları zayıflama yöntemine göre dağılımları Tablo 12’de verilmiştir.

Tablo 12. Araştırma Kapsamına Alınanların Zayıflamak İçin Kullandıkları Yönteme Göre Dağılımları

Zayıflamak İçin Kullandıkları Yöntem (n=300)	Sayı*	%
Hiçbir şey yapmadım	93	31.0
Zayıflama ürünleri	93	31.0
Sadece diyet	84	28.0
Diyeti ile birlikte fiziksel aktivite/spor	84	28.0
Sadece fiziksel aktivite/spor	33	11.0
Zayıflama ilacı	15	5.0
Diyetetik ürünler	2	0.7
Diğer yöntemler (bariatrik cerrahi vb.)	3	1.0

*Bir kişi birden fazla cevap verebilmiştir.

Kişilerin %91.0'ı (273 kişi) TAT konusunda bilgi sahibi olmadığını, %9.0'ı (27 kişi) bilgi sahibi olduğunu ifade etmiş olup, TAT tanımı yapıldıktan sonra TAT hakkındaki düşüncelerine göre dağılımları Tablo 13'te gösterilmiştir.

Tablo 13. Araştırma Kapsamına Alınanların TAT Hakkındaki Düşüncelerine Göre Dağılımları

TAT Hakkındaki Düşünce (n=300)	Sayı	%
Esas olan tıbbi tedavidir, bu yöntemler tıbbi tedaviye yardımcı olabilir	192	64.0
Bazıları tıbbi tedavi kadar etkilidir	81	27.0
Bu yöntemler sadece tedavisi olan basit hastalıklarda kullanılabilir	7	2.3
Bu yöntemler sadece tıbbi tedavinin olmadığı durumlarda kullanılabilir	4	1.4
Bu yöntemler tamamen zararsızdır	4	1.4
Bu yöntemler bireylerin tıbbi tedavi almalarını geciktirebilir	1	0.3
Bu yöntemler için doktora danışmaya gerek yoktur	1	0.3
Diğer (Bu yöntemler vücuda zarar verebilir, doktor önerisi ile kullanılabilir vb.)	10	3.3

Araştırma kapsamına alınanların %63.7'sinin (191 kişi) obezite ile ilgili herhangi bir TAT yöntemi kullandığı, %36.3'ünün (109 kişi) kullanmadığı belirlenmiştir. Obezite ile ilgili herhangi bir TAT yöntemi kullananların tamamı

(191 kişi) bitkisel tedavi kullanırken, %1'i (2 kişi) ayrıca akupunktur kullandığını ifade etmiştir.

Obezite ile ilgili bitkisel ürün kullananların %80.6'sı (154 kişi) yeşil çay kullandığını bildirmiş olup, kullandıkları bitkisel ürünlere göre dağılımları Tablo 14'te verilmiştir.

Tablo 14. Araştırma Kapsamına Alınanlardan Bitkisel Ürün Kullananların Kullandıkları Bitkisel Ürünlere Göre Dağılımları

Kullanılan Bitkisel Ürün (n=191)	Sayı*	%
Yeşil çay	154	80.6
Limon	38	19.9
Karışık zayıflama çayları	30	15.7
Tarçın	25	13.1
Maydanoz sapı	20	10.5
Öğün yerine geçen bitkisel karışımlar	20	10.5
Kiraz sapı	16	8.4
Zencefil	16	8.4
Sirke	15	7.9
Lahana suyu	10	5.2
Mısır püskülü	8	4.2
Soğan suyu	8	4.2
Sinemaki	6	3.1
Mate yaprağı	3	1.6
Diğer bitkisel ürünler (kayısı çayı, beyaz çay, biberiye çayı vb.)	35	18.3

*Bir kişi birden fazla cevap verebilmiştir.

Obezite ile ilgili herhangi bir TAT yöntemi kullananların % 36.6'sı (70 kişi) toplam TAT yöntemi kullanma sürelerinin 1-6 ay arası olduğunu ifade etmiş olup toplam TAT kullanım sürelerine göre dağılımları Tablo 15'teki gibidir.

Tablo 15. Araştırma Kapsamına Alınanlardan TAT Yöntemi Kullananların Toplam TAT Kullanım Sürelerine Göre Dağılımları

Toplam TAT Kullanım Süresi (n=191)	Sayı	%
1 aydan kısa	35	18.4
1-6 ay	70	36.6
6 ay-1 yıl arası	18	9.4
1 yıldan uzun süre	24	12.6
Aralıklı olarak kullanma	44	23.0

Obezite ile ilgili herhangi bir TAT yöntemi kullanan kişilerin %86.4 'ü (165 kişi) her gün, %0.5'i (1 kişi) haftada 4-5 kez, %5.8'i (11 kişi) haftada 2-3 kez, %4.2'si (8 kişi) haftada 1 kez, %2.6'sı (5 kişi) ayda 1-3 kez, %0.5'i (1 kişi) başka sıklıkla TAT yöntemi kullandığını ifade etmiştir. Obezite ile ilgili TAT yöntemi kullananların %22.0'ı (42 kişi) halen obezite ile ilgili bir TAT yöntemi kullanmaya devam ettiğini belirtmiştir.

Obezite ile ilgili TAT yöntemi kullananların %52.9'u (101 kişi) aile, akraba, komşu önerisi ile TAT yöntemini kullandığını bildirmiştir. Araştırma kapsamına alınanların TAT kullanımını tavsiye aldığı kaynağa göre dağılımları Tablo 16'da gösterilmiştir.

Tablo 16. Araştırma Kapsamına Alınanlardan TAT Kullananların Tavsiye Aldığı Kaynağa Göre Dağılımları

TAT Kullanımının Tavsiye Alındığı Kaynak (n=191)	Sayı*	%
Aile, akraba, komşu	101	52.9
Medya/İnternet	58	30.4
Diyetisyen	42	22.2
Doktor	5	2.6
Kitap, dergi	4	2.1
Aktar	1	0.5
Diğer kaynaklar	1	0.5

*Bir kişi birden fazla cevap verebilmiştir.

Obezite ile ilgili herhangi bir TAT yöntemi kullanan kişilerin %60.7'si (116 kişi) kullandığı yöntemden fayda gördüğünü, %17.8'i (34 kişi) fayda görmediğini, %21.5'i (41 kişi) fayda görüp görmeme konusunda kararsız

olduğunu belirtmiştir. Kişilerin kullanılan TAT yöntemi ile ilgili düşüncelerine göre dağılımları Tablo 17’de verilmiştir.

Tablo 17. Araştırma Kapsamına Alınanlardan TAT Kullananların TAT Yöntemi ile İlgili Düşüncelerine Göre Dağılımları

Kullanılan TAT Yöntemi ile İlgili Düşünce	Sayı	%
Kullanılan Yöntemi Başkalarına Önerme(n=191)		
Evet	131	68.6
Hayır	60	31.4
Kullanılan Yöntemin Yan Etkisini Görme(n=191)		
Evet	24	12.6
Hayır	167	87.4

Araştırma kapsamına alınanların boy ortalamaları 158.77 ± 6.85 (min:143, maks:182) cm, kilo ortalamaları 89.56 ± 11.74 (min:68.4, maks:134.2) kg, vücut yağ oranı (VYO) ortalamaları $\%46.04 \pm 5.14$ (min:%24.2, maks:%58.9), BKİ ortalamaları 35.56 ± 4.45 (min:30.02, maks:54.78) kg/m^2 olup BKİ gruplandırmasına göre dağılımları Tablo 18’de gösterilmiştir.

Tablo 18. Araştırma Kapsamına Alınanların BKİ Gruplandırmasına Göre Dağılımları

BKİ Gruplandırması (n=300)	Sayı	%
I. Derece Obezite	171	57.0
II. Derece Obezite	84	28.0
III. Derece Obezite (Morbid Obez)	45	15.0

Araştırma kapsamına alınanlarda obeziteyi etkileyebilecek bazı faktörlerin cinsiyete göre dağılımları incelendiğinde sadece hastalık varlığı durumunda anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür (Tablo 19).

Tablo 19. Araştırma Kapsamına Alınanlarda Obeziteyi Etkileyebilecek Faktörlerin Cinsiyete Göre Dağılımı

Obeziteyi Etkileyebilecek Faktörler (n=300)	Cinsiyet				χ^2	p
	Erkek		Kadın			
	Sayı	%*	Sayı	%*		
Düzenli Fiziksel Aktivite						
Evet	2	13.3	48	16.8	0.128	0.938
Hayır	10	66.7	181	63.5		
Her zaman değil	3	20.0	56	19.7		
Yeterli Dengeli Beslenme						
Evet	5	33.3	69	24.2	1.627	0.443
Hayır	9	60.0	163	57.2		
Bazen	1	6.7	53	18.6		
Zayıflama Yöntemi Kullanma						
Evet	9	60.0	198	69.5	0.598	0.439
Hayır	6	40.0	87	30.5		
Hastalık Durumu						
Var	1	6.7	110	38.6	0.008**	
Yok	14	93.3	175	61.4		
Sigara Kullanma Durumu						
Halen kullanıyor	3	20.0	51	17.9	0.527**	
Halen kullanmıyor	12	80.0	234	82.1		

*Sütun yüzdesi alınmıştır. ** Fisher's Exact Test kullanılmıştır.

Araştırma kapsamına alınanların cinsiyete göre BKİ ve VYO ortalamalarının dağılımı Tablo 20'de verilmiştir.

Tablo 20. Araştırmaya Kapsamına Alınanların Cinsiyete Göre BKİ Ve VYO Ortalamalarının Dağılımı

Cinsiyet (n=300)	BKİ	VYO
	Ort.±SS (min-maks)	Ort.±SS (min-maks)
Erkek	33.59±2.76 (30.37-38.98)	34.49±4.03 (24.20-40.20)
Kadın	35.66±4.50 (30.02-54.78)	46.64±4.43 (31.20-58.90)
p değeri	p=0.072*	p<0.0001*

*Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

Araştırma kapsamına alınanlarda bazı sosyo-demografik özelliklere göre fiziksel aktivite yapma durumu dağılımı Tablo 21'de gösterilmiştir.

Tablo 21. Araştırma Kapsamına Alınanlarda Sosyo-demografik Özelliklere Göre Fiziksel Aktivite Yapma Durumu Dağılımı

Sosyo-demografik Özellik(n=300)	Düzenli Fiziksel Aktivite Yapma						χ^2	p
	Evet		Hayır		Bazen			
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%*		
Yaş Grubu								
18-35 yaş	15	19.2	50	64.1	13	16.7	0.291	0.863
36- 50 yaş	22	14.9	96	64.9	30	20.3		
51 ve üzeri yaş	13	17.6	45	60.8	16	21.6		
Eğitim Durumu								
İlkokul ve altı	24	14.4	118	70.7	25	15.0	9.160	0.057
Ortaokul + Lise	16	18.8	49	57.6	20	23.5		
Üniversite ve üzeri	10	20.8	24	50.0	14	29.2		
Medeni Durum								
Bekar/Boşanmış/Dul	11	19.0	34	58.6	13	22.4	0.791	0.673
Evli	39	16.1	157	64.9	46	19.0		

Çalışmaya alınan kişilerin BKİ ortalamaları evli olanlarda bekar olanlara göre daha yüksek, 18-35 yaş grubunda diğer yaş gruplarına göre daha düşüktür. Araştırma kapsamına alınanların sosyo-demografik özelliklerine göre BKİ ortalamalarının dağılımı Tablo 22’de gösterilmiştir.

Tablo 22. Araştırma Kapsamına Alınanların Sosyo-demografik Özelliklere Göre BKİ Ortalamalarının Dağılımı

Sosyo-demografik Özellik (n=300)	BKİ Ortalaması (kg/m ²)			p değeri
	Sayı	%	Ort.±SS	
Yaş Grubu				
18-35 yaş	78	26.0	33.77±3.07 ^{a,b}	<0.0001*
36- 50 yaş	148	49.3	35.72±4.16 ^a	
51 ve üzeri yaş	74	24.7	37.12±5.51 ^b	
Medeni Durum				
Bekar/Boşanmış/Dul	58	19.3	34.35±4.36	0.021**
Evli	242	80.7	35.85±4.43	
Eğitim Durumu				
İlkokul ve altı	167	55.7	36.56±4.64 ^a	<0.0001*
Ortaokul + Lise	85	28.3	35.13±4.16 ^a	
Üniversite ve üzeri	48	16.0	32.85±2.76 ^a	
Aylık Gelir Durumu				
2000 TL ve altı	113	37.7	36.84±4.96 ^{a,b}	<0.0001*
2001- 4000 TL	138	46.0	34.79±3.96 ^a	
4001 TL ve üzeri	49	16.3	34.78±3.88 ^b	

* Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA), **Independent T testi kullanılmıştır. ^{a,b} Tukey HSD ile farklılığın kaynaklandığı gruplar.

Araştırma kapsamına alınan kişilerin bazı sağlık değişkenlerine göre BKİ ortalamalarının dağılımları Tablo 23'te verilmiştir.

Tablo 23. Araştırma Kapsamına Alınanların Sağlık Değişkenlerine Göre BKİ Ortalamalarının Dağılımı

Sağlık Değişkeni(n=300)	BKİ Ortalaması (kg/m ²)			p değeri
	Sayı	%	Ort.±SS	
Hastalık Durumu				
Var	111	37.0	36.84±5.03	<0.0001**
Yok	189	63.0	34.81±3.89	
Ailede Obezite Varlığı				
Evet	102	34.0	36.21±4.90	0.083**
Hayır	198	66.0	35.22±4.17	
Ana Öğün Sayısı				
2 Öğün	200	66.7	35.89±4.69	0.063**
3 Öğün	100	33.3	34.88±3.87	
Ara Öğün Sayısı				
0 Öğün	115	38.3	34.85±3.29	0.083*
1 Öğün	145	48.3	35.92±5.04	
2 Öğün ve üzeri	40	13.4	36.27±4.85	
Öğün Atlama Durumu				
Evet / Bazen	230	76.7	35.77±4.58	0.143**
Hayır	70	23.3	34.87±3.93	
Günlük Su Tüketimi (ml)				
1000 ml altı	93	31.0	36.40±4.30	0.086*
1000-1999 ml	95	31.7	35.24±4.26	
2000 ml ve üzeri	112	37.3	35.13±4.67	
Fiziksel Aktivite Durumu				
Yapan	109	36.3	34.72±3.90	0.010**
Yapmayan	191	63.7	36.04±4.68	

*Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA), **Independent T testi kullanılmıştır.

Ortalama su tüketimi 18-35 yaş grubunda 1684.61±948.97 (min:200, maks:4000) ml, 36-50 yaş grubunda 1377.03±820.74 (min:200, maks:4000) ml, 51 yaş ve üzeri yaş grubunda 1213.51±757.85 (min:200, maks:3000) ml olarak saptanmıştır (p=0.002).

Araştırma kapsamına alınanlarda yeterli ve dengeli beslendiğini ifade edenlerde öğün atlama durumunun daha az olduğu görülmüştür (Tablo 24).

Tablo 24. Araştırma Kapsamına Alınanların Yeterli Ve Dengeli Beslenme İfadelerine Göre Öğün Atlama Durumlarının Dağılımı

Yeterli ve Dengeli Beslenme İfadesi (n=300)	Öğün Atlama Durumu				χ^2	p
	Evet		Hayır			
	Sayı	%	Sayı	%		
Evet	45	60.8	29	39.2		
Hayır	144	83.7	28	16.3	15.201	0.001
Bazen	41	75.9	13	24.1		

Kişilerin sosyo-demografik özelliklerine göre obezite ile ilgili TAT kullanma durumlarının dağılımları Tablo 25’te verilmiştir.

Tablo 25. Araştırma Kapsamına Alınanların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Obezite İle İlgili TAT Kullanma Durumlarının Dağılımı

Sosyo-demografik Özellik (n=300)	Obezite ile İlgili TAT Kullanma				χ^2	p
	Evet		Hayır			
	Sayı	%	Sayı	%		
Yaş Grubu						
18-35 yaş	56	71.8	22	28.2		
36- 50 yaş	94	63.5	54	36.5	4.413	0.110
51 ve üzeri yaş	41	55.4	33	44.6		
Cinsiyet						
Erkek	4	26.7	11	73.3		
Kadın	187	65.6	98	34.4	9.344	0.002
Medeni Durum						
Bekar/Boşanmış/Dul	40	69.0	18	31.0		
Evli	151	62.4	91	37.6	0.873	0.350
Eğitim Durumu						
İlkokul ve altı	96	57.5	71	42.5		
Ortaokul + Lise	62	72.9	23	27.1	6.456	0.040
Üniversite ve üzeri	33	68.8	15	31.3		
Aylık Gelir Durumu						
2000 TL ve altı	57	50.4	56	49.6		
2001- 4000 TL	99	71.7	39	28.3	13,707	0.001
4001 TL ve üzeri	35	71.4	14	28.6		
Gelir Getirici İş						
Var	26	60.5	17	39.5		
Yok	165	64.2	92	35.8	0.222	0.637

Araştırma kapsamına alınan kişilerin bazı sağlık değişkenlerine göre TAT kullanım durumlarının dağılımı Tablo 26’da gösterilmiştir.

Tablo 26. Araştırma Kapsamına Alınanların Sağlık Değişkenlerine Göre Obezite İle İlgili TAT Kullanma Durumlarının Dağılımı

Sağlık Değişkeni (n=300)	Obezite ile İlgili TAT Kullanma				χ^2	p
	Evet		Hayır			
	Sayı	%	Sayı	%		
Hastalık Durumu						
Var	70	63.1	41	36.9	0.028	0.868
Yok	121	64.0	68	36.0		
Fiziksel Aktivite Durumu						
Yapan	80	73.4	29	26.6	7.004	0.008
Yapmayan	111	58.1	80	41.9		
Fazla Kilolu Olma Süresi						
60 ay ve altı	64	64	36	36	0.401	0.818
61-120 ay	62	61.4	39	38.6		
121 ay ve üzeri	65	65.7	34	34.3		
BKİ Gruplandırması						
I. Derece Obezite	111	64.9	60	35.1	0.388	0.824
II. Derece Obezite	53	63.1	31	36.9		
III. Derece Obezite	27	60.0	18	40		

6. TARTIŞMA

Sağlıklı Hayat Merkezine başvuran yetişkin obezite hastalarının TAT kullanım durumlarının değerlendirilmesi amacıyla yapılan araştırma, Elazığ ili Şehit Mehmet Aygün Sağlıklı Hayat Merkezi'ne başvuran 18 yaş ve üzeri 300 yetişkin ile gerçekleştirilmiş olup, elde edilen veriler bilimsel literatüre ait bilgilerle bulgulara yönelik olarak tartışılmıştır.

Araştırma kapsamına alınan obez kişilerin mevcut hastalık durumları değerlendirildiğinde, %63.0'nın herhangi bir hastalığının olmadığı, %98.0'nın obezite nedeniyle herhangi bir hastalığının olmadığı görülmüştür (Tablo 7). Erkeklerin % 6.7'sinin, kadınların ise %38.6'sının tanısı konulmuş hastalığının olduğu, hastalık varlığının kadınlarda erkeklere göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 19). Baydur'un (184) obezite nedeniyle diyetisyene başvuranlar üzerinde yaptığı çalışmada, kişilerin %71.43'ünün doktor tarafından teşhisi konulmuş herhangi bir hastalığının bulunmadığı, cinsiyetler arası hastalık durumu bakımından anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür. Eker'in (185) yaptığı araştırmaya göre yetişkin obez kadınların %27.8'i tanısı konulmuş herhangi bir sağlık sorununa sahipken, %72.2'sinin herhangi bir hastalığa sahip değildir. Ödemiş ilçesinde bulunan Aile Sağlığı Merkezleri'ne başvuran obez bireyler üzerinde yapılan bir çalışmada (186) katılımcıların %39.6'sı kronik hastalığı olmadığını, %60.4'ü ise olduğunu belirtmiştir. Çalışmamızdaki obez bireylerde hastalık durumu dağılımı yapılan çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda katılımcıların %82.0'nın şu anda sigara içmediği, %99.7'sinin de alkol kullanmadığı saptanmıştır. Sigara kullanımı durumunda

cinsiyetler arası farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$, Tablo 20). Artvin ilinde 20 yaş ve üzeri 1929 kişi üzerinde yapılan bir çalışmada (187) katılımcıların %71.0'nın sigara, % 81.8'inin alkol, Muğla'nın Marmaris ilçesinde obezite tanısı almış kişiler üzerinde yapılan çalışmada (188) ise kişilerin %60.0'nın sigara, %45.0'nın alkol kullanmadığı belirtilmiştir. . Çalık'ın (189) yaptığı çalışmada sigara kullanımını bakımından cinsiyetler arası farklılık bulunmamışken, Bozkuş'un (190) yaptığı çalışmada sigara kullanımını erkeklerde kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur. Araştırmamızdaki sigara kullanımını literatürdeki çalışmalarla benzerdir. Alkol kullanım dağılımının ve sigaranın cinsiyete göre dağılımlarının değişiklik göstermesinde çalışmaların yapıldığı yerlerin kültürel farklılıkların etkili olabileceği düşünülmektedir.

Düzenli fiziksel aktivite durumuna göre incelendiğinde araştırmaya katılan kişilerin %16.7'sinin (erkeklerin %13.3'ü, kadınların %16.8'i) düzenli fiziksel aktivite yaptığı, %63.7'sinin (erkeklerin %66.7'si, kadınların %63.5'i) egzersiz yapmadığı belirlenmiştir (Tablo 8). Düzenli fiziksel aktivite yapma durumu yönünden cinsiyetler arası anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$, Tablo 19). Sağlık Bakanlığı tarafından 30 yaş ve üstü 15468 birey üzerinde yapılan "Sağlıklı Beslenelim, Kalbimizi Koruyalım" çalışmasında (21) Türkiye'de bireylerin yalnızca %3.5'inin düzenli fiziksel aktivite (haftada 3 gün 30 dakika) yaptığı görülmüştür (kadınların %3.1'i, erkeklerin %4.2'si). TBSA-2010 (22) verilerine göre; Türkiye genelinde 12 yaş ve üzeri bireylerin %71.9'unun (erkeklerin %67.6'sının, kadınların %76.5'nin) egzersiz yapmadığı saptanmıştır. Malatya'da sağlık ocağına başvuran obez hastalarla yapılan çalışmada (191) hastaların %61.1'inin düzenli egzersiz yapmadığı (erkeklerin %42.2'si, kadınların %68.3'ü),

düzenli egzersiz yapmanın erkeklerde kadınlara göre anlamlı olarak fazla olduğu görülmüştür. Baydur'un (184) diyetisyene başvuranlar üzerinde yaptığı çalışmada kadınların %64,71'inin, erkeklerin ise %67,21'inin fiziksel aktivite yapmadığı ve cinsiyetle fiziksel aktivite yapma durumu arasında anlamlı bir farklılık olmadığı gözlemlenmiştir. Araştırmamızdaki düzenli fiziksel aktivite yapma oranı Türkiye'de yapılan diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Fiziksel aktivite yapma durumu uygun çevrenin bulunmaması, kültürel farklılıklar vb. etkenlere bağlı olarak değişiklik gösterebileceği gibi aynı zamanda obezitenin hazırlayıcısı olarak değerlendirilebilir.

Çalışmamızdaki kişilerin yaş grubu, eğitim durumu ve medeni durumuna göre düzenli fiziksel aktivite yapma durumu incelendiğinde gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$, Tablo 21). Akarsu'nun (192) 18-35 yaş arasındaki kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada fiziksel aktivite yapma durumunda yaş grupları ve eğitim düzeyi bakımında anlamlı farklılık görülürken, medeni durum bakımından anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Şahin'in (193) yetişkin kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada ise fiziksel aktivite yapma durumu ile medeni durum ve eğitim durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunurken yaş grupları arasında bulunmamıştır. Araştırmamızda sosyo-demografik bazı özelliklere göre fiziksel aktivite durumunun farklılık göstermemesi çalışmanın yalnızca obezite üzerinde yapılması, obezite için risk faktörü olan fiziksel inaktivitenin bütün bireylerde benzer olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Bu araştırmaya katılan kişilerin %24.7'si yeterli ve dengeli beslendiğini, %18.0'ı bazen yeterli ve dengeli beslendiğini, %57.3'ü ise yeterli ve dengeli

beslenmediğini düşünmektedir (Tablo 8). Cinsiyetler arasında yeterli ve dengeli beslenme beslenme düşüncesi bakımından anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p<0.05$, Tablo 19). Örs'ün (146) yetişkin kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada yeterli ve dengeli beslendiğini düşünenlerin oranı %28.3, düşünmeyenlerin oranı %30.1, bazen yeterli ve dengeli beslendiğini düşünenlerin oranı %41.3, Çalık'ın (189) yaptığı çalışmada ise bu oranlar sırasıyla %41.5, %40.5 ve %18.5 olup cinsiyetler arası yeterli ve dengeli beslendiğini düşünme durumları açısından anlamlı bir fark olmadığı gözlenmiştir. Yeterli ve dengeli beslenmediğini düşünenlerin oranının çalışmamızda daha yüksek bulunması obezite hastaları üzerinde yapılması kaynaklı olabilir.

Araştırmamıza katılan bireylerin; %66.7'sinin iki, %33.3'ünün üç ana öğün tükettiği, %38.3'ü hiç ara öğün yapmazken %48.3'ünün bir, %13.4'ünün iki ve daha fazla ara öğün tükettiği belirlenmiştir (Tablo 8). Katılımcıların %65.7'si genellikle öğün atladığını bildirmiş olup, en sık atlanan öğünün öğle yemeğidir. Çalık'ın (189) çalışmada yetişkinlerin %51.5'ini iki, %45.0'mın üç, %3.5'inin bir ana öğün tükettiği, %55.0'mın öğün atladığı ve en sık atlanan öğünün öğle yemeği olduğu gözlenmiştir. Obez kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada (194) katılımcıların %27'sinin iki ana öğün, %73'ünün üç ana öğün tükettiği, %15'inin ara öğün yapmadığı, %29'unun bir, %56'sının iki ve daha fazla ara öğün tükettiği görülmüştür. Aynı çalışmada katılımcıların %60'mın öğün atladığı, başka bir çalışmada (195) ise katılımcıların %50'sini öğün atladığı ve en çok atlanan öğünün öğle yemeği olduğu saptanmıştır. Sağlık çalışanları üzerinde yapılan bir çalışmada ve üniversite öğrencileri üzerinde yapılan başka bir çalışmada ise en sık atlanan öğünün kahvaltı olduğu belirtilmiştir (196, 197). Araştırmamızda öğün

atlamının ve iki öğün tüketenlerin oranının yüksek olmasının nedeni araştırma grubunun çoğunluğunun kadın ve çalışmayan kişilerden oluşmasından, en sık atlanan öğünün öğle yemeği olması geç uyanılıp geç kahvaltı yapılmasından kaynaklanıyor olabilir.

Araştırmamızdaki kişilerin yeterli ve dengeli beslenme ifadelerine göre öğün atlama durumlarının dağılımı incelendiğinde kişilerin %60.8'inin yeterli ve dengeli beslendiğini ifade etmelerine rağmen öğün atladığı, yeterli ve dengeli beslendiğini düşünenlerin düşünmeyenlere göre daha az öğün atladığı görülmüştür ($p<0.05$, Tablo 24) Spor merkezine başvuran kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada (146) kadınların % 11.9'u yeterli ve dengeli beslendiklerini düşündükleri halde öğün atladıkları, yeterli ve dengeli beslendiğini düşünenlerin anlamlı olarak daha az öğün atladıkları saptanmıştır. Yeterli ve dengeli beslenme için öğünlerin düzenli tüketilmesi önemli bir özelliktir.

Çalışma kapsamına alınan kişilerin %31.0'nin 1000 ml altı, %31.7'sinin 1000-1999 ml arası, %37.3 'ünün de 2000 ml ve üzeri su tükettiği belirlenmiştir (Tablo 9). Günlük su tüketiminde yaş grupları arasında fark olduğu, farklılığın 18-35 yaş grubu ile 36-50 yaş grubu ve 18-35 yaş grubu ile 51 yaş ve üzeri yaş grubu arasındaki farklılıktan kaynaklandığı saptanmıştır ($p<0.05$). 19-64 yaş arası yetişkinler üzerinde yapılan bir çalışmada (146) 1000 ml ve altı su tüketenlerin oranı %38, 1001-2000 ml arası su tüketenlerin oranı %42.8 ve 2000 ml üzeri su tüketenlerin oranı %19.1 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada ayrıca günlük su tüketimi 19-30 yaş grubu kadınlarda 1692.0 ml, 31-50 yaş grubu, kadınlarda 1644.3 ml, 51-64 yaş grubu kadınlarda 1705.9 ml olarak bulunmuş olup su tüketiminin yaş grupların arasında farklı olmadığı saptanmıştır. Su ihtiyacının

karşılanması için günlük 1500-2000 ml/gün (8-10 su bardağı) su tüketilmesi önerilmektedir (9). Çalışmamızda 2000 ml ve üzeri su tüketenlerin oranının yüksek olması obez kişilerin zayıflamaya çalışırken su tüketimini arttırması ile ilgili olabilir.

Çalışmamızdaki kişilerin %28.0'ı duygusal durumunun yeme isteğini etkilemediğini, %51.7'si üzüldüğünde, %20.3'ü öfkeli olduğunda yeme isteğinin arttığını belirtmiştir (Tablo 10). Gündüz'ün (198) obezite tanısı almış kişiler üzerinde yaptığı çalışmada, katılımcıların %21.4'ü duygusal durumunun beslenme durumunu etkilemediğini, %53.8'i sınırlı olduğunda, %40.0'ı karamsar olduğunda yeme isteğinin arttığını bildirmiştir. Eker'in (185) yaptığı çalışmada, obez kadınların %46.5'inin sıkıntılı olduğunda, %45.1'i üzgün olduğunda yeme isteğinin arttığı saptanmıştır. Duygusal duruma göre yeme isteği kişiden kişiye farklılık göstermekte, aynı durum bir kişide yeme isteğini artırırken başka bir kişide azaltabilmektedir. Bu da çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilmesini açıklayabilir.

Araştırmamız kapsamına alınan kişiler fazla kilolu olma sürelerine göre sürelerine göre değerlendirildiğinde %33.3'ünün 60 ay ve altı, %33.7'sinin 61-120 ay, %33.0'ının 121 ay ve üzeri süredir fazla kilolu olduğu saptanmıştır (Tablo 11). Obez hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada (140) obezite süreleri 1 yıl, 1-5 yıl, 5-10 yıl, 10-15 yıl, 15-20 yıl ve 20 yıl ve üzeri olan hastaların yüzdesi sırasıyla %4.8, %17.1, %25.7, %17.1, %17.1 ve %18.1 olarak bulunmuştur. Obezitenin başlamasıyla devamlı bir sürece dönüşebileceği görülmektedir.

Araştırmamıza alınan kişilerin %31.0'ı zayıflamak için herhangi bir yöntem denemediğini belirtmiştir. Zayıflama amacıyla katılımcılarımızın

%31.0'nin zayıflama ürünleri (zayıflama bandı, bitkisel çaylar vb) kullanma, %28.0'nin sadece diyet ve %28.0'nin diyet ile birlikte fiziksel aktivite yöntemlerini tercih ettiği saptanmıştır (Tablo 12). Gündüz'ün (198) yaptığı çalışmaya göre yetişkin obez hastaların %18.4'ünün zayıflamak için herhangi bir çaba göstermediği görülmüştür. Zayıflama kliniğine başvuranlarda yapılan bir çalışmada (147) çalışmada katılımcıların %14.5'inin zayıflamak için hiçbir şey yapmadığı, %42.2'sinin sadece diyet yaptığı, %11.6'sının zayıflama ürünleri kullandığı, %9.8'inin diyet ile birlikte fiziksel aktivite yaptığı görülmüştür. Hem obez olup hem de zayıflama için bir yöntem denememe düşündürücüdür.

Çalışmamıza katılan kişilerin %91.0'nin TAT konusunda bilgi sahibi olmadığı, TAT tanımı yapıldıktan sonra düşünceleri sorulduğunda %64.0'nin TAT yöntemlerini tıbbi tedaviye yardımcı yöntemler olarak düşündüğü gözlemlenmiştir (Tablo 13). Kayseri'de aile sağlığı merkezlerine başvuran kişiler üzerinde yapılan bir çalışmada (77) katılımcıların çoğunun (%67.8'inin) esas tedavi olarak tıbbi tedaviyi görüp TAT yöntemlerini tıbbi tedaviye yardımcı olarak düşündüğü belirlenmiştir. TAT hakkındaki düşünceler yönünden çalışmamız literatürle benzerdir.

Araştırmamıza alınan kişilerin %63.7'sinin obezite ile ilgili TAT yöntemi kullandığı belirlenmiştir. Obezite ile ilgili TAT yöntemi kullanan bireylerin tamamı (191 kişi) bitkisel tedavi, %1.0'ı ise ayrıca akupunktur yöntemini denediğini belirtmiştir. Kolombiya'da yapılan bir çalışmada (144) fazla kilolu ve obez bireylerin %52.1'ini tamamlayıcı tıp yöntemlerini kullandığı görülmüştür. Kılıç ve arkadaşlarının (140) çalışmasında, obez hastaların %62.9'unun TAT yöntemi kullandığı, kullanılan yöntemlerin akupunktur ve bitkisel ürünler olduğu

gözlemlenmiştir. Amerika’da yapılan Ulusal Fiziksel Aktivite ve Zayıflama Anketi verilerinde (141) katılımcıların %3.3’ü kilo kontrolü için son 12 ayda reçetesiz diyet takviyeleri dışındaki TAT yöntemleri kullandığı, en sık kullanılan TAT yöntemlerinin ise yoga (%57.4), meditasyon (%8.2), akupunktur (%7.7) ve masaj (%7.5) olduğu görülmüştür. Meksika kökenli kadınlar üzerinde yapılan başka bir araştırmada (143) kilo kaybı için en sık kullanılan yöntemler olarak katılımcılarının %71’inin ot veya çaylar, %61’inin evde hazırlanan ilaçlarla yapılan tedaviler (yağ yakımını sağlamak için kahvaltudan veya yatmadan önce bir bardak su içerisine zeytinyağı, limon suyu veya sirke gibi malzemeler ekleyip içmek, tüketilecek besinlere limon suyu veya sirke eklemek), %55’inin masajı kullandığı saptanmıştır. Aynı çalışmada akupunktur yöntemini kullananların oranı %6.5’tir. Zonguldak’ta yapılan bir çalışmada (148) ise kilo kaybı için diyet takviyeleri (yeşil çay, biberiye çayı, form çayı, Gano Excel, Herbalife vb.) kullanan kişilerin oranı %33.6 olarak bulunmuştur. Obezite hastaları hızlı ve daha az zahmetli bir şekilde kilo vermek amacıyla bilimsel kanıta dayalı tedavi dışındaki yöntemlere yönelebilmektedir.

Araştırmamızdaki herhangi bir TAT yöntemi kullanan kişilerin tamamı kilo vermek amacıyla bitkisel ürün kullanmıştır. Kullanılan bitkisel ürünler incelendiğinde en sık kullanılan ürünler yeşil çay, limon, karışık zayıflama çayları ve tarçındır. Obezite ile ilgili TAT yöntemi kullanan kişilerin bu bitkisel ürünleri kullanma oranları sırasıyla %80.6, %19.9, %15.7 ve %13.1’dir (Tablo 14). Suudi Arabistan’ da yapılan bir çalışmada (145) katılımcıların %98.1’inin kilo vermek için kullandığı bitkisel ürünler arasında en sık kullanılan ürünün yeşil çay (%88.4) olduğu saptanmıştır. Bu çalışmaya göre zencefil (%29.5) ve sinemaki (%21.8) en

sık kullanılan diğ er bitkisel ürünlerdendir.  rs' n (146)  alışmasında, kilo vermek amacıyla en sık kullanılan bitkisel ürünlerin yeşil çay (%58.9), limon (%27.2), bitkisel çaylar (%20.7) ve tarçın (%17.9) olduğu görülmüştür. Erdoğan ve Kurtuncu'nun obez kişiler üzerinde yaptığı çalışmada (148) en sık kullanılan diyet takviyeleri Gano Excel (%41.0), Herbalife (%37.2), Form  ayı (%33.3) olarak belirlenmişt r. Kullanılan bitkisel ürünler bakımından literatürde farklı sonuçlar bulunmakla birlikte, yeşil çay kullanımının literatürle benzer olduğu görülmektedir.

Araştırmamızda obezite ile ilgi TAT yöntemi kullanan kişiler toplam TAT kullanma süresi ve TAT kullanma sıklığına göre incelendiğinde; katılımcıların %36.6'sının toplam 1-6 ay süreyle (Tablo 15), %86.4'ünün kullandığı TAT yöntemini her gün kullandığı saptanmıştır. Obez hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada (140) TAT yöntemi kullananların %39.4'ünün toplam TAT kullanım s resinin 1-6 ay olduğu, Aksoy'un (97)  alışmasında yardımcı tedavi yöntemleri kullanan kişilerin %48.6'sının 1 aydan daha kısa süre bu yöntemleri kullandığı görülmüştür. Eldalo ve arkadaşlarının (145) yaptığı çalışmada bitkisel ürün kullanan kişilerin %47.5'inin her gün bitkisel ürün kullandığı gözlenmiştir. Toplam TAT kullanım süresi ve kullanım sıklığı yönünden çalışmamız literatüre benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda obezite ile ilgi TAT yöntemi kullanan kişilerin %52.9'u aile, akraba, komşu  nerisi ile, %30.4'  medya veya internetten öğrenerek, %22.2'si diyetisyen  nerisi ile TAT yöntemini kullandığını belirtmiştir (Tablo 16). Bu kişilerin %60.7'si kullandığı yöntemden fayda gördüğünü, %68.6'sı kullandığı yöntemi başkasına önerebileceğini, %87.4'  ise kullandığı yöntemin

yan etkisini görmediğini ifade etmiştir (Tablo 18). Erdoğan ve Kurtuncu'nun (148) yaptığı çalışmada diyet takviyesi kullanan kişilerin kullandığı yöntemi %54.9'u aile, arkadaş önerisi ile, %21.5'i medya/televizyondan öğrenerek kullandığını ve %53'ü bu yöntemlerden yarar gördüğünü, %62.7'si herhangi bir zarar görmediğini ifade etmiştir. Çapraz'ın (147) çalışmasında, bitkisel destek ürünleri kullanan kişilerin %23.1'i medya/internette öğrenerek, %17.6'sı doktor önerisi ile kullandığı ve %68.4'ünün bitkisel desteklerden fayda gördüğü, %83.5'inin herhangi bir yan etki görmediği saptanmıştır. Literatürde, kullanılan yöntemleri deneyimleyen kişilerden dinleyip etkili olduğunu öğrenmek, yöntemlerin medya ve internette uzman olduğunu belirten kişilerce tanıtımının yapılmasının kişileri yöntemi kullanmaya yöneltebileceği görülmektedir.

Araştırmaya katılan kişilerin BKİ ortalamaları 35.56 ± 4.45 (min: 30.02, maks: 54.78) kg/m^2 , VYO ortalamaları $\%46.04 \pm 5.14$ 'tür (min: %24.2, maks: %58.9). BKİ ortalaması erkeklerde 33.59 ± 2.76 (min: 30.37, maks: 38.98), kadınlarda 35.66 ± 4.50 (min: 30.02, maks: 54.78) kg/m^2 olup gruplar arasında fark anlamlı değildir ($p > 0.05$, Tablo 20). VYO ortalaması erkeklerde $\%34.49 \pm 4.03$ (min: %24.20, maks: %40.20), kadınlarda $\%46.64 \pm 4.43$ (min: %31.20, maks: %58.90) olup kadınlarda erkeklere göre daha yüksektir ($p < 0.05$, Tablo 20). Kılıç ve arkadaşlarının (140) obezite hastaları üzerinde yaptıkları çalışmada, BKİ ortalaması tüm kişilerde 37.0 ± 6.5 , kadınlarda 37.4 ± 7.0 , erkeklerde 35.5 ± 3.8 kg/m^2 , VYO kadın ve erkeklerde sırasıyla $\%45.2 \pm 4.8$ ve $\%26.2 \pm 12.8$ olarak saptanmıştır. Cinsiyetler arası BKİ ortalamasında anlamlı bir fark olmadığı, VYO ortalamasında farkın anlamlı olduğu görülmüştür. Özen'in (191) yaptığı çalışmada BKİ ortalaması erkeklerde 32.2 ± 3.4 , kadınlarda 34.2 ± 4.1 kg/m^2 olup,

cinsiyetler arası anlamlı farklılık bulunmuştur. Gönül ve arkadaşlarının (199) obezite tanısı almış kişiler üzerinde yaptığı çalışmada BKİ ortalaması 35.60 ± 3.13 kg/m^2 , Eker'in (185) yetişkin obez kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada ise BKİ ortalaması 35.37 ± 4.78 kg/m^2 'dir. Saygın ve arkadaşlarının (200) bir tıp fakültesinin diyet polikliniğine başvuran 9794 kişi üzerinde yaptığı çalışmada BİA yöntemiyle ölçülen vücut yağ yüzdesinin kadınlarda erkeklere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızın sonuçları ile yapılan çalışmaların sonuçları benzerlik göstermektedir.

Araştırmamıza katılan kişiler BKİ gruplandırmasına göre incelendiğinde kişilerin %57.0'nın I. Derece Obezite, %28.0'nın II. Derece Obezite ve %15.0'nın III. Derece Obezite (morbid obez) sınıfında olduğu belirlenmiştir (Tablo 18). Türkiye'de obez bireyler arasında yapılan çalışmalarda; Göktaş ve arkadaşlarının (186) çalışmasında, kişilerin %50.0'nın I. Derece, %35.8'inin II. Derece ve %14.2'sinin morbid obez, Barış'ın (194) çalışmasında, %60.0.'ninin I. Derece, %40.0'nın II. Derece obez, Sancar'ın (195) çalışmasında ise %62.0'nın I. Derece, %34.0'nın II. Derece ve %4.0'nın morbid obez olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda BKİ gruplandırmasına göre dağılım literatürle paralellik göstermektedir.

Çalışmamıza alınan kişilerin yaş gruplarına göre BKİ ortalamalarında anlamlı bir farklılık olduğu, BKİ ortalamasının 18-35 yaş grubunda en düşük ve 51 yaş ve üzerinde en yüksek değere sahip olduğu görülmüştür ($p < 0.0001$, Tablo 22). TKrHRF çalışmasında (23) obezite sıklığı her iki cinsiyette de en fazla 55-64 yaş grubunda, TBSA-2010 çalışmasında (22) obezitenin en fazla her iki cinsiyette de sırasıyla 51-64 ve 65 yaş ve üzeri yaş gruplarında olduğu bildirilmiştir. Doak

ve arkadaşlarının (201) DSÖ Avrupa Bölgesi verilerini kullanarak yaptığı çalışmada, 50-64 yaş grubundaki kişilerin 25-49 yaş grubuna göre fazla kiloluluk ve obezite prevalansının daha yüksek olduğunu saptanmıştır. Kocaman'ın (202) yaptığı çalışmada normal kilolu bireylerin yaş ortalamasının fazla kilolu ve obezlere göre daha düşük olduğu görülmüştür. Yaş ilerledikçe metabolizmanın yavaşlaması, kadınların menopoza girmesi, hareket kısıtlılığının başlaması ve daha genç yaşlarda dış görünüme verilen önemin daha fazla olması gibi faktörlerin daha yüksek BKİ görülmesini etkileyebileceği düşünülmektedir.

Araştırmamızda evli olan kişilerin BKİ ortalamasının bekar/dul/boşanmış olanlara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$, Tablo 22). Kaner ve arkadaşlarının (203) çalışmasında evli olan kişilerde obezite oranının bekarlardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yetişkin obez kadınlar üzerinde yapılan çalışmada (185) evli olanların BKİ derecesinin bekar olanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Evlilikle yaşam düzeninin değişmesi, doğumların olması, daha fazla ve çeşitli yemeklerin yapılması gibi nedenler BKİ'nin artmasına neden olabilir.

Araştırmaya alınan kişilerin BKİ ortalamalarının eğitim düzeyi ve aylık gelir yükseldikçe BKİ'nin anlamlı olarak azaldığı görülmüştür. BKİ ortalamasının ilkokul ve altı eğitim düzeyinde ve 2000 TL ve altı aylık geliri olanlarda en yüksek olduğu gözlemlenmiştir ($p<0.0001$, Tablo 22). On bir OECD ülkesinin incelendiği bir çalışmada (204) en yüksek BKİ seviyelerinin düşük eğitim ve gelir düzeyine sahip kişilerde görüldüğü saptanmıştır. Sosyo-ekonomik değişkenlere göre obezite yaygınlığını inceleyen bir çalışmada (205), fazla kilolu ve obez kişilerde yığılmanın ilkokul eğitim düzeyinde ve en alt gelire sahip kişilerde

olduğu görülmüştür. Eğitim düzeyi arttıkça sağlıklı yaşam bilincinin artabileceği, gelir düzeyi arttıkça daha dengeli beslenmenin varlığı BKİ'nin bu gruplarda daha düşük olmasının nedeni olabileceğini düşündürmüştür.

Araştırmamızda mevcut hastalığı olan kişilerin BKİ ortalamasının olmayanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.0001$, Tablo 23). Öztayncı'nın (206) yaptığı çalışmada, zayıf ve normal kilolu kişilerde sağlık sorunu görülme sıklığının hafif şişman ve obez bireylere göre düşük olduğu görülmüştür. Obezite nedeniyle diyet polikliniğine başvuran kişiler üzerinde yapılan diğer bir çalışmaya (184) göre, doktor tarafından teşhis edilen hastalığı olan bireylerin BKİ ortalamasının olmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur. Hastalık varlığının yüksek BKİ ile ilişkili olması nedenleri arasında obezitenin komplikasyonları olabileceği de düşünülebilir.

Çalışmaya alınanların BKİ ortalaması birinci dereceden akrabalarda obez bulunup bulunmamasına göre değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olmadığı gözlemlenmiştir ($p>0.05$, Tablo 23). Kocaman'ın (202) yaptığı çalışmada ailede obez kişi olup olmamasına göre incelendiğinde normal, fazla kilolu ve obez bireyler arasında anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır. Turan'ın (207) yetişkin hastalar üzerinde yaptığı çalışmada ise birinci derece akrabalarında obezite olan kişilerde obezite sıklığının daha fazla olduğu saptanmıştır. Literatürde birinci dereceden akrabalarda obezite varlığı ile BKİ ortalaması açısından farklı sonuçlar bulunmaktadır. Kişilerde sağlıksız beslenme, fiziksel inaktivite gibi obeziteyi tetikleyebilecek diğer faktörlerin varlığının bazı durumlarda genetik yatkınlıktan daha fazla etkili olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızda kişilerin ana öğün sayısı, ara öğün sayısı, öğün atlama durumu ile BKİ ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$, Tablo 23). Obezite nedeniyle diyetisyene başvuran kişiler üzerinde yapılan çalışmada (184), BKİ ortalamasının ana öğün sayısı, ara öğün sayısı, öğün atlama durumu gibi değişkenlere göre farklılaşmadığı görülmüştür. Canefendiç (208) yaptığı çalışmada, tüketilen ara öğün ve ana öğün sayısının BKİ ile ilişkili olmadığını saptamıştır. Aljuraiban ve arkadaşlarının (209) 2696 yetişkin üzerinde yaptığı bir çalışmada, dört öğün ve daha az öğün tüketenler ile altı öğün ve üzeri tüketenler karşılaştırılmış, fazla sayıda ve küçük miktarlarla beslenmenin düşük BKİ ile ilişkili olabileceği bildirilmiştir. Obezitede öğün sayısının yanında öğünün miktarı ve kompozisyonunun da önemli olması, öğün sayısı ve atlama durumuyla BKİ arasında anlamlı bir farklılık görülmemesine neden olabilir.

Araştırmamda fiziksel aktivite yapanların BKİ ortalamalarının yapmayanlara göre daha düşük olduğu gözlemlenmiştir ($p<0.05$, Tablo 23). Beslenme polikliniğine başvuran kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada (203), kişiler fiziksel aktivite düzeyine göre incelendiğinde, sedanter yaşayanların büyük çoğunluğunun obez olduğu görülmüştür. Akarsu'nun (192) fiziksel aktivitenin obezite üzerine etkisinin incelendiği çalışmasında, fiziksel aktivite yapmayan kişilerin fiziksel aktivite yapanlara göre anlamlı olarak daha yüksek BKİ ortalamasına sahip olduğu gözlemlenmiştir. Saatci'nin (210) yetişkinler üzerinde yaptığı çalışmada, yapılan Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi'nden elde edilen puanlarla BKİ arasında anlamlı bir ilişkinin bulunmadığı saptanmıştır. Fiziksel aktivite negatif enerji dengesi sağlayarak kilo kaybı ve daha düşük BKİ'nin gerçekleşmesine katkı sağlayabilir.

Araştırmamızda günlük su tüketimine göre BKİ ortalamasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p>0.05$ Tablo 23). Literatürde yetişkinler üzerinde yapılan farklı iki çalışmada günlük su tüketimi ile BKİ arasında anlamlı bir ilişkinin saptanmadığı belirtilmiştir (185, 208) Su tüketiminin yeterli ve dengeli beslenme, fiziksel aktivite gibi sağlıklı yaşam biçimi davranışlarıyla birlikte kullanılması durumunda kilo kaybına yardımcı olabileceği düşünülmektedir. Obezite hastalarında bu davranışlar genel olarak daha az görüldüğünden su tüketimi ile BKİ arasında ilişki bulunmamış olabilir.

Çalışmamıza alınan kişilerin yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, aylık gelir ve gelir getirici iş durumuna göre obezite ile ilgili TAT yöntemi kullanımı incelendiğinde yaş grubu, medeni durum ve gelir getirici iş durumu ile TAT kullanımı arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken ($p>0.05$ Tablo 25), cinsiyet, eğitim ve gelir durumu bakımından anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0.05$, Tablo 25). Kadınlarda erkeklere göre daha fazla TAT kullanımı görülürken, en düşük TAT kullanımının eğitim düzeyi bakımından ilkökul ve altı eğitim grubunda ve aylık gelir bakımından da 2000 TL ve altı gelir grubunda görüldüğü saptanmıştır (Tablo 25). Obez bireyler üzerinde yapılan bir çalışmada (148) sosyo-demografik özelliklere göre diyet takviyesi kullanımı incelendiğinde, sadece cinsiyet ile ilişkili olup kadınlarda erkeklere göre daha yüksek olduğu, yaş, medeni durum, eğitim durumu, gelir durumu bakımından anlamlı bir farklılığın olmadığı görülmüştür. Güven ve arkadaşlarının (94) yaptığı çalışmada, TAT kullanımı ile yaş grubu, cinsiyet, eğitim durumu arasında ilişkili bulunurken medeni durum arasında bulunmamıştır. En yüksek TAT kullanımı yaş gruplarına göre 70-79 yaşta, eğitim düzeyine göre okuryazar olmayanlarda ve cinsiyete göre

kadınlarda görülmektedir. Oral ve arkadaşlarının (77) çalışmasında ise TAT kullanımını yaş, medeni durum, ekonomik durum ile ilişkili bulunurken, cinsiyet ve öğrenim durumu bakımından anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. TAT kullanımının 30 yaş ve altında diğer yaş gruplarına göre, kötü ekonomik durumu olanlarda diğer gelir düzeylerine göre daha düşük, evli olanlarda da diğer medeni durumlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Kim ve arkadaşlarının (211) yaptığı çalışmada, çalışan kişilerde çalışmayanlara göre TAT kullanım oranı daha yüksek bulunmuştur. Obezite hastaları daha hızlı ve kolay kilo vermek amacıyla TAT yöntemlerine yönelebilmektedir. Eğitim düzeyi arttıkça TAT yönteminin araştırılıp öğrenilebilmesi, gelir durumu arttıkça duyulan her yöntemin denenebilmesinin bu gruplarda TAT kullanımının yüksek olmasını sağlayabileceği, erkeklerde TAT kullanımının düşük olmasının bitki çayı tüketim alışkanlığının daha az olmasından kaynaklı olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmamızda kişilerde mevcut hastalıklarının olup olmamasına göre obezite ile ilgili TAT yöntemi kullanma durumları incelendiğinde anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$, Tablo 26). Çapraz'ın (147) çalışmasında, zayıflama kliniğine başvuranlarda teşhis edilmiş hastalığı olanların olmayanlara göre daha fazla bitkisel zayıflama ürünü kullandığı gözlemlenmiştir. Oral ve arkadaşlarının (77) aile sağlığı merkezine başvuran bireyler üzerinde yaptığı çalışmada hastalık durumu ile TAT kullanımı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Obezite hastalarının hastalık olsa da olmasa da kısa zamanda kilo verimini hedeflemesinin, mevcut hastalık durumu ile obezite ile ilgili TAT yöntemi kullanımı arasında anlamlı ilişkinin olmamasını açıklayabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızda obezite ile ilgili TAT kullanma durumu fiziksel aktivite yapanlarda yapmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$, Tablo 26). Kişilerin fazla kilolu olma süreleri ile TAT kullanımını arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p > 0.05$, Tablo 26). Obez kişiler üzerinde yapılan bir çalışmada (148), düzenli egzersiz yapan kişilerde diyetel takviyelerin kullanımının daha fazla olduğu, bir başka çalışmada (140) ise fazla kilolu olma süresi arttıkça TAT yöntemleri kullanma sıklığının arttığı gözlemlenmiştir. Zayıflamayı amaçlayan kişiler kilo verimini sağlamak için birçok yöntem deneyebilmektedir. Beslenme tedavisinin yanında fiziksel aktivitede yapan kişilerin bunu TAT yöntemleri ile de desteklemek isteyebilecekleri düşünülmüştür.

Araştırmamızda BKİ grupları arasında obezite ile ilgili TAT kullanımı konusunda farklılık bulunmamıştır ($p > 0.05$, Tablo 26). Erdoğan ve Kurtuncu'nun obez kişiler üzerinde yaptıkları çalışmada (148), diyet takviyesi kullanmayanların BKİ ortalamalarının kullananlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bertisch ve arkadaşlarının (212) yaptıkları çalışmada, yüksek BKİ'nin daha düşük TAT kullanımıyla ilişkili olduğu, Örs'ün (146) çalışmasında ise BKİ arttıkça daha sık zayıflama amaçlı besin desteği ve/veya bitkisel destek kullanıldığı gözlemlenmiştir. TAT yöntemleri genellikle obezite hastaları arasında daha hızlı kilo kaybı için kullanılabilir. Kilo fazlalığı miktarına bakılmaksızın bütün hastaların bunu sağlamak için TAT yöntemlerini kullanabileceği düşünülebilir.

Sonuç olarak, Sağlıklı Hayat Merkezine başvuran yetişkin obezite hastalarında TAT kullanımının irdelendiğinde bu çalışmada kişilerin;

- Yaş ortalaması 42.51 ± 11.4 yaş, %95.0'ı kadın, %80.7'si evli, %85.7'si çalışmamakta ve %65.0'ı sosyoekonomik düzeyini orta olarak kabul etmektedir.
- %63.0'ının mevcut herhangi bir hastalığı, %98.0'ının obezite ile ilgili hastalığı bulunmamaktadır.
- Düzenli fiziksel aktivite yapma oranı %16.7, yeterli ve dengeli beslendiğini düşünme oranı %24.7, 2000 ml ve üzeri su tüketme oranı %37.3'tür.
- %28.0'ının duygu durumuna göre iştahı değişmezken, %51.7'sinin üzüldüğünde yeme isteği artmaktadır.
- %33.7'si fazla kilolu olma süresi 61-120 ay olup, %69.0'ı herhangi bir zayıflama yöntemi denemiştir.
- %91.0'ı TAT konusunda bilgi sahibi olmamakla birlikte tanımı yapıldıktan sonra düşüncelerine bakıldığında %64.0'ı TAT'ın tıbbi tedaviye yardımcı olarak kullanılabileceğini düşünmektedir.
- %63.7'si obezite ile ilgili TAT yöntemi kullanmış olup kullanılan yöntemler bitkisel tedavi ve akupunkturdur.

BKİ ortalamaları 35.56 ± 4.45 (erkeklerde 33.59 ± 2.76 , kadınlarda 35.66 ± 4.50) kg/m^2 olup, kadınlarda erkeklere, fiziksel aktivite yapmayanlarda yapanlara, mevcut hastalığı olanlarda olmayanlara göre daha yüksektir. BKİ ortalamalarının yaş grupları bakımından en düşük değeri 18-35 yaş grubunda, eğitim düzeyine göre üniversite ve üzeri eğitim düzeyinde görülürken, aylık gelir bakımından en yüksek değeri 2000 TL ve altı geliri olanlarda görülmektedir. BKİ

ortalamasının ailede obezite varlığı, ana ve ara öğün sayısı, öğün atlama durumu, günlük su tüketim miktarı ile arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Obezite ile ilgili TAT yöntemi kullananların;

- En sık kullandıkları ürünler yeşil çay (%80.6), limon (%19.9), karışık bitki çayları (%15.7), tarçın (%13.1)'dir.
- %52.9'u aile, akraba, komşu önerisi ile TAT yöntemini kullanmıştır.
- %60.7'si kullandığı yöntemden fayda görmüşken %87.4'ü herhangi bir yan etki görmemiştir.
- %36.6'sı toplam 1-6 ay süreyle, %86.4'ü her gün TAT yöntemi kullanmıştır.
- Obezite ile ilgili TAT yöntemi kullanımı kadınlarda erkeklere, fiziksel aktivite yapanlarda yapmayanlara göre daha yüksektir. 2000 TL ve altı geliri olanlarda diğer gelir gruplarına, ilkokul ve altı eğitim düzeyinde olanlarda diğer eğitim düzeylerine göre TAT kullanım oranı daha düşüktür. Obezite ile ilgili TAT kullanımının yaş, medeni durum, gelir getirici iş, hastalık varlığı, fazla kilolu olma süresi, BKİ grupları ile arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda,

- Obezite hastalarını bilimsel kanıta dayalı tıbbi beslenme, egzersiz, davranış değişikliği tedavilerine yönlendirmek amacıyla toplum bilinçlendirme çalışmaları yapılmalı,
- Obezite tanısı konulan kişilere bireysel eğitimler ve/veya grup eğitimleri verilerek obezite ve tedavi yöntemleri konusunda

bilgilendirilmeli, bilimsel kanıta dayanmayan yanlış tedavi yöntemlerine yönelimin azaltılması amaçlanmalı,

- Toplum yeterli ve dengeli beslenme, fiziksel aktivite gibi sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının önemi konusunda bilgilendirilmeli, bu davranışların geliştirilmesi için uygun koşullar oluşturulmalı,
- TAT konusunda toplumun bilgi düzeyini arttırmak, etkililiği, güvenliği, potansiyel yan etkileri, standart dozajı belirlenmemiş yöntemlerin kullanımını azaltmak amacıyla bilgilendirme çalışmaları yapılmalı, yöntemlerin tamamen zararsız olmadığı kişiden kişiye farklı etkileri ve yan etkileri olabileceği konusunda kişiler bilgilendirilmeli,
- Kitle iletişim araçlarında ve internette kişilerin sağlığını olumsuz etkileyebilecek, bilimsel kanıta dayalı olmayan, uzman olduğunu iddia eden kişilerce hızlı ve kolay zayıflama vadeden yöntemlerin tanıtımlarının yapılmaması için çalışmalar yapılmalıdır.

7. KAYNAKLAR

1. World Health Organization. "Obesity". <https://www.who.int/topics/obesity/en/> 19.06.2019.
2. Akman M. Obezite ve yeme bozuklukları içerisindeki yeri. Türkiye Klinikleri Nutrition and Dietetics - Special Topics 2016; 2(1): 23-7.
3. Erçim RE. Obezitenin genetik sınıflandırılması ve gen-antropometri-diyet etkileşimi. İçinde: Tayfur M (Editör). Beslenme ve Diyetetikte Güncel Konular-4. 1. Baskı, Ankara: Hatiboğlu 2016: 31-49.
4. Kızıltan G. Obezite ve kardiyometabolik risk faktörleri. Türkiye Klinikleri Nutrition and Dietetics - Special Topics 2016; 2(1): 63-8.
5. Karri S, Sjarma S, Hatware K, Patil K. Natural anti-obesity agents and their therapeutic role in management of obesity: A future trend perspective. Biomedicine & Pharmacotherapy 2019; 110: 224-238.
6. Yıldırım İ, Yıldırım Y, Işık Ö, ve ark. Üniversite öğrencilerinde farklı ölçüm yöntemlerine göre obezite prevalansı. İnönü Üniversitesi, Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi (İÜBESBD) 2017; 4(2): 20-33.
7. World Health Organization. "Waist circumference and waist-hip ratio: report of a WHO expert consultation, Geneva, 8-11 December 2008." https://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_report_waistcircumference_and_waisthip_ratio/en/ 19.06.2019.
8. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. Obezite Tanı ve Tedavi Klavuzu. 6. Baskı, Ankara; Miki 2018.
9. Pekcan AG, Şanlıer N, Baş M (Editörler). Türkiye Beslenme Rehberi 2015. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları, Yayın No: 1031, 2016.
10. Özdemir M. Türkiye'de ve Dünyada obezite epidemiyolojisi. Türkiye Klinikleri Nutrition and Dietetics - Special Topics 2016; 2(1): 1-5.
11. Doğan B, Öner C. Obez bireylerde iki farklı yöntemle hesaplanan vücut yağ oranının antropometrik değerler ve lipid parametreleri ile ilişkisi. FNG & Bilim Tıp Dergisi 2015; 1(3): 124-128.
12. Köseoğlu SZA, Tayfur M. Diyetin enerji yoğunluğu ve obezite. Türkiye Klinikleri Nutrition and Dietetics - Special Topics 2016; 2(1): 28-30.
13. World Health Organization. "10 facts on obesity". <https://www.who.int/features/factfiles/obesity/en/> 20.06.2019.
14. World Health Organization. "Prevalence of obesity among adults, BMI \geq 30, age-standardized estimates by WHO region". <http://apps.who.int/gho/data/view.main.REGION2480A?lang=en> 21.06.2019.
15. Anonymous. "Obesity rate by body mass index (BMI) % of population aged 18 or over". https://ec.europa.eu/eurostat/tgm/refreshTableAction.do?tab=table&plugin=1&pcode=sdg_02_10&language=en 21.06.2019.

16. Kotseva K, Wood D, De Bacquer D, et al. EUROASPIRE IV: A European society of cardiology survey on the lifestyle, risk factor and therapeutic management of coronary patients from twenty four european countries. *Eur J Prev Cardiol* 2016; 23(6): 636-48.
17. Organisation for Economic Co-operation and Development. "Obesity update 2017". <https://www.oecd.org/health/health-systems/Obesity-Update-2017.pdf> 21.06.2019.
18. Anonymous. "Adult obesity facts". <https://www.cdc.gov/obesity/data/adult.html> 21.06.2019.
19. Tokgözoğlu L, Kayıkçıoğlu M, Altay S, ve ark. EUROASPIRE-IV: Avrupa Kardiyoloji Derneği'nin koroner arter hastalarında yaşam tarzı, risk faktörleri ve tedavi yaklaşımı üzerine çalışması: Türkiye verileri. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi* 2017; 45(2): 134-144.
20. Satman İ. Türkiye'de obezite sorunu. *Türkiye Klinikleri Gastroenterohepatoloji - Özel Konular* 2016; 9(2): 1-11.
21. Erel C, Uğurlu M, Aydın F, ve ark. (Editörler). T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Gıda Güvenliği Daire Başkanlığı Toplum Beslenmesi Şubesi. Sağlıklı Beslenelim, Kalbimizi Koruyalım Projesi Araştırma Raporu. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları, 2004.
22. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010: Beslenme Durumu ve Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi Sonuç Raporu. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları, Yayın No: 931, 2014.
23. Ünal B, Ergör G (Editörler). T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kronik Hastalıklar, Yaşlı Sağlığı ve Özürlüler Daire Başkanlığı. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları, Yayın No: 909, 2013.
24. World Health Organization, T.C. Sağlık Bakanlığı. "Türkiye Hane Halkı Sağlık Araştırması Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı 2017". <https://www.who.int/ncds/surveillance/steps/Factsheet-STEPS-Turkey-TUR-08.10.2018.pdf> . 23.06.2019.
25. Ural D, Kılıçkap M, Göksülük H, ve ark. Türkiye'de obezite sıklığı ve bel çevresi verileri: kardiyovasküler risk faktörlerine yönelik epidemiyolojik çalışmaların sistematik derleme, meta-analiz ve meta-regresyonu. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi* 2018; 46(7): 577-590.
26. Zhang Y, Liu J, Yao J, et al. Obesity: Pathophysiology and intervention. *Nutrients* 2014; 6: 5153-5183.
27. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Türkiye Obezite İle Mücadele Ve Kontrol Programı (2010-2014). Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları, Yayın No: 773, 2010.
28. Sucaklı MH, Çelik M. Obezite etiyojisi ve epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri Family Medicine - Special Topics* 2015; 6(3): 1-6.
29. Karaçil MŞ, Şanlıer N. Obezitenin çevre ve sağlık üzerine etkileri. *Gümüşhane University Journal Of Health Sciences* 2014; 3(2): 786-803.
30. Yayan EH, Çelebioğlu A. Obezitenin çevre ve çocukluk çağı obezitesine etkileri. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2018; 9(2): 90-96.

31. Yılmazbaş P, Gökçay G. Çocukluk çağı obezitesi ve önlenmesi. Çocuk Dergisi 2018; 18(3): 103-112.
32. Kılınç F, Gözel N. Obezite ve genetik. Fırat Tıp Dergisi 2018; 23 (Özel Sayı/Supp): 9-13.
33. Xia Q, Grant SFA. The genetics of human obesity. Ann NY Acad Sci 2013; 1281(1): 178–190.
34. Erdim L, Ergün A, Kuşuoğlu S. Bağlamsal Model Doğrultusunda Çocuklarda Obeziteyi Etkileyen Faktörler. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi 2015; 23(3): 243-251.
35. Tam AA, Çakır B. Birinci Basamakta Obeziteye Yaklaşım. Ankara Medical Journal 2012; 12(1): 37-41.
36. Çıtak Akbulut G, Özmen MM, Besler HT. “Çağın hastalığı obezite”. <http://www.bilimteknik.tubitak.gov.tr/system/files/obezite.pdf> 29.06.2019.
37. Aygün N. Obezite tanımı, komplikasyonları, endokrin kontrolü ve beslenme tedavisi. Okmeydanı Tıp Dergisi 2014; 30(Ek Sayı 1): 45-49.
38. Yıldırım M, Akyol A, Ersoy G. Şişmanlık (Obezite) ve Fiziksel Aktivite. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları, Yayın No: 729, 2008.
39. World Health Organization. “Body mass index – BMI” <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi> 29.06.2019.
40. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. “Obezite nasıl Saptanır?”. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/obezite/obezite-nasil-saptanir.html> 29.06.2019.
41. Esen İ, Ökdemir D. Çocukluk çağı obezitesi: tanım, etiyoloji ve klinik değerlendirme. Fırat Tıp Dergisi/Fırat Med J 2018; 23(Özel Sayı/Supp): 92-99.
42. Birinci Basamak Sağlık Kurumları İçin Obezite ve Diyabet Klinik Rehberi. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları Yayın No: 1070, 2017.
43. Kalan I, Yeşil Y. Obezite ile ilişkili kronik hastalıklar. Mised 2010; 23-24: 78-81.
44. Kıran M. Obezite ve diyet tedavisi. Türkiye Klinikleri Nutrition and Dietetics - Special Topics 2016; 2(1): 53-7.
45. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye Sağlıklı Beslenme ve hareketli Hayat Programı (2013-2017). Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları, Yayın No: 773, 2013.
46. Akbulut G, Rakıcıoğlu N. Şişmanlığın beslenme tedavisinde güncel yaklaşımlar. Genel Tıp Dergisi 2010; 20(1): 35-42.
47. Apovian CM, Garvey WT, Ryan DH .Challenging obesity: Patient, provider, and expert perspectives on the roles of available and emerging nonsurgical therapies. Obesity (Silver Spring) 2015; 23(2): 1-26.
48. T.C. Sağlık Bakanlığı. Diyetisyenler İçin Hasta İzlem Rehberi Ağırılık Yönetimi El Kitabı Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları, Yayın No: 1081, 2017.
49. World Health Organization “Global Strategy On Diet Physical Activity And Health”. http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_english_web.pdf 02.07.2019.

50. World Health Organization “Global Recommendations on Physical Activity for Health”. http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/en/ 02.07.2019.
51. Sağlam F, Güven H. Obezitenin cerrahi tedavisi. Okmeydanı Tıp Dergisi 2014; 30 (Ek Sayı 1): 60-65.
52. Ünal M, Dağdeviren HN. Geleneksel ve tamamlayıcı tıp yöntemleri. Eurasian Journal of Family Medicine 2019; 8(1): 1-9.
53. Mollahaliloğlu S, Uğurlu FG, Kalaycı MZ, Öztaş D. Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarında yeni dönem. Ankara Medical Journal 2015; 15(2): 102-105.
54. World Health Organization. “Traditional, Complementary and Integrative Medicine”. https://www.who.int/health-topics/traditional-complementary-and-integrative-medicine#tab=tab_1 30.07.2019.
55. National Center for Complementary and Integrative Health. “Complementary, Alternative or Integrative Health: What’s in a Name?”. <https://nccih.nih.gov/health/integrative-health> 30.07.2019.
56. Anonymous. “Definition of CAM”. <http://www.efcam.eu/cam/cam-definition/> 30.07.2019.
57. Şahin S. Geleneksel, tamamlayıcı, alternatif tıp uygulamalarına genel bir bakış. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 2017; 21(4): 159-162.
58. Arslan M, Şahne BS, Şar S. Dünya’deki geleneksel tedavi sistemlerinden örnekler: Genel bir bakış. Lokman Hekim Dergisi 2016; 6(3): 100-105.
59. Ekmekçi PE. 3.000 Yıl öncesinden günümüze Geleneksel Çin Tıbbı; tarihi, bugünü ve geleceği. Journal of Traditional Medical Complementary Therapies 2018; 1(3): 132-40.
60. Döndaş NY. Ayurvedik Tıpta rasayanalar ve bilimsel çalışmalar. Journal of Traditional Medical Complementary Therapies 2018; 1(2): 70-5.
61. Kisling LA, Stiegmann RA. “Alternative Medicine”. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK538520/> 05.08.2019.
62. Faydaoğlu E, Sürücüoğlu MS. Geçmisten günümüze tıbbi ve aromatik bitkilerin kullanılması ve ekonomik önemi. Kastamonu Üni. Orman Fakültesi Dergisi 2011; 11(1): 52-67.
63. Yeşilada E. “Fitoterapi”. <http://www.yeditepehastanesi.com.tr/geleneksel-ve-tamamlayici-tip-bulteni/64/> 05.08.2019.
64. Erer S, Atıcı E. Selçuklu ve Osmanlılarda müzikle tedavi yapılan hastaneler. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2010; 36 (1): 29-32.
65. Kabalak AA. Effect of music on palliative care patients: historical development of therapy with Turkish music. Journal of Traditional Medical Complementary Therapies 2018; 1(3): 146-54.
66. Muslu GK, Öztürk C. Tamamlayıcı ve alternatif tedaviler ve çocuklarda kullanımı. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2008; 51: 62-67.
67. Aydın S. DSÖ ve Gelenekten Küresele Tıbbın Alternatif Serüveni. SD Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi 2012; 22: 15-17.

68. World Health Organization. "General guidelines for methodologies on research and evaluation of traditional medicine". <https://apps.who.int/iris/handle/10665/66783> 06.08.2019.
69. World Health Organization. "Legal Status of Traditional Medicine and Complementary/Alternative Medicine: A Worldwide Review". <https://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Jh2943e/> 06.08.2019.
70. World Health Organization. "WHO traditional medicine strategy 2002-2005". <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67163> 06.08.2019.
71. World Health Organization . "National Policy on Traditional Medicine and Regulation of Herbal Medicines - Report of a WHO Global Survey". <https://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js7916e/> 06.08.2019.
72. World Health Organization. "WHO Traditional Medicine Strategy 2014–2023". https://www.who.int/medicines/publications/traditional/trm_strategy14_23/en/ 06.08.2019.
73. World Health Organization. "WHO global report on traditional and complementary medicine 2019". <https://apps.who.int/iris/handle/10665/312342> 06.08.2019.
74. Biçer İ, Yalçın PY. Geleneksel ve tamamlayıcı tıp: Türkiye ve seçilen ülkelerinin incelenmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi 2019; 22(1): 245-257.
75. Uysal H. Kardiyovasküler hastalıklarda tamamlayıcı ve alternatif tıp konusunda güncel yaklaşımlar. Journal Of Cardiovascular Nursing 2016; 7(Sup 2): 69-83.
76. Elbi H, Nazik F, Balcı UG, Çölbe N, Öngel K. Bir grup aile hekiminin tamamlayıcı ve alternatif tedavilere karşı tutumları. Turkish Journal of Family Medicine & Primary Care 2015; 9(4): 170-175.
77. Oral B, Öztürk A, Balcı E, Sevinç N. Aile sağlığı merkezine başvuranların geleneksel/alternatif tıpla ilgili görüşleri ve kullanım durumu. TAF Preventive Medicine Bulletin 2016; 15(2): 75-82.
78. National Institutes of Health. "National Center for Complementary and Integrative Health (NCCIH)". <https://www.nih.gov/about-nih/what-we-do/nih-almanac/national-center-complementary-integrative-health-nccih> 06.08.2019.
79. T.C. Sağlık Bakanlığı Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Daire Başkanlığı. "Geleneksel ve tamamlayıcı tıp nedir?". <https://getatportal.saglik.gov.tr/TR,24683/geleneksel-ve-tamamlayici-tip-nedir.html> 06.08.2019.
80. World Health Organization. "The Regional Strategy for Traditional Medicine in the Western Pacific (2011–2020)". http://www.wpro.who.int/publications/2012/regionalstrategyfortraditionalmedicine_2012.pdf 07.08.2019
81. Anonymous. "CAMbrella". <https://cam-europe.eu/library-cam/cambrella-research-reports> 07.08.2019.
82. Eardley S, Bishop FL, Prescott P, et al. "CAM use in Europe – The patients' perspective. Part I: A systematic literature review of CAM prevalence in the EU". <https://services.phaidra.univie.ac.at/api/object/o:292161/diss/Content/get> 07.08.2019.

83. Clarke TC, Black LI, Stussman BJ, et al. "Trends in the Use of Complementary Health Approaches Among Adults: United States, 2002–2012". <https://www.cdc.gov/nchs/data/nhsr/nhsr079.pdf> 07.08.2019.
84. National Center for Complementary and Integrative Health. "2012 National Health Interview Survey depicting the most common complementary health approaches among adults". <https://nccih.nih.gov/file/3039#textversion> 07.08.2019.
85. National Center for Complementary and Integrative Health. "Statistics From the National Health Interview Survey" <https://nccih.nih.gov/research/statistics/NHIS> 07.08.2019.
86. National Center for Complementary and Integrative Health. "What Complementary and Integrative Approaches Do Americans Use?". <https://nccih.nih.gov/research/statistics/NHIS/2012/key-findings> 07.08.2019.
87. National Center for Complementary and Integrative Health. "Most Used Natural Products" <https://nccih.nih.gov/research/statistics/NHIS/2012/natural-products> 07.08.2019.
88. Frass M, Strassi RP, Friehs H, et al. use and acceptance of complementary and alternative medicine among the general population and medical personnel: a systematic review. *The Ochsner Journal* 2012; 12: 45–56.
89. Baek SM, Choi SM, Seo HJ, et al. Use of complementary and alternative medicine by self- or non-institutional therapists in South Korea: a community-based survey. *Integr Med Res* 2013; 2: 25–31.
90. Şimşek B, Yazgan Aksoy D, Calik Başaran N, ve ark. Mapping traditional and complementary medicine in Turkey. *European Journal of Integrative Medicine* 2017; 15: 68-72.
91. Sağkal T, Demiral S, Odabaş H, Altunok E. Kırsal kesimde yaşayan yaşlı bireylerin tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerini kullanma durumları. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi* 2013; 27 (1): 19–26.
92. Beklan Çetin O. Eskişehir’de tamamlayıcı ve alternatif tıp kullanımı. *Sosyoekonomi* 2007; 2: 89-106.
93. Nural N, Çakmak S. Kronik hastalığı olan bireylerin tamamlayıcı ve alternatif tedavileri kullanma durumu. *Journal of Traditional Medical Complementary Therapies* 2018; 1(1): 1-9.
94. Güven ŞD, Muz G, Efe Ertürk N, Özcan A. Hipertansiyonlu bireylerde tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanma durumu. *Balikesir Sağlık Bilimleri Dergisi* 2013; 2(3): 160-166.
95. Şaş S, Büyükturan Ö, Büyükturan B. Kas iskelet sistemi hastalıklarında tamamlayıcı ve alternatif tıp yöntemleri kullanım sıklığının değerlendirilmesi. *Sakarya Tıp Dergisi*.2018; 8(3): 481-488.
96. Kav S, Hanoğlu Z, Algier L. Türkiye’de kanserli hastalarda tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerinin kullanımı: literatür taraması. *International Journal Of Hematology And Oncology* 2008; 18(1): 32-38.
97. Aksoy Ö. Altındağ İlçesinde Bazı Mahallelerde Yaşayan Yetişkinlerin Geleneksel/Tamamlayıcı Tedavi Yöntemleri Hakkındaki Bilgi, Görüş Ve Davranışlarının İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2018.

98. Çakmak S, Nural N. Kronik Hastalıklarda Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Uygulamaları Türkiye Klinikleri Internal Medicine Nursing - Special Topics 2017; 3(2): 57-64.
99. Set T, Avşar Ü. Obezitede Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp. Türkiye Klinikleri Family Medicine - Special Topics 2015; 6(3): 108-11.
100. Aydın Yıldırım T, Köktürk Dalcı B, Nabel EB. Üniversite öğrencilerinin stres algılama düzeyi ile baş etmede kullandıkları tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlere ilişkin görüşlerinin incelenmesi. Ankara Medical Journal 2018; (4): 592-600.
101. Özcan H, Kızılkaya Beji N. İnfertilitede tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamaları. Okmeydanı Tıp Dergisi 2016; 32(1): 36-44.
102. Çevik K. Hemşirelikte Tamamlayıcı Ve Alternatif Tedavi: Refleksoloji. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2013; 29(2): 71-82.
103. National Center for Complementary and Integrative Health. "Types of Complementary Health Approaches". <https://nccih.nih.gov/health/integrative-health#hed4> 20.08.2019.
104. T.C. Sağlık Bakanlığı Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Daire Başkanlığı. "Akupunktur Hakkında Bilgilendirme" <https://getatportal.saglik.gov.tr/TR,24668/akupunktur-hakkinda-bilgilendirme.html> 20.08.2019.
105. Öztekin İ. "Akupunktur" <http://www.yeditepehastanesi.com.tr/geleneksel-ve-tamamlayici-tip-bulteni/64/> 05.08.2019.
106. Trumbeckaite S, Dauksiene J, Bernotaniene J, Janulis V. Knowledge, attitudes, and usage of apitherapy for disease prevention and treatment among undergraduate pharmacy students in Lithuania. 2015 <http://dx.doi.org/10.1155/2015/172502>
107. T.C. Sağlık Bakanlığı Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Daire Başkanlığı. "Apiterapi uygulaması hakkında bilgilendirme". <https://getatportal.saglik.gov.tr/TR,24674/apiterapi-uygulamasi-hakkinda-bilgilendirme.html> 20.08.2019.
108. Dağlar N, Dağdeviren HN. Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarında fitoterapinin yeri. Eurasian Journal of Family Medicine 2018; 7(3): 73-77.
109. Göktaş Ö, Gıdık B. Tıbbi ve aromatik bitkilerin kullanım alanları. BUFB 2019; 2(1): 136-142.
110. Barnett JE, Shale AJ. "Alternative techniques". <https://www.apa.org/monitor/2013/04/ce-corner> 20.08.2019.
111. Taştan K, Çayır Y, Makas YN, ve ark. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde çalışan doktorların hipnoterapi ile ilgili görüşleri, eğitim durumları ve bilgi edinme kaynakları. Smyrna Tıp Dergisi 2015: 12-17.
112. Jiang H, White MP, Greicius MD, Waelde LC, Spiegel D. Brain activity and functional connectivity associated with hypnosis. Cerebral Cortex 2017; 27: 4083-4093.
113. Ayhan H, Mollahaliloğlu S. Tıbbi sülük tedavisi: hirudoterapi. Ankara Medical Journal 2018; (1): 141-8.
114. Özyurt S, Koca G, Demirel K, Baskın A, Korkmaz M. Findings of bone scintigraphy after leech therapy. Molecular Imaging And Radionuclide Therapy 2014; 23(1): 25-27.

115. Sig AK, Güney M, Üsküdar Güçlü A, Özmen E. Medicinal leech therapy—an overall perspective. *Integr Med Res* 2017; 6: 337–343.
116. Anonymous. “Sülük Uygulaması”.
<https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/10/20141027-3-1.pdf> 20.08.2019.
117. Sezer Ö. Türkiye’de yeni parlayan bir integratif tıp yöntemi: homeopati. *Eurasian Journal of Family Medicine* 2015; 4(1): 1-6.
118. İlhan F. homeopatiyle sağlıklı kalmak. *Journal of Traditional Medical Complementary Therapies* 2018; 1(1): 29-34.
119. Barnett JE, Shale AJ. the integration of complementary and alternative medicine (CAM) into the practice of psychology: a vision for the future. *Professional Psychology: Research and Practice* 2012; 43(6): 576–585.
120. T.C. Sağlık Bakanlığı Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Daire Başkanlığı. “Kayropratik uygulaması hakkında bilgilendirme”.
<https://getatportal.saglik.gov.tr/TR,24679/kayropratik-uygulamasi-hakkinda-bilgilendirme.html> 21.08.2019.
121. Aboushanab TS, Alsanad S. Cupping Therapy: An Overview from a Modern Medicine Perspective. *J Acupunct Meridian Stud* 2018; 11(3): 83-87.
122. T.C. Sağlık Bakanlığı Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Daire Başkanlığı. “Kupa uygulaması hakkında bilgilendirme”. <https://getatportal.saglik.gov.tr/TR,24670/kupa-uygulamasi-hakkinda-bilgilendirme.html> 21.08.2019.
123. Tanyüksel M, Kuru Ö, Araz RE, ve ark. Kronik yaraların tedavisinde steril *Lucilia sericata* larva uygulamaları. *Gülhane Tıp Derg* 2014; 56: 218-222.
124. Bayramgürler D, Nazari Ş. Mezoterapi: etki mekanizması ve endikasyonları. *Türkiye Klinikleri J Cosm Dermatol-Special Topics* 2014;7(4):4-8.
125. Gökdemir G. Saç dökülme tedavisinde mezoterapi ve trombosit zengin plazma. *Türkderm* 2014; 48(Özel Sayı 1): 74-9.
126. Solmaz İ, Yıldız S, Çiftçi ÖT, Yaşa Öztürk G. Tarihin tozlu raflarında bekleyen bir tedavi yöntemi: proloterapi. *Integr Tıp Derg* 2013; 1(2): 65-72.
127. Özcan E, Toska Sert A. Kas iskelet ağrısı tedavisinde proloterapinin kanıta dayalı kullanımı. *Türk J Phys Med Rehab* 2016; 62(2): 192-198.
128. T.C. Sağlık Bakanlığı Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Daire Başkanlığı. “Osteopati uygulaması hakkında bilgilendirme”.
<https://getatportal.saglik.gov.tr/TR,24678/osteopati-uygulamasi-hakkinda-bilgilendirme.html> 21.08.2019.
129. Aydın T. Sporcularda osteopatik tıp uygulamaları. *Spor Hekimliği Dergisi* 2015; 50: 91-100.
130. T.C. Sağlık Bakanlığı Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Daire Başkanlığı. “Ozon uygulaması hakkında bilgilendirme”. <https://getatportal.saglik.gov.tr/TR,24672/ozon-uygulamasi-hakkinda-bilgilendirme.html> 21.08.2019.
131. Dıraçoğlu D. Kas iskelet hastalıklarında ozon-oksijen tedavileri. *Türk J Phys Med Rehab* 2016; 62(2): 183-191.

132. Yıldız S, Yaşa Öztürk G. Refleksoloji: temel ve klinik bilgiler. *Integr Tıp Derg* 2014; 2(1): 26-42.
133. Vural Doğru B, Yıldırım Y, Şenuzun Aykar F. Kardiyovasküler hastalıklar ve refleksoloji. *Journal of Cardiovascular Nursing* 2017; 8(17): 77-85.
134. Birkan I. Müzikle tedavi, tarihi gelişimi ve uygulamaları. *Ankara Akupunktur Ve Tamamlayıcı Tıp Dergisi* 2014: 37-49.
135. T.C. Sağlık Bakanlığı Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Daire Başkanlığı. “Müzik terapi uygulaması hakkında bilgilendirme”.
<https://getatportal.saglik.gov.tr/TR,24681/muzikterapi-uygulamasi-hakkinda-bilgilendirme.html> 21.08.2019.
136. Karamızrak N. Ses ve müziğin organları iyileştirici etkisi. *Koşuyolu Heart Journal* 2014; 17(1): 54-57.
137. Esteghamati A, Mazarati T, Rad MV, Nashad S. Complementary and alternative medicine for the treatment of obesity: a critical review. *Int J Endocrinol Metab.* 2015; 13(2): e19678.
138. Akman M. Zayıflama amacıyla kullanılan bitkisel ürünlerin sağlık üzerine etkileri. İçinde: Tayfur M (Editör). *Beslenme ve Diyetetikte Güncel Konular-3*. 1. Baskı, Ankara: Hatiboğlu 2016: 33-60.
139. Chandrasevan CV, Vijiyalakshi MA, Prakash K. Review article: herbal approach for obesity management. *American Journal of Plant Sciences.* 2012; 3: 1003-1014.
140. Kılıç Ü, Geyik Ö, Oğuz A, ve ark. Obezite Hastalarında Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Yaklaşımları. *Turkish Medical Journal* 2009; 3(3): 145-50.
141. Sharpe PA, Blanck HM, Williams JE, Ainsworth BE, Conway JM..Use of complementary and alternative medicine for weight control in the United States. *The Journal Of Alternative And Complementary Medicine* 2007; 13(2): 217–222.
142. Pillitteri JL, Shiffman S, Rohay JM, et al. Use of dietary supplements for weight loss in the United States: results of a National Survey. *Obesity (Silver Spring)* 2008; 16: 790–796.
143. Lindberg NM, Stevens VJ, Elder C, Funk K, Debar L. Use of alternative medicine for weight loss among Mexican- American women. *J Immigr Minor Health* 2013; 15(5): 982–985.
144. Amariles P, González LI, Giraldo NA.. Prevalence of self-treatment with complementary products and therapies for weight loss: a randomized, cross-sectional study in overweight and obese patients in Colombia. *Curr Ther Res Clin Exp.* 2006; 67(1): 66-78.
145. Eldalo AS, Alotaibi MN, Alenazi TO, Albogami HA, Mohamed KM. Use of herbal medicines in the treatment of obesity in Taif, Saudi Arabia *Saudi Journal of Medicine & Medical Sciences* 2017; 5(2): 149-154.
146. Örs ED . 19-64 Yaş Arası Kadınlarda Zayıflama Amaçlı Bitkisel Destek Ve Besin Desteği Kullanımı. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2016.
147. Çapraz B. Zayıflama Kliniğine Başvuran Bireylerin Bitkisel Destek Ürünleriyle İlgili Bilgi Ve Tutumlarının Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2017.

148. Erdoğan Z, Kurtuncu M. Use Of Use of dietary supplements for weight loss in obese patients in Zonguldak, Turkey. *Afr J Tradit Complement Altern Med*. 2018; 15(1): 59-65.
149. Liu Y, Sun M, Yao H, Liu Y, Gao R. Herbal medicine for the treatment of obesity: an overview of scientific evidence from 2007 to 2017. *Hindawi Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine* 2017 <https://doi.org/10.1155/2017/8943059>.
150. Aslan M, Orhan N. Obezite tedavisine yardımcı olarak kullanılan doğal ürünler. *Mised* 2010; 23-24: 91-105.
151. Kazamipoor M, Cordell GA, Sarker MR. Alternative treatments for weight loss: safety/ risks and effectiveness of anti-obesity medicinal plants. *International Journal of Food Properties* 2015; 18: 1942–1963.
152. Lopez-Garcia E, Van Dam RM, Rajpathak S, et al. Changes in caffeine intake and long-term weight change in men and women. *Am J Clin Nutr* 2006; 83: 674-80.
153. Boozer CN, Daly PA, Homel P, et al. Herbal ephedra/caffeine for weight loss: a 6-month randomized safety and efficacy trial. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2002; 26: 593-604.
154. Phung OJ, Baker WL, Matthews LJ, et al. Effect of green tea catechins with or without caffeine on anthropometric measures: a systematic review and meta-analysis. *Am J Clin Nutr* 2010; 91: 73–81.
155. Hursel R, Viechtbauer W, Westerterp-Plantenga MS. The effects of green tea on weight loss and weight maintenance: a meta-analysis. *International Journal of Obesity* 2009; 33: 956–961.
156. Dostal AM, Samavat H, Espejo L, et al. Green tea extract and catechol- o-methyltransferase genotype modify fasting serum insulin and plasma adiponectin concentrations in a randomized controlled trial of overweight and obese postmenopausal women. *J Nutr* 2016; 146: 38–45.
157. Mielgo-Ayuso J, Barrenechea L, Alcorta P, et al. Effects of dietary supplementation with epigallocatechin-3-gallate on weight loss, energy homeostasis, cardiometabolic risk factors and liver function in obese women: randomised, double-blind, placebo-controlled clinical trial. *Br J Nutr* 2014; 111: 1263-71.
158. Kondo T, Kishi M, Fushimi T, Ugajin S, Kaga T. Vinegar intake reduces body weight, body fat mass and serum triglyceride levels in obese Japanese subjects. *Biosci. Biotechnol. Biochem* 2009; 73(8): 1837–1843.
159. Kadas Z, Akdenir Evrendilek G, Heper g. The metabolic effects of hawthorn vinegar in patients with high cardiovascular risk group. *Journal of Food and Nutrition Research* 2014; 2(9): 539-545.
160. Lorano LD, Juarez-Flores BI, Pinos- Rodriguez JM, Aguirre-Rivera JR, Alvarez-Fuentes G. Supplementary effects of vinegar on body weight and blood metabolites in healthy rats fed conventional diets and obese rats fed high-caloric diets. *Journal of Medicinal Plants Research* 2012; 6(24): 4135-4141.
161. Erdem S, Ata Eren P. Tedavi amacıyla kullanılan bitkiler ve bitkisel ürünlerin yan etkileri. *Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi* 2009; 66 (3): 133-141.
162. Food and Drug Administration. “Spilling the Beans: How Much Caffeine is Too Much?”. <https://www.fda.gov/consumers/consumer-updates/spilling-beans-how-much-caffeine-too-much> 25.09.2019.

163. European Food Safety Authority. "Scientific Opinion on the safety of caffeine". <https://efsa.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.2903/j.efsa.2015.4102> 25.09.2019.
164. Yen M, Ewald MB. Toxicity of weight loss agents. *J. Med. Toxicol* 2012; 8: 145–152.
165. National Institutes of Health. "Dietary supplements for weight loss". <https://ods.od.nih.gov/factsheets/WeightLoss-HealthProfessional/> 27.09.2019.
166. Yu Z, Samavat H, Dostal AM, et al. Effect of green tea supplements on liver enzyme elevation: results from a randomized intervention study in the United States. *Cancer Prev Res (Phila)*. 2017; 10(10): 571-579.
167. Karsen H, Çalışır C, Duygu F, Karaağaç L, Tavşan Ö. Zayıflama çayı kullanımına bağlı gelişen akut hepatit: bir olgu sunumu. *Van Tıp Dergisi* 2011; 18(2): 110-112.
168. Chen GC, Ramanathan VS, Law D, et al. Acute liver injury induced by weight-loss herbal supplements. *World J Hepatol* 2010; 2(11): 410-415.
169. Teschke R, Frenzel C, Schulze J, Schwarzenboeck A, Eickhoff A. Herbalife hepatotoxicity: Evaluation of cases with positive reexposure tests. *World J Hepatol* 2013;27; 5(7): 353-363
170. Anonymous. "Herbalife". <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK548447/> 30.09.2019.
171. Wang LH, Huang W, Wei D. Mechanisms of acupuncture therapy for simple obesity: an evidence-based review of clinical and animal studies on simple obesity. *Hindawi Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine* 2019 <https://doi.org/10.1155/2019/5796381>.
172. Çanakçı E, Cebeci Z. Obezite tedavisinde ve akupunkturun yeri. *Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi* 2017; 9(4): 23-30.
173. Abdi H, Zhao B, Darbandi M, et al. The effects of body acupuncture on obesity: anthropometric parameters, lipid profile, and inflammatory and immunologic markers. *The Scientific World Journal* 2012 doi:10.1100/2012/603539.
174. Ruan Z, Xiang Y, Li J, et al. Auricular acupuncture for obesity: a systematic review and meta-analysis. *Int J Clin Exp Med* 2016; 9(2): 1772-1779.
175. Ito H, Yamada O, Kira Y, Tanaka T, Matsuoka R. The effects of auricular acupuncture on weight reduction and feeding-related cytokines: a pilot study. *BMJ Open Gastro* 2015; 2: 1-7.
176. Yao J, He Z, Chen Y. Acupuncture and weight loss in Asians A PRISMA-compliant systematic review and meta-analysis. *Medicine* 2019; 98: 33.
177. Gündüz T. Akupunktur İle Obezite Tedavisi. *Ankara Akupunktur ve Tamamlayıcı Tıp Dergisi* 2015; 3(1): 1-5.
178. Çelebi MM, Akkurt S, Bicer Gençbay M, Küçük MÖ. Obezite tedavisinde auriküler akupunktur uygulamasının etkinliği. *Spor Hekimliği Dergisi* 2019; 54(1): 45-51.
179. Özer Ö, Taştan K, Çayır Y, Set T. Hipnoterapi ile obezite tedavisi: olgu sunumu. *Smyrna Tıp Dergisi* 2014: 42-45.
180. Jureidini KF. Successful hypnosis for obesity. *Internal Medicine Journal*.2017; 47(3):22–24.

181. Rioux J, Howerter A. Outcomes from a whole-systems ayurvedic medicine and yoga therapy treatment for obesity pilot study. *The Journal Of Alternative And Complementary Medicine* 2019; 25(1): 124–137.
182. Dhananjai S, Sadashiv, Tiwari S, Dutt K, Kumar R. Reducing psychological distress and obesity through Yoga practice. *Int J Yoga* 2013; 6(1):66-70.
183. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. “Sağlıklı Hayat Merkezi”. <https://shm.saglik.gov.tr/shm-nedir.html> 01.10.2019.
184. Baydur D. Obezite Nedeniyle Diyetisyene Başvuran Ofis Çalışanlarında Vücut Ağırlığına Yönelik Parametrelerin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Aydın: Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2019.
185. Eker İ. Güngören Toplum Sağlığı Merkezi Sağlıklı Beslenme Ve Obezite Polikliniğine Başvuran Yetişkin Obez Kadınların Beslenme Durumlarının Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2017.
186. Gökteş E, Çelik F, Özer H, Çıray Gündüzoğlu N. Obez Bireylerin Uyku Kalitesinin Belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi* 2015;8(3):156-161.
187. Işık E, Kanbay Y, Aslan Ö, Işık K, Çınar S. Aile Hekimliği Birimine Başvuran Bireylerde Obezite Sıklığı ve İlişkili Etmenler: Artvin Örneği *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi* 2013; 21(2): 107-115.
188. Erkul C. Obezite Ve Depresyon Arasındaki İlişki: Diyet Polikliniğine Başvuran Obezite Tanısı Almış Kişiler Üzerinde Bir Araştırma Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2018.
189. Çalık G. Yetişkin Bireylerde Diyabet Ve Obezite Farkındalığı, Yeme Bağımlılığı Ve Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2018.
190. Bozkuş S. Diyarbakır İlinde Eczacılar Arasında Sigara Kullanım Sıklığı ve Etkileyen Faktörler. Yüksek Lisans Tezi, Elazığ: Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2016.
191. Özen G. Malatya Merkez Sağlık Ocaklarına Başvuran 40 Yaş Üzeri Obez Hastalarda İdrarda Mikroalbuminüri Sıklığı Ve İlişkili Faktörler. Tıpta Uzmanlık Tezi, Malatya: İnönü Üniversitesi, Tıp Fakültesi, 2017.
192. Akarsu G. Kadınlarda Fiziksel Aktivitenin Beslenme Alışkanlıkları Ve Obezite Üzerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, 2018.
193. Şahin T. Adıyaman İl Merkezinde 15-49 Yaş Kadınlarda Obezite Sıklığı, Fiziksel Aktivite Düzeyi Ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. Doktora Tezi, Kayseri: Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2018.
194. Barış O. Yetişkin Obez Kadınların Kalsiyum Tüketiminin Ağırlık Kontrolü Üzerine Etkisinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2015.
195. Sancar T. İstanbul Güngören Aile Danışmanlık Ve Eğitim Merkezine Başvuran 30 Yaş Üstü Obez Kadınların Beslenme Durumları İle Yaşam Kaliteleri Arasındaki İlişkinin Saptanması. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2018.

196. Özler Özçelik A. Sağlık personelinin beslenme alışkanlıkları üzerine bir araştırma. GIDA. 2000;25(2):93-99.
197. Korkmaz NH. Uludağ Üniversitesi öğrencilerinin spor yapma ve beslenme alışkanlıklarının incelenmesi. Eğitim Fakültesi Dergisi 2010; 23(2): 399-413.
198. Gündüz GK. Obezite Tanısı Almış Kadınların Obezite Dereceleri ile Problemlili Yeme Davranışı İlişkisi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Gelişim Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2016.
199. Özgür G, Babacan Gümüş A, Palaz C. Obez Bireylerin Depresif Belirti Düzeylerinin ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2008; 11: 77-85.
200. Saygın M, Öztürk Ö, Akbulut S, Kılınç F, Saygın RR. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Diyet Polikliniğine Başvuran Hastalarda Obezite Prevalansı. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2015; 22(3): 53-59.
201. Doak C, Wijnhoven T, Schokker D, Visscher T, Seidell J. Age standardization in mapping adult overweight and obesity trends in the WHO European Region. Obesity Reviews. 2012; 13(2): 174-91.
202. Kocaman F. Obez Bireylerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Bilim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2014.
203. Kaner G, Kürklü NS, Adıgüzel K, Koyu EB. İzmir'de beslenme ve diyet polikliniğine başvuran kadınlarda obezite prevalansı ve ilişkili risk faktörlerinin belirlenmesi. Pam Med J 2017; 10(3): 250-257.
204. Devaux M, Sassi F. Social inequalities in obesity and overweight in 11 OECD countries. Eur J Public Health 2013; 23(3):464-9.
205. Beyaz B, Koç A. Antalya'da obezite yaygınlığı ve düzeyini etkileyen sosyo-ekonomik değişkenler. Akdeniz İ.İ.B.F. Dergisi 2011; 21: 17-45.
206. Öztayınacı N. Beden Kütle İndeksi Farklı Yetişkin Kadınlarda Yeme Tutumu Ve Beslenme Durumu Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2019
207. Turan İ. Diyarbakır İli Kayapınar İlçesi Gaziler 1 Nolu Aile Sağlığı Merkezi'ne Kayıtlı 19 Yaş Ve Üzeri Kişilerde Obezite Sıklığı, Risk Faktörleri ve Obezite Eğitimi Sonrası Yaşam Tarzı Değişikliklerinin İncelenmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi, Diyarbakır: Dicle Üniversitesi, Tıp Fakültesi, 2017.
208. Canefendiç S. Halk Eğitim Kurumunda Öğrenim Gören 15-49 Yaş Arası Evli Kadınların Beslenme Alışkanlıkları ve Obezite Prevalansları. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2018.
209. Aljuraiban GS, Chan Q, Griep LM, et al. The impact of eating frequency and time of intake on nutrient quality and body mass index: the INTERMAP study, a population-based study. Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics, 2015; 115(4): 528-536.
210. Saatci M. 19-65 Yaş Grubu Yetişkin Bireylerin Öğün Sayısı, Fiziksel Aktivite Düzeyi Ve Uyku Düzeylerinin Antropometrik Ölçümlere Olan Etkisinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2019.

- 211.** Kim SN, Kim B, Kim J. The Use of Complementary and Alternative Medicine among Korean Young Adult Members of Fitness Centers. *Hindawi Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine* 2019 <https://doi.org/10.1155/2019/7648237>.
- 212.** Bertisch SM, Wee CC, McCarthy EP. Use of complementary and alternative therapies by overweight and obese adults. *Obesity (Silver Spring)* 2008; 16(7): 1610-5.



8. EKLER

EK 1: ANKET FORMU

Sağlıklı Hayat Merkezine Başvuran Yetişkin Obezite Hastalarının Tamamlayıcı Ve Alternatif Tıp Kullanım Durumlarının Değerlendirilmesi Anket Formu

Aşağıda sunulan anket formu, Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı tarafından yürütülmekte olan yüksek lisans tezi kapsamında Sağlıklı Hayat Merkezine başvuran yetişkin obezite hastalarının tamamlayıcı ve alternatif tıp kullanım durumlarının değerlendirilmesi amacıyla hazırlanmıştır. **Ankete ad ve soyadınız kesinlikle yazılmayacaktır. Verdiğiniz bilgiler bilimsel amaç dışında kullanılmayacaktır ve size herhangi bir sorumluluk getirmeyecektir.** Sorulara vereceğiniz doğru cevaplar araştırma sonuçlarının sağlıklı olması açısından önem taşımaktadır.

Araştırmaya yapacağınız katkıdan dolayı teşekkür ederiz.

Anket No:.....

1. Cinsiyetiniz: 1. Erkek 2. Kadın

2. Yaşınız:.....

3. Medeni Durumunuz:

1. Bekar 2. Evli 3. Boşanmış 4. Dul 5 . Ayrı yaşıyor

4. Eğitim Durumunuz:

1. Okuryazar değil 2. Yalnızca okuryazar (Herhangi bir okulu bitirmemiş)

3. İlkokul

4. Ortaokul 5. Lise 6. Üniversite 7. Yüksek lisans/doktora

5. Gelir getirici bir işte çalışıyor musunuz?

1. Evet (İşiniz nedir?) 2. Hayır

6. Ailenizin aylık toplam geliri:.....

7. Bu gelirden faydalanan kişi sayısı:.....

8. Sosyo-ekonomik düzeyinizi nasıl algılıyorsunuz?

1. İyi 2. Orta 3. Kötü

9. Doktor tarafından teşhisi konulmuş herhangi bir hastalığınız var mı?

1. Evet (Hastalığınız nedir?)

2. Hayır

10. Obezite nedenli herhangi bir hastalığınız olduğu size söylendi mi?

1. Evet (Hastalığınız nedir?)

2. Hayır

11. Sigara içiyor musunuz?

1. Her gün en az bir tane içiyorum

2. Günde birden az içiyorum

3. İçiyordum bıraktım

4. Hiç içmedim

12. Sigara içiyorsa adedi:adet/hafta

13. Alkollü içki kullanıyor musunuz?

1. Evet, kullanıyorum Haftada en az bir-iki kez Ayda en az bir-iki kez

Yılda en az bir-iki kez Yılda birden az

2. Kullanıyordum, bıraktım

3. Hiç kullanmadım

14. Düzenli olarak fiziksel aktivite/egzersiz/spor yapıyor musunuz? (Haftada en az 3 kez yarımşar saat yürüyüş, yüzme, bisiklet sürme vs.)

1. Evet 2. Hayır 3. Her zaman değil

15. Sizde yeterli ve dengeli besleniyor musunuz ?

1. Evet 2. Hayır 3. Bazen

16. Öğünlerinizi düzenli olarak tüketir misiniz?

1. Evet 2. Hayır

17. Günde kaç öğün yemek yersiniz?..... ana öğün ara öğün

18. Öğün atlar mısınız?

1. Evet 2. Hayır 3. Bazen

19. Evet ise hangi öğünü atlarsınız?

1. Kahvaltı 2. Öğle yemeği 3. Akşam yemeği

20. Günlük su tüketiminiz ml

21. Aşağıdaki duygu durumlarının hangisinde yemek yeme isteğiniz artar?
(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

1. Üzüldüğümde
2. Neşeli olduğumda
3. Endişeli olduğumda
4. Öfkeli olduğumda
5. Duygusal durumum yeme isteğimi etkilemez
6. Diğer.....

22. Birinci derece akrabalarınızda şişman bireyler var mı?

1. Evet
2. Hayır

23. Fazla kilolu olduğunuzu düşünüyor musunuz?

1. Evet
2. Hayır

24. Kaç yıldır kilolusunuz ?yıl ay

25.Şimdiye kadar herhangi bir zayıflama yöntemi kullandınız mı ya da kullanıyor musunuz?

1. Evet
2. Hayır

26. Kilo vermek için ne/neler yaptınız? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

1. Sadece diyet
2. Sadece fiziksel aktivite/spor
3. Diyet ile birlikte fiziksel aktivite
4. Zayıflama ilacı kullanıyorum
5. Zayıflama ürünleri kullanıyorum. (zayıflama bandı, bitkisel çay)
6. Diyetetik ürünler (az yağlı süt-yoğurt, diyet bisküvi, diyet reçel vb.)
7. Hiçbir şey yapmıyorum
8. Diğer

27. Tamamlayıcı veya Alternatif Tıp konusunda bilgi sahibi misiniz?

- 1.Evet
2. Hayır

28. Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp hakkında düşünceniz nedir?

1. Esas olan tıbbi tedavidir, bu yöntemler tıbbi tedaviye yardımcı olabilir
2. Bu yöntemler bireylerin tıbbi tedavi almalarını geciktirebilir
3. Bu yöntemler sadece tedavisi olan basit hastalıklarda kullanılabilir
4. Bazıları tıbbi tedavi kadar etkilidir

5. Bu yöntemler sadece tıbbi tedavinin olmadığı durumlarda kullanılabilir
6. Bu yöntemler için doktora danışmaya gerek yoktur
7. Bu yöntemler tamamen zararsızdır
8. Diğer.....

29. Kilonuz (obezite) ile ilgili olarak herhangi bir tıbbi tedavi dışı Tamamlayıcı veya Alternatif Tıp Yöntemi kullandınız mı/kullanıyor musunuz?

1. Evet
2. Hayır (41. Soruya geçin)

30. Hangi Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp yöntemini kullandınız mı/kullanıyor musunuz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

1. Akupunktur	2. Bitkisel tedavi	3. Masaj
4. Hipnoz	5. Ruhsal tedaviler	6. Yoga
7. Refleksiyooloji	8. Diğer.....	

31. Bitkisel ürün kullanıyorsanız kullandığınız bitkisel ürün hangisi/hangileridir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

1. Maydanoz sapı	2. Mısır püskülü	3. Yeşil çay
4. Yer elması	5. Limon	6. Kiraz sapı
7. Sinemaki	8. Lahana suyu	9. Soğan suyu
10. Zencefil	11. Tarçın	12. Mate yaprağı
13. Öğün yerine geçen bitkisel karışımlar	14. Karışık zayıflama çayları	15. Sirke
16. Diğer.....		

32. Toplam ne kadar süre Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp yöntemi kullandınız?

1. 1 aydan kısa süre
2. 1- 6 ay
3. 6ay-1 yıl
4. 1 yıldan uzun süre

5. Aralıklı olarak

33. Halen Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp yöntemi kullanıyor musunuz?

1. Evet (Ne kadar süredir kullanıyorsunuz?
2. Hayır

34. Kullandığınız Tamamlayıcı veya Alternatif Tıp yöntemini ne kadar sıklıkla kullanıyorsunuz?

35. Kullandığınız Tamamlayıcı veya Alternatif Tıp yöntemini kim önerdi veya ne şekilde haberdar oldunuz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

1. Doktor
2. Diyetisyen
3. Aktar
4. Medya/internet
5. Kitap, dergi
6. Ailem, akrabalarım, komşum
7. Diğer.....

36. Tamamlayıcı veya Alternatif Tıp Yöntemi ürünlerini nereden temin ediyorsunuz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

1. Market
2. Aktar
3. Komşu-Akraba
4. İnternet
5. Televizyon
6. Diğer.....

37. Kullandığınız Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Yöntemi'nden fayda gördünüz mü?

1. Evet
2. Hayır
3. Kararsız

38. Kullandığınız Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Yöntemi'ni bir daha kullanır mısınız?

1. Evet
2. Hayır
3. Kararsız

39. Kullandığınız Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Yöntemi'ni başkalarına önerir misiniz?

1. Evet
2. Hayır

40. Kullandığınız Tamamlayıcı veya Alternatif Tıp Yöntemi'nin herhangi bir yan etkisini gördünüz mü?

1. Evet (Nedir?
.....)
2. Hayır

41. Boy:.....

Kilo:.....

Vücut Yağ Oranı (%).....

EK 2: Etik Kurul İzni

T.C.
FIRAT ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı

ETİK KURUL KARARI

TOPLANTI TARİHİ	TOPLANTI SAYISI	KARAR NO	ÇALIŞMACININ ADI SOYADI
20.12.2018	21	13	Prof. Dr. S. Erhan DEVECİ

KARAR

"Sağlıklı Hayat Merkezine Başvuran Yetişkin Obezite Hastalarının Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Kullanım Durumlarının Değerlendirilmesi" konulu çalışma etik kurulumuzda görüşülmüş olup; çalışmanın etik kurallara uygun olduğuna oybirliğiyle karar verilmiştir.

Prof. Dr. Mustafa KAPLAN (Başkan)		Prof. Dr. Demet ÇİÇEK (Üye)	İmza
Prof. Dr. Figen DEVECİ (Üye)	İmza	Prof. Dr. Engin ŞAHNA (Üye)	İmza
Prof. Dr. Erdal TAŞKIN (Üye)	İmza	Prof. Dr. Yüksel SAVUCU (Üye)	İmza
Doç. Dr. Funda GÜLCÜ BULMUŞ (Üye)	İmza	Doç. Dr. Fazilet ERMAN (Üye)	İmza
Dr. Öğr. Üyesi Turgay BÖRK (Üye)	Bulunmadı	Dr. Öğr. Üyesi Gökhan GÖKDERE (Üye)	Bulunmadı

EK 3: Anket İzin Belgesi

KOMİSYON KARARI

Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığına bağlı olarak hizmet veren Şehit Mehmet Aygün Sağlıklı Hayat Merkezi'nde Diyetisyen olarak görev yapmakta olan Berivan KÜÇÜK, Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Erhan DEVECİ danışmanlığında yürüteceği "Sağlıklı Hayat Merkezine Başvuran Yetişkin Obezite Hastalarının Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Kullanım Durumlarının Değerlendirilmesi" konulu yüksek lisans tez çalışmasını yapabilmek Müdürlüğümüze başvuruda bulunmuştur. Söz konu başvurunun ilk değerlendirmesi ilgili başkanlık tarafından yapılmış olup, araştırmanın yapılmasında herhangi bir sakınca bulunmadığı görüşü resmi yazıyla komisyonumuza sunulmuştur. Bahse konu talep; Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü'nün 27.03.2018 tarih ve E.483 sayılı Araştırma İzin Talepleri konulu yazısı göz önünde bulundurularak, 28.01.2019 tarihli komisyon toplantısında değerlendirilmiş olup; araştırmanın yapılmasında Müdürlüğümüz adına herhangi bir sakınca bulunmadığına karar verilmiştir.

Muammer AÇIKKAPU
Personel ve Destek Hiz. Bşk.
Üye

Dr. Abdulkadir KANTARCIOĞLU
Halk Sağlığı Hiz. Başkanı
Üye

Uzm. Dr. Yavuz ORUÇ
Kamu Hast. Hiz. Başkanı
Üye

Dr. Cihan PEKİN
Sağlık Hizmetleri Başkan Yrd.
Üye

Uzm. Dr. Ramazan GÜRGÖZE
Sağlık Hizmetleri Başkanı
Komisyon Başkanı

9. ÖZGEÇMİŞ

1992 yılında Tunceli'nin Pertek ilçesinde doğdum. İlkokul ve ortaokulu Pertek'te, lise eğitimini Tunceli Türk Telekom Fen Lisesi'nde tamamladım. Atatürk Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü'nden 2015 yılında mezun oldum. Ağustos 2015 tarihinden itibaren Elazığ Merkez Toplum Sağlığı Merkezi ve bağlı birimlerinde görev yaptım. 2018 yılının haziran ayından beri Elazığ Şehit Mehmet Aygün Sağlıklı Hayat Merkezi'nde diyetisyen olarak çalışmaktayım.

