

**T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
İŞLETME ENSTİTÜSÜ**

**SAĞLIK TURİZMİ KAPSAMINDA OBEZ
HASTALARA YÖNELİK SAĞLIKLI YAŞAM
MERKEZİ MODEL ÖNERİSİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
Eyüp ERDOĞAN**

Enstitü Anabilim Dalı : Sağlık Yönetimi

Tez Danışmanı : Prof. Dr. Selma ALTINDİŞ

EYLÜL-2022

Eyüp ERDOĞAN tarafından hazırlanan “Sağlık Turizmi Kapsamında Obez Hastalara Yönelik Sağlıklı Yaşam Merkezi Model Önerisi” başlıklı bu tez, 30.09.2022 tarihinde Sakarya Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yapılan Tez Savunma Sınavı sonucunda başarılı bulunarak, jürimiz tarafından Yüksek Lisans olarak kabul edilmiştir.

Danışman: Prof. Dr. Selma Altındış

Sakarya Üniversitesi

Jüri Üyeleri: Prof. Dr. Mahmut Akbolat

Sakarya Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi Serkan Deniz

Yalova Üniversitesi, Termal MYO

 SAKARYA ÜNİVERSİTESİ	T.C. SAKARYA ÜNİVERSİTESİ İŞLETME ENSTİTÜSÜ TEZ SAVUNULABİLİRLİK VE ORJİNALLİK BEYAN FORMU	Sayfa : 1/1
Öğrencinin		
Adı Soyadı	:	Eyüp ERDOĞAN
Öğrenci Numarası	:	Y189047008
Enstitü Anabilim Dalı	:	Sağlık Yönetimi
Enstitü Bilim Dalı	:	Sağlık Yönetimi
Programı	:	☒ YÜKSEK LİSANS ☐ DOKTORA
Tezin Başlığı	:	Sağlık Turizmi Kapsamında Obez Hastalara Yönelik Sağlıklı Yaşam Merkezi Model Önerisi
Benzerlik Oranı	:	% 17
Sakarya Üniversitesi İşletme Enstitüsü Lisansüstü Tez Çalışması Benzerlik Raporu Uygulama Esaslarını inceledim. Enstitünüz tarafından Uygulama Esasları çerçevesinde alınan Benzerlik Raporuna göre yukarıda bilgileri verilen tez çalışmasının benzerlik oranının herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi beyan ederim. 23 / 06 / 2022 İmza Öğrenci		
Sakarya Üniversitesi İşletme Enstitüsü Lisansüstü Tez Çalışması Benzerlik Raporu Uygulama Esaslarını inceledim. Enstitünüz tarafından Uygulama Esasları çerçevesinde alınan Benzerlik Raporuna göre yukarıda bilgileri verilen öğrenciye ait tez çalışması ile ilgili gerekli düzenleme tarafımda yapılmış olup, yeniden değerlendirilmek üzere@sakarya.edu.tr adresine yüklenmiştir. Bilgilerinize arz ederim. / / 20.... İmza Danışman		
Uygundur Danışman Unvanı / Adı-Soyadı: Tarih: / / 20.... İmza:		
☐ KABUL EDİLMİŞTİR ☐ REDDEDİLMİŞTİR EYK Tarih ve No:		Enstitü Birim Sorumlusu Onayı

ÖNSÖZ

Bu tezin yazılması aşamasında, çalışmamı titizlikle takip eden ve yüksek lisans eğitim süresince değerli katkı ve emekleri için danışmanım Prof. Dr. Selma ALTINDİŞ'e içten teşekkürlerimi ve saygılarımı sunarım.

Bu süreçte bana her daim varlığını hissettiren, maddi ve manevi destekçim olan aileme çok teşekkür ederim.

Eyüp ERDOĞAN

30.09.2022



İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	i
KISALTMALAR	iv
TABLO LİSTESİ	v
ŞEKİL LİSTESİ.....	vii

GİRİŞ	1
BÖLÜM 1: SAĞLIK TURİZMİ KAVRAMSAL ÇERÇEVE	5
1.1. Sağlık Turizmi Kavramı.....	5
1.2. Sağlık Turizminin Gelişim Nedenleri	5
1.3. Sağlık Turizmi Çeşitleri	6
1.3.1. Termal (Kaplıca) Turizmi	6
1.3.2. Geriatri (İleri Yaş) ve Engelli Turizmi	7
1.3.3. SPA & Wellness Turizmi.....	8
1.3.4. Medikal (Tıbbi) Turizm	9
BÖLÜM 2: OBEZİTE	11
2.1. Obezitenin Tanımı.....	11
2.2. Obezite Oluşumunu Etkileyen Faktörler.....	12
2.2.1. Genetik Faktörler	13
2.2.2. Yaş	14
2.2.3. Cinsiyet	15
2.2.4. Sosyoekonomik Düzey	15
2.2.5. Beslenme Alışkanlıkları	16
2.2.6. Fiziksel Aktivite	17
2.2.7. Çevresel Faktörler	17
2.2.8. Psikolojik Faktörler.....	18
2.3. Obezitenin Tedavisi	18
2.3.1. Diyet Tedavisi	20
2.3.1.1. Sağlıklı Beslenme Alışkanlığı Kazanımı İçin Beslenme Eğitimi ...	22
2.3.2. Fiziksel Aktivite	23

2.3.3. Cerrahi Tedavi	25
2.3.4. Aile İle İşbirliği.....	26
2.3.5. Psikiyatrik Tedavi Yöntemleri	26
2.3.5.1. Kişiler Arası İlişkiler Terapisi (KİT)	27
2.3.5.2. Davranış Değişikliği Tedavisi.....	28
2.3.5.3. Bilişsel Davranışçı Tedavi (BDT).....	30
2.3.6. Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi (TAT) Yöntemleri	31
2.3.6.1. Masaj Terapisi	32
2.3.6.2. SPA&Wellness Hizmeti.....	33
2.3.6.3. Akupunktur Tedavisi.....	34
2.3.6.4.Yoga Terapisi	35
2.3.6.5. Sanat Terapisi.....	36
2.3.6.5.1. Müzik Terapisi	38
2.3.6.5.2. Dans Terapisi	38
2.4. Obezitenin Önemi	40
2.4.1. Obezitenin Psikososyal Boyutu	41
2.4.1.1. Beden Algısı.....	42
2.4.1.2. Benlik Saygısı	43
2.4.1.3. Depresyon	44
2.4.1.4. Yaşam Kalitesi	46
2.4.2. Obezitenin Ekonomik Boyutu.....	47
2.4.3. Obezitenin Sağlık Boyutu	48
BÖLÜM 3: SAĞLIKLI YAŞAM MERKEZİ	50
3.1. Sağlıklı Yaşam Kampüsüne Örnek Konseptler.....	51
3.1.1.Hogeweyk Demans Köyü	51
3.1.2. Diyabet Yaşam Köyü	53
3.1.3. Acıbadem Çocuk Obezlere Yönelik Kamp Programı.....	54
BÖLÜM 4: ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ.....	56
4.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi	56
4.2. Araştırmanın Sınırlılıkları	57

4.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	58
4.5. Veri Toplama Yöntemi ve Analizi.....	58
BÖLÜM 5: BULGULAR VE DEĞERLENDİRME.....	59
5.1. Katılımcılara İlişkin Tanımlayıcı İstatistik Analizler	59
5.2. Araştırmaya Katılan Hastaların Tedavi Aldıkları Kurumların Özelliklerine İlişkin Görüşleri	62
5.3. Araştırmaya Katılanların Obez Hastalar İçin Planlanan Bir Sağlıklı Yaşam Merkezinde Olması Gereken Özelliklere İlişkin Görüşleri	70
5.2. Araştırmaya Katılan Hastaların VKİ Sınıfı ile Demografik Özelliklerini İçeren Tablolar.....	82
BÖLÜM 6: SAĞLIK TURİZMİ KAPSAMINDA OBEZ HASTALARA YÖNELİK SAĞLIKLIL YAŞAM MERKEZİ MODEL ÖNERİSİ.....	85
6.1. Sağlık Turizmi Kapsamında Obez Hastalara Yönelik Sağlıklı Yaşam Merkezi Destinasyon Model Kapsamında Yer Alması Gereken Birimler	85
6.1.1. Temel Hizmet Birimleri.....	85
6.1.2. Beslenme ve Diyet Birimi	86
6.1.3. Fiziksel Aktivite Birimi	87
6.1.4. Psikiyatrik Yaklaşımlar Birimi	89
6.1.5. Tamamlayıcı ve Destekleyici Tedavi Birimi.....	90
6.1.6. Hobi Atölyesi.....	93
BÖLÜM 7: TARTIŞMA.....	97
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	101
KAYNAKÇA	104
EKLER.....	121
ÖZGEÇMİŞ.....	132

KISALTMALAR

BDT	: Bilişsel Davranışçı Tedavi
BM	: Birleşmiş Milletler
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
HSGM	: Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü
KİT	: Kişiler Arası İlişkiler Terapisi
OECD	: Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü
SPA	: Sanus Per Aguam
SPSS	: Statistical Packages For The Social Sciences
SYM	: Sağlıklı Yaşam Merkezi
SHM	: Sağlıklı Hayat Merkezi
TAT	: Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi
TEMD	: Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği
TDV	: Türkiye Diyabet Vakfı
TURDEP	: Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
VKİ	: Vücut Kitle İndeksi
WHO	: World Health Organization

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: DSÖ'ne Göre Aşırı Kilo ve Obezitenin Sınıflandırılması	11
Tablo 2: Obezitede Davranışçı Tedavide Kullanılan Teknikler.....	29
Tablo 3: Obezitenin Neden Olduğu Doğrudan ve Dolaylı Maliyetler	47
Tablo 4: Obezitenin Yol Açtığı Hastalıklar	49
Tablo 5: Hastaların Demografik Özellikleri Açısından Sıklık Dağılımı	60
Tablo 6: Sağlık Profesyonellerinin Demografik Özellikleri Açısından Sıklık Dağılımı	61
Tablo 7: Hastaların VKİ'ne Göre Obezitenin Sınıflandırması.....	62
Tablo 8: Hastaların Tedavi Aldığı Kurumların Mimari Yapısına İlişkin Bilgiler	62
Tablo 9: Hastaların Tedavi Aldığı Kurumlarda Bulunan Hizmet Alanları.....	63
Tablo 10: Hastaların Tedavi Aldığı Kurumlarda Hizmet Veren Meslek Grupları	64
Tablo 11: Hastaların Tedavi Aldığı Kurumlara İlişkin Mevcut Fiziksel Aktiviteler	65
Tablo 12: Tedavi Alınan Kurumda Toksin Atılımını Arttırmak ve Rehabilitasyon Etmek Amacıyla Yapılan Destekleyici Tedavi Programları	65
Tablo 13: Tedavi Alınan Kurumda Psikolojik Destek Sağlamak İçin Yapılan Uygulamalar	67
Tablo 14: Tedavi Alınan Kurumda Doğru Beslenme Davranışı ve Alışkanlığı Kazandırmak İçin Yapılan Uygulamalar	68
Tablo 15: Tedavi Alınan Kurumda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı Kazandırmak İçin Yapılan Uygulamalar	69
Tablo 16: Tedavi Alınan Kurumda Benlik Saygısını Arttırıcı Olarak Yapılan Faaliyetler	70
Tablo 17: Tedavi Alınan Kurumda Kültürel Faaliyeti Sağlamak İçin Yapılan Faaliyetler	70
Tablo 18: Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Merkezinde Gerekli Gördükleri Mimari Yapıya İlişkin Özellikler	71
Tablo 19: Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Merkezinde Hizmet Vermesini Gerekli Gördüğü Gerekli Gördükleri Hizmet Alanları	72
Tablo 20: Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Merkezinde Hizmet Vermesini Gerekli Gördüğü Meslek Grupları	74
Tablo 21: Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Merkezinde Hizmet Vermesini Gerekli Gördüğü Fiziksel Aktiviteler	76
Tablo 22: Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Merkezinde Hizmet Vermesini Gerekli Gördüğü Destekleyici Tedavi Programları	77
Tablo 23: Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Merkezinde Gerekli Gördüğü Doğru Beslenme Davranışı ve Alışkanlığı Kazandırmak İçin Yapılan Uygulamalar	78

Tablo 24: Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Merkezinde Gerekli Gördüğü Psikolojik Destek Sağlayacak Uygulamalar.....	79
Tablo 25: Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Merkezinde Gerekli Gördüğü Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı Kazandırmak İçin Yapılan Uygulamalar	80
Tablo 26: Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Merkezinde Gerekli Gördüğü Benlik Saygısını Arttırıcı Olarak Yapılması Gereken Faaliyetler	80
Tablo 27: Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Merkezinde Kültürel Faaliyeti Sağlamak İçin Bulunması Gereken Birimlere İlişkin Görüşleri	81
Tablo 28: Hastaların VKİ Sınıfının Cinsiyet ve Medeni Durumuna Göre Dağılımı	83
Tablo 29: Hastaların VKİ Sınıfına Göre Fiziksel Aktivite Yapma Durumu	83
Tablo 30: Hastaların Eğitim Durumuna Göre Masaj ve Akupunktur Tedavisi Yöntemlerini Seçme Durumuna İlişkin Dağılımı	84

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1: Bariyatrik Cerrahi Yöntemleri.....	25
Şekil 2: Seçili Ülkelerde Yıllara Göre Gerçekleşen (1970-230) ve Tahmini (---) Obezite Oranları	41
Şekil 3: Hogeweyk Demans Köyü’nden Bir Görüntü	53



Tezin Başlığı: Sağlık Turizmi Kapsamında Obez Hastalara Yönelik Sağlıklı Yaşam Merkezi Model Önerisi

Tezin Yazarı: Eyüp ERDOĞAN

Danışman: Prof. Dr. Selma ALTINDIŞ

Kabul Tarihi: 30.09.2022

Sayfa Sayısı: ix (ön kısım) + 120 (tez) + 10 (ek)

Anabilim Dalı: Sağlık Yönetimi

Obezite bireyleri fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan etkileyen ve gelişiminde birçok nedenin rol oynadığı önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir. Bundan dolayı obezitenin tedavisinde biyolojik, fizyolojik, psikolojik ve sosyokültürel açıdan bütünsel bir tedavi planı yaklaşımı benimsenmelidir.

Obeziteyi tedavi etmek ve tedavi sonrasında tekrar oluşmasının önüne geçmek açısından multidisipliner bir tedavi yaklaşım önemlidir. Obezite tedavisinde amaç sadece hastanın kilo vermesini sağlamak değil verilen kiloyu sürdürebilir kılması için ona yeni bir yaşam tarzı kazandırmaktır.

Bu noktadan hareket edilerek obezite rahatsızlığı olan bireylere yönelik tıbbi ve tamamlayıcı tedaviler ile hastanın kilo vermesini ve sürdürmesini sağlamak, hobi atölyeleri ve sanat terapisi ile hastanın kişilerarası ilişkileri, sosyal ve kültürel yaşamı, benlik saygısı ve özgüvenini olumlu yönde değiştirerek ona yeni bir yaşam tarzı kazandırmak önemlidir.

Bu bağlamda çalışmada, obez hastalara yönelik bir sağlıklı yaşam merkezi modeli geliştirilmesi amaçlanmaktadır. Çalışmada sağlıklı yaşam merkezinin gerekliliğini ve kapsamını ortaya koymak için ilgili literatür kapsamında geliştirilen anket formu kullanılmıştır. Anket, hastaların demografik özellikleri, mevcut obezite tedavisi veren kurumların ve obez hastalar için planlanan sağlıklı yaşam merkezine yönelik özellikleri içeren 2 bölümden oluşmaktadır.

Çalışmanın evrenini İstanbul ve Sakarya ili oluşturmaktadır. Örneklemi ise bu illerde hizmet alan 190 hasta ve 46 sağlık profesyoneli olup toplamda 236 kişi oluşturmaktadır. Elde edilen verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler ve ki-kare testi kullanılmıştır.

Çalışmada elde edilen bulgulara göre, tedavi veren kurumlarda tıbbi tedavilerin yanında tamamlayıcı tedavilerin kullanımının az olduğu, hastaların sosyal ve kişisel olarak gelişimlerine yardımcı olacak sosyokültürel faaliyetlerin eksikliği ve tedavi veren kurumlarda multidisipliner bir ekip içerisinde tek bir çatı altında hizmet verilmediği saptanmıştır. Aynı zamanda katılımcılar tarafından obez hastalar için sağlıklı yaşam merkezinin gerekliliğini ve kapsamını ortaya çıkaracak veriler elde edilmiştir.

Çalışmanın sonucuna göre, multidisipliner bir ekip içerisinde obezite tedavisinde bütünsel bir yaklaşımın gerekliliği ortaya konulmuştur. Çalışmada elde edilen veriler kullanılarak obez hastalara yönelik sağlıklı yaşam merkezi modeli geliştirilmiştir. Çalışmanın sonuçlara göre, dünyada ve ülkemizde obezitenin artış göstermesi bu çalışmanın alana katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Obezite, Sağlık Turizmi, Tamamlayıcı Tedavi, Sağlıklı Yaşam Merkezi, Sağlık Yaşam Davranış Biçimleri

Title of the Thesis: Healthy Life Center Model Proposal For Obese Patients Within The Scope Of Health Tourism	
Author: Eyüp ERDOĞAN	Supervisor: Prof. Dr. Selma ALTINDIŞ
Date: 30.09.2022	Page Number: ix (ön kısım) + 120 (tez) + 10 (ek)
Department: Health Management	
Obesity has become an important public health problem that affects individuals physically, mentally and socially, and many factors play a role in its development. Therefore, a holistic treatment plan approach should be adopted in the treatment of obesity in terms of biological, physiological, psychological and sociocultural aspects. A multidisciplinary treatment approach is important in terms of treating obesity and preventing its recurrence after treatment. The aim of obesity treatment is not only to make the patient lose weight, but also to gain a new lifestyle in order to make the lost weight sustainable. From this point of view, it is important to ensure that the patient loses and maintains weight with medical and complementary treatments for individuals with obesity, and to give him a new lifestyle by positively changing the patient's interpersonal relationships, social and cultural life, self-esteem and self-confidence with hobby workshops and art therapy. In this context, it is aimed to develop a wellness center model for obese patients. In the study, a questionnaire developed within the scope of the relevant literature was used to reveal the necessity and scope of the wellness center. The questionnaire consists of 2 parts, including the demographic characteristics of the patients, the existing obesity treatment institutions and the characteristics of the wellness center planned for obese patients. The universe of the study consists of Istanbul and Sakarya provinces. Its sample consists of 190 patients and 46 health professionals receiving service in these provinces and 236 people in total. Descriptive statistical methods and chi-square test were used in the analysis of the obtained data. According to the findings obtained in the study, it has been determined that the use of complementary therapies in addition to medical treatments is low in the institutions providing treatment, the lack of socio-cultural activities that will help the social and personal development of the patients, and the institutions providing treatment do not provide services under a single roof within a multidisciplinary team. At the same time, data were obtained by the participants to reveal the necessity and scope of the wellness center for obese patients. According to the results of the study, the necessity of a holistic approach in the treatment of obesity in a multidisciplinary team has been demonstrated. Using the data obtained in the study, a wellness center model was developed for obese patients. According to the results of the study, it is thought that this study will contribute to the field due to the increase in obesity in the world and in our country.	
Keywords: Obesity, Health Tourism, Complementary and Alternative Therapies, Wellness Center, Health Life Behaviors	

GİRİŞ

Günümüzde yaygın olarak görülen obezite, bireylerin yaşam kalitesini etkileyerek, gerek fiziksel gerekse de psikolojik olarak onlara zarar vererek (Zhong vd., 2010; Rönn, 2013) ekonomik sonuçları ile dünya genelinde birçok ülkede önemli bir halk sağlığı sorunu haline dönüşmüştür (Berthoud ve Klein, 2017). Obezite düşük ve orta gelirli ülkelerde dâhil olmak üzere milyonlarca insanının yaşam kalitesini etkilemekte (Rönn, 2013), artan morbidite ve mortaliteye yol açmakta, kişinin günlük aktivitelerini engelleyerek onların sosyal yaşamını kısıtlamaktadır (Balcı, 2013).

Çağın en önemli sorunlarından biri olarak kabul edilen obezite prevalansı (Ünal, 2016) yalnızca fazla kilo değil, aynı zamanda ciddi ekonomik ve sosyal kayıpları olan toplumsal bir problem olup (Çukur ve Erdem, 2016; TEMD, 2018); gelişmiş ve gelişmekte olan ülke ekonomilerine büyük bir mali yük getirmektedir (Tedik, 2017: 54; Tremmel vd., 2014). İnsani Gelişmişlik Raporu'nda yer alan McKinsey Küresel Enstitüsü'nün yapmış olduğu araştırmada, obezitenin küresel maliyeti 2 trilyon doları aştığı bildirilmektedir (Ünal, 2016). OECD ülkeleri tüm sağlık hizmetleri bütçelerinin ortalama olarak %8,4'ünü önümüzdeki otuz yıl boyunca obezitenin sonuçlarını tedavi etmek için harcayacaklarını ifade etmektedirler (OECD, 2019). Ortaya çıkan bu ekonomik yük, konunun önemini gösterir niteliktedir.

Obezitenin etiyolojisinde ise pek çok faktör etkilidir. Obezite oluşumunu etkileyen biyolojik ve yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum gibi demografik ve sosyokültürel faktörlerin (Karaçıl ve Şanlıer, 2014; Tedik, 2017) yanında beslenme alışkanlıkları, sigara ve alkol tüketimi ile fiziksel aktivite azlığı gibi yaşam biçimi faktörlerinin risk oluşturduğu görülmektedir (SB, 2010: 18; TEMD, 2018: 17; Altunkaynak ve Özbek, 2006; Kayar ve Utku, 2013).

Obezitenin etiyolojisinde pek çok faktörün etkili olması obezitenin önlemesini ve tedavisini kompleks hale getirmektedir (SB, 2010; Güven, 2014; Aktar vd., 2017; İlhan, 2018; Emre ve Öner, 2018). Nitekim obeziteyi tek bir nedene veya belirli bir gıdaya bağlamak, neden olduğu faktörlerin karmaşıklığını dikkate almadan yapılan herhangi bir girişim doğası gereği yeterli olmayacaktır (Fishbein: 2001). Dolayısıyla hem obezite prevalansını yönetmek hem de potansiyel olarak azaltmak için disiplinlerarası işbirliğini

gerektirir (Kumsar, Yılmaz ve Olgun, 2011; Ananthapavan vd., 2014; Çakmak ve Dönmez, 2014; Baltacı vd., 2015; Bischoff vd, 2016; Castelnuevo vd., 2017).

Ayrıca obezite tedavisi hekim, diyetisyen, psikolog, fizyoterapist, hemşire, yaşam koçu, mentor gibi birçok uzmandan oluşan ekip tarafından düzenlenmeli ve tedavi kişiye özel olarak planlanmalıdır (Erge, 2003; Çömlekçi, 2011; Baltacı vd.,2015; İlhan, 2018).

Bu noktadan hareketle; obezite rahatsızlığı olan bireylerde kilo alımıyla birlikte fiziksel yapıda gelişen değişimler, buna bağlı görülen psikolojik sorunlar, toplumsal uyumsuzluklar ve obezite nedeniyle gelişen diğer sağlık sorunlarına multidisipliner yaklaşım göstermek etkin sonuçların alınmasını sağlayacaktır (Uzun, 2014).

Sağlık turizmi, bedensel ve ruhsal sağlığına önem veren bireylerin zinde kalarak daha kaliteli bir yaşam sürdürebilmek için sağlık amacıyla yaptıkları seyahatleri kapsamaktadır (Erdem, Gülcan ve Cynkov, 2015; Üzümcü ve Çimen, 2019). Başka bir ifadeyle sağlık turizmi, kişinin beden ve ruhen “iyilik” halini elde etmek amacıyla destinasyonda modern ve alternatif tıp yöntemlerinin ayrı ayrı ya da birlikte kullanımlardan oluşan hizmetin farklılaştırıldığı faaliyettir (Özer ve Songur, 2012; Dalkıran, 2017).

Çalışmanın birinci bölümünde sağlık turizmi kavramı, gelişim nedenleri ve çeşitleri üzerinde durulmuştur.

Çalışmanın ikinci bölümünde obezite kavramı, obeziteyi etkileyen faktörler, obezitenin tedavisi, önemi, ekonomik ve sosyal boyutu konuları incelenmiştir.

Çalışmanın üçüncü bölümünde sağlıklı yaşam merkezi konusu incelenmiştir. Bu bağlamda sağlıklı yaşam merkezi örneklerine yer verilmiştir.

Çalışmanın dördüncü bölümünde çalışmanın yöntemine ait bilgiler yer almaktadır. Bu bölümde araştırmanın gerçekleştirildiği evren, örneklem seçimi ve örneklem, veri toplama aracı ve süreci, araştırmanın kısıtları ve verilerin analizinde kullanılan yöntemler hakkında bilgi verilmiştir.

Çalışmanın beşinci bölümünde ise araştırmanın bulgularına yer verilmiştir.

Çalışmanın altıncı bölümünde ise ilgili literatür taraması ve bulgular yoluyla elde edilen bilgiler dahilinde obez hastalar için sağlıklı yaşam merkezi model önerisine yer

verilmiştir. Model içerisinde yer alan tıbbi tedavi, tamamlayıcı ve destekleyici tedaviler, sosyal ve kültürel faaliyetlere yönelik olarak detaylı bilgiler sunulmuştur.

Çalışmanın son bölümünde ise çalışmanın sonuçları tartışılmaktadır. Bu bağlamda literatürden yararlanılarak sonuçlar farklı çalışmaların sonuçlarıyla karşılaştırılmalar yapılmıştır. Ve araştırmanın önerileri sunulmuştur.

Araştırmanın Amacı

Günümüzde obezite hem dünya da hem de ülkemizde yaygın prevalansa sahip olan ve kişileri fiziksel, ruhsal ve sosyal yaşam açısından olumsuz etkileyen bir rahatsızlıktır. Obezite hormonal, genetik, çevresel, sosyal, davranışsal, kültürel, psikolojik ve metabolik olmak üzere birçok faktöre bağlı olarak gelişebilecek kompleks bir rahatsızlıktır. Bundan dolayı obeziteyi önlemek, tedavi etmek ve yönetmek multidisipliner bir yaklaşımı gerekli kılmaktadır. Bu çalışmanın temel amacı, sağlık turizmi kapsamında obez hastalara yönelik bir sağlıklı yaşam merkezi modeli oluşturmaktır. Böylelikle obezite tedavisinde bilinen tıbbi uygulamalarla birlikte kullanılan tamamlayıcı ve destekleyici yöntemler ile obez bireylerin yaşam kalitelerini yükseltmek ve hem bireylere hem de ailelerine yeni bir yaşam biçimi kazandırılması amaçlanmaktadır.

Araştırmanın Önemi

Çalışmamızda çözüm önerisi olarak sunulan obez bireyler için sağlıklı yaşam merkezinin ülkelerin ve dünyanın katlandığı ve gelecekte artarak katlanmak zorunda kalacağı bu maliyetleri hem engellemeyi hem de sağlık turizmi çeşitliği sağlayarak ülkeye bir gelir alanı oluşturması öngörülmektedir. Özellikle ortaya çıkan ekonomik ve sosyal gerekçeler ülkeleri ve bireyleri sağlık problemlerini gidermek amacıyla farklı ülkelere ya da bölgelerden sağlık ihtiyacını giderme yoluna gitmektedir. Dolayısıyla sağlık turizmi kapsamında obez hastalara yönelik sağlıklı yaşam merkezi modeli ile sağlık turizmi faaliyetinde bulunulabilir.

Araştırmanın Problemi

Çalışmada ele alınan obezite problemi dünya genelinde giderek yaygınlaşması ve bulaşıcı hastalıklarla yer değiştirecek kadar ciddi bir sorun haline gelmiştir. Obezitenin tedavisi multidisipliner bir yaklaşım gerektirdiğinden mevcut tedavi veren kurumlara yönelik yapılan araştırmalarda tedavi kapsamında yer alması gerektiği düşünülen,

uzmanlık dallarının tek bir çatı altında olmadığı, hastanın tedavi kapsamında birden fazla kurumla ilişkili olduğu görülmektedir. Bu durum tedavi alan hastalar ve tedavi veren kurumlar için ek maliyetler, zaman kayıpları, tedavisinin başarısında ve başarının sürdürülmesinde ortaya çıkabilecek zorluklar, tedavi sunan uzman ekipler arasında oluşabilecek koordinasyon eksikleri gibi birçok probleme neden olabilmektedir. Çalışmanın ana problemi bunları alan araştırması ile hastalar ve sağlık profesyonellerinin bakış açısıyla ortaya koymaktır.

Araştırmanın Yöntemi

Çalışmanın örnekleme obezite tedavisi alan ve/veya almaya devam eden 196 hasta ile tedavi veren ekip içerisinde yer alan 46 sağlık profesyonelinden oluşturmaktadır. Çalışmaya örneklem seçiminde kolayda örneklem yöntemi uygulanmıştır.

Çalışmada veri toplama aracı olarak anket kullanılmıştır. Planlanan obezite merkezinin program kapsamını ve içeriğini ortaya koymak için ilgili literatür incelemesi yapılmış bunun sonucunda uygulanılacak anket geliştirilmiştir. Geliştirilen anket iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm katılımcıların sosyo-demografik özelliklerinden oluşmakta, ikinci bölüm ise literatür ışığında belirlenen obezite tedavisi veren mevcut merkezlere ve oluşturulması planlanan sağlıklı yaşam merkezine ait sorular bulunmaktadır.

Katılımcılardan elde edilen verilerin analizinde; tanımlayıcı istatistiksel yöntemlerden ve ki-kare testinden yararlanılmıştır.

Araştırmanın Kısıtları

Araştırma İstanbul ve Sakarya ili içerisinde obezite tedavisi alan/almaya devam eden hastalar ve obezite tedavisi veren bireyler ile sınırlandırılmıştır. Ayrıca örneklem sayısının sınırlı olmasının nedeni Covid-19'dan dolayı sağlık kuruluşlarına ulaşımın kısıtlı olması, sosyal mesafenin varlığı, kısıtlamalar gibi pandemi şartları nedeniyle az sayıda gönüllü katılımcıya ulaşılabilmesidir.

BÖLÜM 1: SAĞLIK TURİZMİ KAVRAMSAL ÇERÇEVE

1.1. Sağlık Turizmi Kavramı

Sağlık turizmi, bir ucu doğal (kaplıcalar, vb.) kaynaklara, diğer ucu beşeri (turistler ve uzman kişiler, vb.) ve mali (şirketlerin özvarlıkları, vb.) kaynaklara dayanan (Dalkıran, 2017); sağlığın korunması, geliştirilmesi ve hastalıkların tedavi edilmesi amacıyla (Özer ve Songur, 2012) ikamet edilen yerden başka bir yere seyahat edilmesi ve gidilen yerde en az 24 saat kalınarak sağlık olanaklarından yararlanılmasıdır (Kördeve, 2016). Sağlık turizmi, kişilerin kaybolan sağlığına yeniden kavuşmak ya da sağlığını daha uzun zamanlar koruyabilmek amacıyla ortaya çıkmaktadır (Öztürk ve Yazıcıoğlu, 2002; Özsarı ve Kartana, 2013).

Başka bir ifadeyle sağlık turizmi, bedensel ve ruhsal sağlığına önem veren bireylerin zinde kalarak daha kaliteli bir yaşam sürdürebilmek için sağlık amacıyla yaptıkları seyahatleri kapsamaktadır (Erdem, Gülcan ve Cynkov, 2015; Üzümcü ve Çimen, 2019).

Genel olarak ise sağlık turizmi, kişinin beden ve ruhen “iyilik” halini sağlamak amacıyla destinasyonda modern ve alternatif tıp yöntemlerinin ayrı ayrı ve birlikte kullanımlardan meydana gelen hizmetin farklılaştırıldığı bir faaliyet türüdür (Dalkıran, 2017).

1.2. Sağlık Turizminin Gelişim Nedenleri

Son yıllarda sağlık turizminin uluslararası hareketlerinde artış görülmektedir (Ataman, Esen ve Vatan, 2017). Bu artışa neden olan hazırlayıcı ve destekleyici faktörler bulunmaktadır. Bunlar (Aydın, 2012; Mert, 2013; Altındış, 2015; Akarcalı, 2016; Özer ve Songur, 2017; Ataman, Esen ve Vatan, 2017; Dalkıran, 2017; Bulut ve Şengül, 2019; Bulut ve Şengül, 2019):

- Sağlık hizmetlerinin kendi ülkelerinde pahalı olması,
- Kaliteli sağlık hizmeti istemi,
- Uzun bekleme süreleri,
- Erişim zorluğu,
- Kişilerin ülkesinde yüksek teknolojiye sahip sağlık hizmetleri eksikliği veya olmayışı
- Profesyonel insan kaynaklarının azlığı veya yokluğu,

- Tedaviyle birlikte tatil yapma arzusu,
- Ülkesinde herhangi bir sebepten dolayı ameliyatının bilinmesinin istenmemesi (Estetik Cerrahisi, İnfertilite tedavisi vb.),
- Ülkesinde iklim ve coğrafi olarak tatil için kısıtlı imkân olduğu durumlarda yapılan turizm hareketliliği (ormanlık, yaylalar, tarihi ve kültürel zenginliği olan ülkelere gidiş),
- Çoğunlukla termal tesisin ve termal turizm imkânlarının çok olduğu bir ülkede zinde kalmak için SPA (Sanus Per Aguam) & Wellness içerikli tatil yapma talebi,
- Kronik hastaların, yaşlıların ve engellilerin başka ortamlara gitme ve tedavi olma isteklerinin oluşması,
- Kişinin hayata tutunma ve sağlıklı zinde yaşama isteği gibi çeşitli sebeplerden dolayı yapılmaktadır.

1.3. Sağlık Turizmi Çeşitleri

Sağlık turizmi, ileri yaş ve engelli turizmi, termal ve SPA & Wellness turizmi, medikal (tıp) turizmi olarak üç başlık altında sınıflandırılmaktadır (Ataman, Esen ve Vatan, 2017). Ancak literatürde değişik sınıflandırma şekilleri bulunmaktadır (Aydın, 2012; Edinsel ve Adıgüzel, 2014; Akarcalı, 2016; Kördeve, 2016; Dalkıran, 2017; Sedef, 2018; Üzümcü ve Çimen, 2019; Baran ve Özoğul, 2019; Şengül ve Bulut 2019). Bu çalışmada ise sağlık turizminde yaygın olarak kullanılan sınıflandırılmaya yer verilmiştir. Buna göre sağlık turizmi dört ana başlık altında toplanmaktadır. Bunlar (Altındış, 2015);

- a) Termal (Kaplıca) Turizmi
- b) Geriatri (İleri Yaş) ve Engelli Turizmi
- c) SPA & Wellness Turizmi
- d) Medikal (Tıbbi) Turizmi

1.3.1. Termal (Kaplıca) Turizmi

Termal turizm, sıcaklık olarak 20 derece ve üzerinde sıcaklığa sahip içerisinde çeşitli mineralleri barındıran jeotermal suların, bulunduğu yöredeki çevre ve iklim faktörleriyle birlikte, insan sağlığına olumlu katkı sağlayan sağlık hizmetleri faaliyetlerini içeren turizm çeşididir (Dalkıran, 2017).

Termal turizm veya kaplıca turizmi; mineralize termal su banyosu, içme, soluma, çamur banyosu gibi çeşitli türdeki yöntemlerin yanında, iklim kürü, fizik tedavi, rehabilitasyon, egzersiz, psikoterapi, diyet gibi destek tedavilerin birleştirilmesi ile yapılan kür (tedavi) uygulamaları içeren destek tedavilerden yararlanmak üzere yaşadıkları yerlerden termal tesislere yapılan seyahatler termal turizm olarak adlandırılmaktadır (Topuz, 2012; Özsarı ve Kartana, 2013; Altındış; 2015; Çelik, 2018).

Termal turizm ile doğal su kaynaklarının farklı özelliklerinden yararlanarak bedene ve ruha zindelik kazandırılması da amaçlanmaktadır (Ataman, Esen ve Vatan, 2017).

1.3.2. Geriatri (İleri Yaş) ve Engelli Turizmi

Dünya genelinde sağlık hizmeti olanaklarının gelişmesi ile birlikte ortalama yaşam ömrünün uzaması ve özellikle Avrupa’da doğurganlığın genel olarak düşmesine bağlı olarak nüfusun giderek yaşlanması, ileri yaş turizminin cazip bir turizm türü haline gelmesini sağlamıştır. BM’nin (Birleşmiş Milletler) ileriye yönelik yaptığı tahminlere göre, 2050 yılında 60 yaş ve üzeri nüfusun 2 milyar civarında olacağı öngörülmektedir. Dolayısıyla zaman içinde ileri yaş grubuna yönelik gezi turlarının ve özellikle klinik otellerde verilen rehabilitasyon hizmetlerinin artacağı ve önem kazanacağı tahmin edilmektedir (Erdem, Gülcan ve Cykynov, 2015).

İleri yaş turizmi, özellikle 65 yaş ve üzeri insanların bakım gerektiren tedavilerini kapsayan bir sağlık turizmi çeşididir (Gençay, 2007; Ongun, 2013; Erdem, Gülcan ve Cykynov, 2015). Geriatri turizmi sadece ileri yaş hastalık ve bakımlarının yapılması değil aynı zamanda sağlıklı yaşlanma ve kaliteli zaman geçirmeye yönelik faaliyetleri de içermektedir (Dalkıran, 2017).

Engelli turizmi ise, sağlık turizmi faaliyetleri içerisinde yüksek potansiyele sahip olan ve farklı türlerde engeli bulunan bireylerin oluşturduğu turizm aktivitesi ve seyahatlerini kapsamaktadır (Yıldız, Yıldız ve Karaçayır, 2017). Diğer bir ifadeyle fiziksel, zihinsel ve ruhsal olarak kişilerin sağlığını bozan ve engel teşkil eden tüm unsurlara yönelik sağlık ve turizm işletmelerinin yapılandırılmalarını gerektiren bir turizm şekli olduğu söylenebilir (Topuz, 2012; Kördeve, 2016; Dalkıran, 2017).

Genel olarak ileri yaş ve engelli turistlerin tedavi, bakım ve rehabilitasyonunu kapsayan geriatri ve engelli turizmi, klinik konukevleri, geriatrik tedavi merkezleri, bakım evleri

vb. merkezlerde eğitim almış sertifikalı personel ve uzmanlar tarafından yapılan uygulamaları kapsamaktadır (Özer ve Songur, 2012; Akça, 2016).

1.3.3. SPA & Wellness Turizmi

Gündelik ve zindelik turizmi olan SPA Latince kökenli “Sanus Per Aguam” kelimelerinin baş harflerinden türeyen; su ile gelen sağlığı, rahatlığı ve iyiliği ifade etmektedir (Sarıçay, 2011; Edinsel ve Güzel, 2014; Dalkıran, 2017). Türkçe’de ise “sudan gelen sağlık, iyilik” olarak ifade edilen bu terim; şifalı sularla yapılan turizm faaliyetlerini içermektedir. Şifalı suların yanı sıra, çamur terapileri, masaj terapileri, aromaterapileri, güzellik ve bakım amaçlı kür merkezlerini de içeren bu kavram, son yıllarda ülkemizde sıkça telaffuz edilmeye başlamıştır (Dalkıran, 2017).

Kişinin sağlık problemi olsun veya olmasın onları rahatlatan, dinamizm kazandıran SPA turizmi dünyada termal turizmi de kapsayan bir kavramdır (Dalkıran, 2017). Su ile iyileşme, suyun kullanımından gelen sağlık, suyun sıcak, soğuk ve farklı biçimlerdeki akıtma, damlama, duşlama, püskürtme gibi uygulamaları ile bireye kazandırılan dinlenme ve ferahlama duygularının edinildiği bütünüleyici bir terapi (Özsarı ve Kartana, 2013; Edinsel ve Güzel, 2014; Baran ve Özoğul, 2019).

Sağlık ve spor endüstrisini içerisinde yer alan SPA’lar, su ile kişilerin bedensel ve zihinsel olarak daha iyi hissetmesini sağlayacak egzersizler, diyet ve eğitim programlarını içermekte ve temel amaç, yaşamın nasıl daha iyi hale getireceğinin uygulamalı olarak öğrenmesini sağlamaktır (Ataman, Esen ve Vatan, 2017).

Wellness ise, kişinin akıl, vücut, ruh ve ilişkilerinde iyi ve zinde hissetmeleridir. Bu kapsamda wellness turizmi genelde, SPA ziyaretleri, beslenme ve fitness uygulamaları, cilt bakımı, çamur ve yosun banyoları, küvet bakımları gibi güzellik uygulamaları ve doğal ürünler ile sağlıklı yaşam yöntemleriyle yapılan vücut bakımlarını içeren bütüncül faaliyetlerdir (Başa, 2009; Özsarı ve Kartana, 2013; Ergüven, 2013; Gürsoy, Aksoy ve Topuz, 2017).

Wellness, bir taraftan haz alabilmeyi ve “an’a” yoğunlaşmayı diğer taraftan bireysel sorumluluk olarak sağlığı sürdürülebilir şekilde korumayı yeni yollarla bireye kazandırmayı içermektedir. Alışkanlıkların olumlu yönde değiştirildiği ve bireye yeni

davranışların kazandırıldığı bir sağlıklı yaşam bütünüdür. Aşağıdaki iki örnek ile bunu somutlaştırmak mümkündür (Ergüven, 2010). Bunlar;

1. Beslenme, sağlık ve günlük yaşam için temeldir. Yanlış beslenme bireyin iyi hissetme halini olumsuz etkileyebilmekte ve yaşam kalitesini düşürebilmektedir. Bir kişi yaşam kalitesini uzun vadeli artırmak istiyorsa, bu konuyu da dikkate alması gerekmektedir.
2. Günümüzde ruhsal dengenin kişinin yaşam kalitesi için önemi birçok insan tarafından giderek daha çok fark edilmektedir. Bu amaçla, stresle mücadele ve gevşeme için meditasyon ya da yoga gibi yöntemler kullanılmaktadır. Bu yöntemler aracılığı ile bireyler vücudunu ve ruhunu dinlendirmeyi öğrenebilmektedir. Böylece kişinin kendini iyi hissetmesi sağlanabilmektedir.

Genel olarak SPA & Wellness turizmi kapsamında verilen hizmetler; masaj türleri (Bali masajı, Tai Masajı, refleksoloji, taş masajı vb.), kese-köpük masajı hizmeti ve cilt bakımı yanı sıra hamam, sauna, soğuk su havuzu, kapalı havuz, tuz odaları, buhar banyoları, duşlar, spor merkezi, eğer termal bir kaynak varsa termal havuz hizmetlerinden oluşmaktadır (Ergüven, 2010; BAKA, 2013; Baran ve Özoğul, 2019).

1.3.4. Medikal (Tıbbi) Turizm

Medikal turizm, “insanların tıbbi hizmet alma temel gerekçesi ile seyahat etmeleri olarak” tanımlanmaktadır (Edinsel ve Adıgüzel, 2014; Altındış, 2015; Kim, Arcodia ve Kim, 2019).

Sağlıklı ve iyi olma durumunu artırmayı amaçlayan bir turizm faaliyeti olarak da değerlendirilen (Sevim ve Sevim, 2019) medikal turizm, “tıp ve turizm sektörünün ortak mal ve hizmet” üretimidir (Gümüş ve Büyük, 2008).

Tıbbi turizm olarak da adlandırılan medikal turizm kapsamında verilen tedaviler, kozmetik cerrahi (meme, yüz, liposuction); diş hekimliği (kozmetik ve yeniden yapılanma); kardiyoloji / kalp cerrahisi (baypas, kapak değişimi); ortopedik cerrahi (kalça protezi, yenileme, diz protezi, eklem cerrahisi); bariatrik cerrahi/obezite cerrahisi (gastrik by-pass, gastrik bantlama); doğurganlık / üreme sistemi (IVF, cinsiyet ataması); organ, hücre ve doku nakli (organ nakli; kök hücre); göz ameliyatı ve tanı ve kontroller

olarak karşımıza çıkmaktadır (Aydın, 2012; Mert, 2013; Erdem, Gülcan ve Cykynov, 2015; Akarcalı, 2016; Correa, Levia ve Bakucz, 2018).

Sağlık turizmi kapsamında gerçekleştirilen tüm bu uygulamalar, gerek hastalıkları önleme, tedavi etme amacıyla gerekse de insanların bedenlen ve ruhen rahatlatma ve zinde kalmak amacıyla hızla gelişen bir sektördür. Ekonomik getirileri nedeniyle de sağlık turizmi ülkelerin yatırım yaptığı gelecek vaat eden bir alandır (Özsarı ve Kartana, 2013; Kördeve, 2016; Ataman, Esen ve Vatan, 2017; Dalkıran, 2017; Sevim ve Sevim, 2019; Üzümcü ve Çimen, 2019).



BÖLÜM 2: OBEZİTE

2.1. Obezitenin Tanımı

Giderek küresel bir epidemi halini alan obezite, günümüzde toplumlarda çok yaygın görülen bir sağlık sorunudur (Berberoğlu ve Hoccoğlu, 2021). Latince kökenli bir kelime olan obezite, "ob" (nedeniyle) ve "edere" (yemek) kelimelerinin bir araya gelmesinden meydana gelmektedir (Kahraman, Baş ve Akbolat 2015). İngilizce’de ise obezite, şişmanlık anlamına gelen “obesity” , çok şişman “obese”, fazla ağırlık, tartıda fazla gelen miktar ve şişmanlık olarak ifade edilen “overweight” kelimelerine karşılık gelmektedir (Ergül ve Kalkım, 2011).

Obezite, vücutta normalden fazla yağ dokusunun oluşması ve birçok sayıda faktöre bağlı olarak gelişen, genetik ve çevresel etkileşimleri bulunan ciddi ve kronik bir hastalıktır (Altunkaynak ve Özbek, 2006). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’ne göre obezite, *“insan sağlığını bozabilecek ölçüde anormal ve aşırı yağ birikmesi sonucu oluşan bir hastalık”* olarak tanımlanmaktadır (<https://www.who.int/>, 2019).

Obezitenin belirlenmesinde en yaygın olarak kullanılan yöntem vücut kitle indeksi (VKİ) hesaplamasıdır. Vücut ağırlığının, boy uzunluğunun metre cinsinden karesine bölünmesiyle (kg/m^2) elde edilen bu hesaplama göre; VKİ’si 25’e eşit veya daha fazla olan kişiler aşırı kilolu; 30’a eşit veya daha fazla olan kişiler ise obez olarak tanımlanmaktadır (Merdol, 2003; Adıyaman, 2006).

Tablo 1: DSÖ’ne Göre Aşırı Kilo ve Obezitenin Sınıflandırılması

Sınıflandırma	Vücut Kitle Endeksi (VKİ)
Düşük kilolu	<18.50
Normal kilolu	18.50-24.99
Fazla kilolu	≥ 25.00
Preobez	25.00-29.99
Obez I.derece	30.00-34.99
Obez II.derece	35.00-39.99
Obez III.derece	≥ 40.00

Kaynak: World Health Organization (WHO). (2000). Obesity: Preventing And Managing The Global Epidemic. Report Of A WHO Consultation. WHO Technical Report Series, 894. Geneva, Switzerland.

Yetişkin erkeklerde vücut ağırlığının yaklaşık %15 ila 18'i, kadınlarda ise %20 ila %25'ini yağ dokusundan meydana gelmekte ve bu oranın erkeklerde %25, kadınlarda ise %30'un üzerine çıkması, diğer bir ifadeyle hesaplanan vücut kitle indeksi puanının 30 ve üzerinde olması obezitedir (Kahraman, Güriz ve Özdel, 2014).

Besinler ile kazanılan enerjinin, harcanan enerjiden fazla olması nedeniyle ortaya çıkan obezite aynı zamanda vücut yağ kitlesinin, yağsız vücut kitlesine oranla artması ile ilişkili olan (Kılınç ve Gözel, 2018), tüm yaş gruplarını etkileyen, önlenmesi ve yönetiminin uzun vadeli stratejileri gerektirdiği kronik bir hastalıktır (WHO, 1999).

2.2. Obezite Oluşumunu Etkileyen Faktörler

Bireylerde, enerji alımı ile harcaması arasındaki dengeyi sağlayan hormonal, kimyasal, fiziksel ve psikolojiyle ilgili mekanizmalarda meydana gelebilecek bozulmalar vücut ağırlığını etkileyerek enerji alımı ve harcaması arasındaki dengeyi değiştirerek obeziteye neden olmaktadır (Erge, 2003).

Obezite oluşumunda etkili olan faktörlere yönelik epidemiyolojik çalışmalar incelendiğinde, biyolojik faktörler, yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum gibi demografik ve sosyo-kültürel faktörlerin yanında beslenme alışkanlıkları, sigara ve alkol tüketimi ile fiziksel aktivite azlığı gibi yaşam biçimi faktörlerinin risk oluşturduğu görülmektedir (Altunkaynak ve Özbek, 2006; SB, 2010; Kayar ve Utku, 2013; Karaçil ve Şanlıer, 2014; Tedik, 2017; TEMD, 2018).

Obeziteye neden olabilen hatalı davranışlardan bazıları (Erge, 2003; TEMD, 2018):

- Aşırı gıda tüketimi,
- Hızlı yemek, büyük lokmalar tüketmek ve az çiğnemek,
- Öğün atlamak ve öğün aralarında yine gıda tüketmek,
- TV izlerken yemek yemek,
- Yemek yerken sohbet etmek ve okumak gibi aktiviteler ile uğraşmak,
- Sıkıntı, depresyon veya stres gibi psikolojik rahatsızlık zamanlarında aşırı yemek,
- Su içmemek veya az sıvı tüketmek,
- İşten geldikten sonra akşam yemeğine kadar atıştırmak ve akşam yemeğinden sonrada yatıncaya kadar sürekli yemek.

Günümüzde obezite oranındaki artışın en önde gelen nedenleri arasında; refah seviyesinin artması, çevresel ve sosyal değişkenler, beslenme şeklinin değişmesi, hazır gıda tüketiminin artması, yüksek yağ ve enerji içerikli besinlerin tüketimin artması, gıda endüstrisindeki büyümeye paralel olarak ürün fiyatlarının düşmesi, iş koşullarının ve eğlence alışkanlıklarının değişmesi, elektronik aygıtlar başında geçirilen sürelerin artışına bağlı olarak fiziksel mobilitenin azalması ile sedanter yaşam davranışlarının artması gösterilmektedir (Uskun vd., 2005; Tedik, 2017).

Obezite genetik, beslenme şekli ve fiziksel aktiviteyi içeren çok faktörlü sebebe bağlı olarak gelişen kronik bir rahatsızlıktır. Obeziteyi tek bir nedene veya belirli bir gıdaya bağlamak, neden olduğu faktörlerin karmaşıklığını dikkate almadan yapılan herhangi bir girişim doğası gereği başarılı olmayacaktır (Fishbein, 2001). Bu nedenler aşağıda kısaca açıklanmaktadır.

2.2.1. Genetik Faktörler

Obezite, kalıtsal, psikolojik, metabolik, hormonal ve çevresel faktörlerin katkıda bulunduğu çok faktörlü bir hastalıktır. Yapılan deneysel çalışmalar ve obez insanlar üzerindeki gözlemler sonucunda bazı obez bireylerde genetik ve ailevi özelliklerin etkinliğinin bulunduğunu göstermektedir (Erkol ve Korshid, 2004). Obezite etiyolojisindeki en önemli faktörlerden birisi ebeveynlerin obez olmasıdır (Sönmez, 2018).

Yapılan çalışmalarda, ebeveynlerden bir ya da ikisinin obez olması, çocuklarda obezite görülme riskini arttırmaktadır. Diğer bir ifadeyle, obez çocukların sıklıkla obez ebeveynlere sahip olduğu görülmektedir (Altunkaynak ve Özbek, 2006). Ayrıca ailesinde obezite hikâyesi olan bireyler için obezite riskinin, yaklaşık olarak iki-üç kat olduğu ifade edilmektedir (Kahraman, 2014).

Karam ve McFarlane (2007)'in çalışmasına göre, her iki ebeveynin obez olması, kalıtsal olarak çocuklarının obez olma ihtimalini %80'e çıkarırken; tek bir ebeveynin obez olması çocuklarının obez olma olasılığını %10'a düşürmektedir.

Genetik faktörünün obeziteye olan etkisini göstermek üzere ikiz ve evlat edinilmiş çocuklar üzerinde yapılan bir çalışmada, çekirdek ailede obezite geçişinin %30-50, evlat edinilmiş çocuklarda %10-30, ikizlerde ise %50-80 oranında etkisi olduğu saptanmıştır.

Her iki ebeveyni obez olan çocuklarda ise obezite görülme olasılığı %80, ebeveynlerden birisi obez olanlarda %40, her iki ebeveyni de obez olmayanlarda ise %7 olarak tespit edilmiştir (Tezcan, 2009; Sönmez, 2018).

Yapılan başka bir çalışmaya göre, araştırmaya katılan obez hastaların %85,7'sinin ailesinde obezite rahatsızlığı olduğu belirlenmiştir. Ailedeki obez bireylerin yakınlık derecesi sorgulanmış ve obez çocuklardan % 85,7'si anne, baba ve kardeşlerinden birinde obezite olduğunu saptanmıştır (Öncü, 2009).

2.2.2. Yaş

Obezite, orta yaş sorunu gibi görünse de, yaşamın herhangi bir döneminde ortaya çıkabilmektedir (İlhan, 2018). Yaşın ilerlemesiyle birlikte fiziksel aktivite durumu ve sonucunda vücudun enerji ihtiyacı azalır. Diğer bir ifadeyle, vücut ağırlığının artması ile yaş arasında pozitif bir ilişki söz konusudur. Önemli bir oranda obez yetişkinlerin çocukluk hatta bebeklik döneminden itibaren obezite oluşumunun başladığı ileri sürülmektedir (Güven, 2014).

Obez yetişkinlerin %30'unun 18 yaşından önce de fazla kilolu olduğu bilinmekte ve ilkökul döneminde obez olanların %25'i, ergenlik döneminin de obez olanların ise %70'inin erişkin yaşlarda da obez olma riskini arttırmaktadır (İlhan, 2018).

Emre ve Öner (2018)'in yapmış olduğu çalışmaya göre yaş ile VKİ karşılaştırıldığında yaş arttıkça obezitenin istatistiksel olarak anlamlı ve orta düzeyde ilişkili olarak arttığı gözlenmiştir. Çayır vd., (2011) çalışmasında da yaş arttıkça obezite görülme sıklığının arttığı bildirilmiştir.

Erkol ve Khorshid (2004)'in yapmış olduğu çalışmaya göre ise obez bireylerin %26,7'sinin obezite başlangıç yaşının 18 yaş ve altı iken, %58,3'ünün 19-35 yaş arası ve %15'inin ise 36 yaş ve üstüdür. Bu sonuçlara göre, 19-35 yaş grubundaki bireylerin yeni bir ortama girme, işe başlama, gebelik, evlenme gibi bireylerde stres yaratan ve obeziteye neden olabilen durumlarla daha fazla karşılaşma olasılığının yüksek olmasına bağlanabilmektedir.

2.2.3. Cinsiyet

Obezite her iki cinsiyet içinde söz konusu olmakla birlikte tüm dünyada obezite prevalansı, kadınlarda daha fazladır. Bunun nedeni olarak kadınların fizyolojik yapısı nedeniyle vücutlarında daha çok yağ depolamalarının etkili olmasıdır (İlhan, 2018; Azizoglu, 2019). Aynı zamanda yaşın ilerlemesiyle birlikte kadınlarda obezite sıklığının erkeklere oranla daha yüksek olduğu görülmektedir (Akbulut, Özmen ve Besler, 2007).

2.2.4. Sosyoekonomik Düzey

Obezite oranı kentlerde köylerden daha yüksektir. Ayrıca obezite, sosyokültürel düzeyi düşük kadınlarda daha yüksek oranda görülürken, erkeklerde bunun tersi durum söz konusudur (Gündüzoğlu, 2008).

Sosyoekonomik düzeyin obeziteye etkisi incelendiğinde, sosyoekonomik düzeyi yüksek olan ailelerin çocukları aşırı beslenme nedeni ile kilo alırken, sosyoekonomik düzeyi düşük olan ailelerin çocukları ise dengesiz beslenmeye bağlı olarak kilo almaktadır (Öncü, 2009).

Diğer bir ifadeyle gelişmekte olan veya az gelişmiş ülkelerde fazla kilo, toplumun daha çok doyma hissini tatmin etmesinden dolayı karbonhidrat açısından zengin olan besinlerin fazla tüketilmesinden, bazı öğünlerde besin tüketilmemesinden, bazı öğünlerde ise aşırı besin tüketiminden yani dengesiz beslenme şeklinden oluşabilmektedir. Gelişmiş ülkelerde ise, düşük sosyoekonomik düzeye sahip, sağlıklı beslenme bilincinin oluşmadığı kesimde; uygun olmayan beslenme tarzının yanı sıra, teknolojinin gelişmesiyle birçok işin makinalarla yapılması sonucu fiziksel aktivitenin ve sedanter yaşam davranışının oluşması kilo alınmasında önemli bir faktördür (Akman, 2019; Azizoglu 2019).

Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans (TURDEP) çalışmasında obezite sıklığının kentsel alanlarda yaşayanlarda (%23,8), kırsaldaki gruptan (%19,6) daha fazla olduğu, aktif meslek gruplarında (%17,3) obezite daha seyrekken, emekli ve ev hanımlarında (%30,7) prevalansı artmıştır. Eğitim düzeyi düşük gruplar (okuryazar olmayan %33,4, yüksekokul mezunu %10) ve dar gelirli gruplarda (asgari ücretin altı %22,6, yüksek gelirli %15,5) obezite prevalansının yüksek olduğu saptanmıştır (Gündüzoğlu, 2008).

Öncü (2009)'nın yapmış olduğu çalışmaya göre orta ve daha yüksek gelirli ailelerin çocuklarında obezite riskini daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bunun nedeni olarak orta ve daha yüksek gelirli ailelerin çocuklarının okula yürümek yerine servisle gitmelerini, daha fazla harçlık alıyor olabileceklerini ve okulda fastfood tarzı yemek tüketimlerinin daha fazla olması olarak düşünülmektedir.

2.2.5. Beslenme Alışkanlıkları

Obezite, kalori alımının harcanan kaloriden çok fazla olması sonucudur (Gündüzoğlu, 2008). Dolayısıyla beslenme şekli obezite görülme olasılığını etkileyecektir. Çünkü tüketilen öğünün sıklığı ve düzeni beden ağırlığını etkilemekte, düzenli ve dengeli beslenen kişilerde daha az obezite görülmektedir (Tezcan, 2009).

Günümüz de obezite oranının artışına katkıda bulunan önemli faktörlerden biri de sağlıksız yiyeceklerin tüketimindeki artıştır. Obeziteye neden olabilen bu sağlıksız yiyeceklerin tipik özellikleri ise (Kessler, 2009; Tomer, 2011):

- Ucuz, uygun, hızlı hazırlanan ve çekici bir şekilde paketlenen,
- Yüksek verimlilikle seri üretime sahip,
- Büyük porsiyonlarda sunulan,
- Kolay tüketilen ve çok fazla çiğneme gerektirmeyen,
- İştahı teşvik eden ve daha fazla yeme isteği sağlayan,
- Hafif, rafine ve tek tip kaliteye sahip,
- Alışkanlık oluşturan,
- Vücudun doyumluk sinyallerini geçersiz kılma eğilimi olması,
- Yoğun kaloriye sahip ve ilave kimyasal tatlar içeren,
- Yoğun ve çekici bir şekilde pazarlanan lezzet artırıcı içeren besinlerdir.

Bireylerin bu tür besinlerle beslenme alışkanlığı kazanması ve bunun artması sonucunda günümüzde yanlış beslenme oranı da artış göstermiştir. Yanlış ve dengesiz beslenmeye bağlı olarak gelişen obeziteye etki eden diğer beslenme faktörleri aşağıdaki gibi sıralanabilmektedir (Uskun vd., 2005; Gündüzoğlu, 2008; Elinder ve Jansson, 2008; Anagür, 2010; Karaçil ve Şanlıel, 2014; İlhan, 2015):

- Aşırı yeme nedeni ile kalori alımının artması,
- Beslenme alışkanlıklarındaki değişiklikler,

- Düzenli yemek yenilmemesi,
- Hızlı yemek yeme alışkanlığı,
- Besinlere ulaşımın kolaylaşması,
- Yenilen yemeklerin porsiyonlarının büyüklüğünün artması,
- Yetersiz sebze ve meyve tüketimi,
- Tüketilen gıdaların kalori yoğunluğu,
- Tatlandırılmış içeceklerin tüketiminin artması,
- Yağ oranı yüksek gıda tüketiminin artması,
- Fast-food beslenme oranının ve alışkanlığının artması,
- Abur cubur denilen gıdaların aşırı tüketilmesi.

Bireylerin beslenme konusundaki bilgisizliği, hatalı besin seçimine, yanlış hazırlanma, pişirme ve saklama yöntemlerini uygulamasına neden olmakta ve beslenme sorunlarının boyutlarının artmasına yol açmaktadır (Azizoğlu, 2009).

2.2.6. Fiziksel Aktivite

Teknolojinin gelişmesiyle birlikte obezite prevalansı artmaktadır. Buna sebep olan faktörler incelendiğinde, makineleşme ile artık insanların yapabileceği işlerin makineler tarafından yapılması, fizik gücünden daha çok beyin gücüne ihtiyaç duyulan işlerin artması sayılabilir. Bunun neticesinde bireylerin hareket alanları azalmakta ve günlük fiziksel hareketleri kısıtlanmaktadır (Uzun, 2014).

Fiziksel aktivite eksikliği obezite gelişiminde önemli bir rol oynamaktadır. Kazanılan enerji ile harcanan enerji uygun bir şekilde dengelenmelidir. Nitekim hareketsiz yaşam tarzı obezite için önemli bir faktördür (Karnik ve Kanedar, 2012).

Sedanter yaşam tarzının bir uzantısı olan, bireylerin içerisinde bulundukları hareketsiz yaşam tarzı obeziteye yol açmaktadır. Obezitenin sebebi olarak görülen hareketsizlik aynı zamanda obezitenin de hareketsizliğe neden olduğu kısır bir döngü haline gelmektedir (Güven, 2014; Uzun, 2014; Yiğit, 2011; Azizoğlu, 2019).

2.2.7. Çevresel Faktörler

Obezite genetik, metabolik, toplumsal, davranışsal ve kültürel etkenlerin etkileşimiyle birlikte gelişen; çok faktörlü multidisipliner bir tedavi yaklaşımını gerektiren karmaşık

bir hastalıktır (Gündüzoğlu, Fadıoğlu ve Yılmaz, 2014). Obeziteye neden olan etkenlerin bir kısmı obeziteye yatkınlık gösteren genetik faktörler iken, bir kısmı da sonradan gelişen çevresel faktörlerdir (Annagür, 2010; Güven, 2014).

Günümüzde obezitenin gelişmesinde kişilerin beslenme alışkanlıkları ve fiziksel aktivitelerinde ki değişiklikler önemli yer tutmaktadır (<https://www.who.int/>, 2021). Obezite gelişimini etkileyen çevresel faktörlerin başında gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde yaygın olarak görülen sedanter yaşam tarzı ile birlikte kolay erişilebilen, kalori ve yağ açısından zengin besinlerle beslenme şeklinin yaygınlığıdır (Azizoğlu, 2019).

2.2.8. Psikolojik Faktörler

Obezitenin oluşumunda etkili olan bir diğer faktör ise bireyin psikolojik durumudur. Yapılan araştırmalarda obez bireylerin psikolojik durumları ile kilo almaları arasında ilişki olduğu belirtilmektedir (Erge, 2003; Gibson, 2006; Özdel vd., 2011; Güven 2014; Değirmenci vd., 2014; Çetintaş, 2016; Mermi, 2018; Şengönül vd., 2019).

Bireylerin öfke, neşe, depresyon, anksiyete gibi psikolojik durumlarına göre yeme davranışları değişiklik göstermektedir. Obez bireylerde çoğunlukla görülen psikolojik yeme bozuklukları; duygusal duruma bağlı yeme, yeme atakları, abartılı yeme ve gece yeme gibidir (Erge, 2003; Güven 2014).

Depresyon, sıkıntı, yorgunluk gibi durumlarda bireylerin yeme miktarında artma; ağrı, korku, gerilim gibi durumlarında ise yeme miktarında azalma olduğu görülmektedir. Bu durum neşe ve üzüntü hallerinin yeme davranışını etkilediğini ve obezite tedavisinde psikolojik faktörlerin göz ardı edilmemesi gerektiğini vurgular niteliktedir (Eren ve Erdi, 2003; Doğan, 2012; Güven, 2014; Çetintaş, 2016).

2.3. Obezitenin Tedavisi

Günümüzde obezite insan sağlığına en çok zarar verdiği saptanmış, beslenme yetersizlikleri ve bulaşıcı hastalıklarla yer değiştirecek kadar yaygınlaşmaktadır. Bunun da ötesinde obezite, diğer kronik ve bulaşıcı olmayan hastalıklar için temel bir risk faktörüdür (WHO, 1997).

Obezitenin oluşmasında, öğün sıklığı, sedanter yaşam, yaş, cinsiyet, genetik etmenler, ilaçlar, endokrin nedenler, eğitim düzeyi, medeni durum, beslenme alışkanlıkları, sigara ve alkol tüketimi ile fiziksel aktivite azlığı, gelir durumu, doğum sayısı, psikolojik nedenler ve sosyo-kültürel nedenler etkili olmaktadır (Akkurt, 2012; Erkol ve Khorshid, 2014; Karaçıl ve Şanlıer, 2014; Tedik, 2017).

Net kilo kaybında bir negatif enerji dengesini hedeflemek için obezite yönetiminin iki temel dayanağı bulunmaktadır. Birincisi enerji alımını azaltmaya, ikincisi ise enerji harcamalarını arttırmaya yöneliktir. Besin, enerji alımında tek kaynak olduğu için besin alımını azaltmak, obezite tedavisinin temel yapı taşıdır (Karam ve McFarlane, 2010; Güven, 2014). Aynı zamanda obezite sıklığını etkileyen etkenlerin belirlenmesi, oluşabilecek sağlık sorunlarının çözümü ve gereken önlemlerin alınması için önemlidir (Tezcan, 2009; Çayır, Atak ve Köse, 2018).

Tıbbi, psikiyatrik ve sosyolojik açıdan çok faktörlü bir durum olan obezitenin (Fishbein, 2001) tedavisinde başarı sağlanabilmesi, bireyin kararlılığını ve tedaviye aktif olarak katılımını gerektiren, zorlu ve süreklilik gerektiren bir süreç olduğu bilinmelidir (Güven, 2014). Aynı zamanda, obezite tedavisine başlamadan önce hasta için hedef belirlemenin motivasyonun sağlanması, hayal kırıklıklarının önlenmesinin yanı sıra tedavinin yarıda bırakılmamasında çok yardımcı olduğu belirtilmektedir (Karam ve McFarlane, 2010).

Obezitenin etiyolojisinde birçok faktörün etkili olması obezitenin önlemesini ve tedavisini kompleks hale getirmektedir (SB, 2010; Güven, 2014; Aktar vd., 2017; Emre ve Öner, 2018; İlhan, 2018). Dolayısıyla genetik, yanlış beslenme şekli, yetersiz fiziksel aktivite gibi çok faktörlü sebebe bağlı olarak gelişen obeziteyi, tek bir nedene veya belirli bir gıdaya bağlayarak, neden olduğu faktörlerin karmaşıklığı dikkate alınmadan yapılan herhangi bir girişim, doğası gereği hem yetersiz kalacak hem de başarısız olacaktır (Fishbein, 2001).

Obezite tedavisi hekim, diyetisyen, psikolog, fizyoterapist, hemşire ve gerekli görüldüğünde diğer konsültan uzmanlardan oluşan bir ekip tarafından düzenlenmeli ve tedavi kişiye özel olarak planlanmalıdır. Tedavi planı yapılırken gerçekçi hedefler belirlenmeli, kişinin sadece şişmanlık derecesi değil, mevcut sağlık durumu, psikolojik

durumu, sosyokültürel yaşantısı, ekonomik özellikleri de dikkate alınmalıdır (Erge, 2003; Çömlekçi, 2011; Baltacı vd., 2015; İlhan, 2018).

Obezite sadece endokrinologlar, gastroenterologlar, nefrologlar ve kardiyologlar için değil aynı zamanda çocuk doktorları ve geriatristler, cerrahlar ve yoğun bakım uzmanları, ortopedistler ve psikologlar, beslenme uzmanları ve spor hekimliği uzmanları gibi sağlık profesyonellerinin birlikte çalışmasını gerektirir. Dolayısıyla, obeziteyi önlemek ve yönetmek multidisipliner bir yaklaşımı gerekli kılmaktadır (Kumsar, Yılmaz ve Olgun, 2011; Çakmak ve Dönmez, 2014; Baltacı vd., 2015; Bischoff vd., 2016; Castelnovo vd., 2017).

Blaz ve Svab (2015)'ın 346 katılımcı ile gerçekleştirmiş olduğu çalışmanın sonuçlarına göre, obezite tedavisinde multidipliner yaklaşımın benimsenmesinin etkili olduğu görülmüştür. Aynı zamanda grup tedavisiyle karşılıklı destek ortamının oluşması, obez hastalar üzerinde değişikliklerin gerçekleşmesi ve sürdürülmesinde büyük öneme sahip olduğu saptanmıştır.

Obezite ile mücadelede Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) başta olmak üzere birçok uluslararası kuruluş, küresel olarak beslenme alışkanlıklarının değiştirilmesi, yeterli ve dengeli beslenmenin alışkanlık hale getirilmesi ve sedanter yaşam tarzının değiştirilerek hareketli yaşam biçiminin benimsenmesini sağlamak açısından çeşitli programlar geliştirmekte; ülkeler tarafından farklı strateji ve eylem planları oluşturulmaktadır (SB, 2010).

2.3.1. Diyet Tedavisi

Obezite önemli halk sağlığı sorunu olan kronik bir rahatsızlıktır. Zayıflama yönünde toplumsal baskıya, tedavi olanaklarındaki artışa ve tedaviye erişimin kolaylaşmasına karşın prevalansı giderek artmaktadır (Hamurcuoğlu vd., 2015).

Obezite tedavisinin kalıcı olması, beslenme alışkanlığının kalıcı bir şekilde değiştirilmesine bağlıdır. Beslenme programı kişiden kişiye farklılık göstereceğinden bireye özgü olarak planlanmalıdır. Uygulanacak diyet tedavisi, hastanın mevcut beslenme alışkanlıklarına göre düzenlenmeli, hasta tarafından kabul edilebilir olmalıdır. Diyet tedavisinde amaç, bireyin beslenme alışkanlığının değiştirilmesiyle birlikte doğru

beslenme alışkanlığı kazandırılması ve uzun dönemde sürdürülmesini sağlamaktır (Merdol, 2003; SB, 2013; İlhan, 2018).

Obezite tedavisinde önemli bir yer tutan diyet tedavisinde başarı sağlanabilmesi için birtakım temel ilkeler bulunmaktadır. Bunlar (Şahin, Şahin ve Yarış, 2014; TEMD, 2018):

- Kişinin yaşına, cinsiyetine, fiziksel aktivite durumuna, yaşam biçimine ve fizyolojik yapısına uygun olarak besin öğelerini belirlemek,
- Kişiye uygun yeterli ve dengeli beslenme biçimini sağlamak,
- Kişiyi yanlış beslenme alışkanlıklarından kurtararak, doğru ve kalıcı beslenme alışkanlıkları kazandırmak,
- Kişiye kazandırılan beslenme alışkanlıklarının kalıcı olmasını ve yaşam boyu sürdürmesini sağlamak,
- Kişinin vücut ağırlığını hedeflenen düzeye indirmek,
- Kişinin hedeflenen vücut ağırlığına ulaştığında onu korumasını sağlamaktır.

Günümüzde obezitenin diyet tedavisinde kullanılan birçok yöntem bulunmakla birlikte zaman içerisinde yeni yöntemlerde çıkmaktadır. Düşük kalorili, çok düşük kalorili, düşük karbonhidratlı, düşük yağlı diyetler gibi yöntemler bunlardan yalnızca bazılarıdır (Akkurt, 2012). Diyetisyenler, kişilerin günlük enerji ihtiyaçlarına göre ideal bir diyet yöntemi önermektedir. Buna göre, ortalama oran kadınlar için 1000-1200 kg/gün, erkekler için ise 1200-1600 kg/gün enerji veren düşük kalori içeren diyetlerdir (Kayar ve Utku, 2013).

Yapılan çalışmalardan yola çıkarak obez bireyler için etkinliği saptanmış olan sağlıklı beslenme önerileri bulunmaktadır. Bunlar aşağıdaki tabloda gösterilmektedir (THSK, 2013; Şahin, Şahin Ve Yarış, 2014; TEMD: 2018):

- Diyetisyen tarafından belirlenen porsiyonlarda besinler tüketilmeli, aşırıya kaçılmamalıdır,
- Sebze ve meyve tüketimi arttırılmalıdır,
- Hazır ve gazlı içecekler yerine taze meyve suları tercih edilmelidir,
- Kızartma yerine haşlama, buharda veya fırında pişirme yöntemleri seçilmelidir,
- Yüksek lif ve protein içeren gıdalar alınmalıdır,
- Aşırı tuz ve şeker tüketimi azaltılmalıdır Gün boyu aktif olunmalıdır,

- Su tüketimi arttırılmalı, günde en az 1,5 -2 litre su tüketilmelidir,
- Hızlı kilo verdiren popüler diyetlerden kaçınılmalı, uzman gözetiminde diyet programı uygulanmalıdır.

2.3.1.1. Sağlıklı Beslenme Alışkanlığı Kazanımı İçin Beslenme Eğitimi

Beslenme eğitiminde başarının sağlanması için kişiye verilen beslenme eğitiminin davranışa yansıyor yansımadığını sık görüşmeler ve yakın takip ile kontrol edilmeli ve bir yaşam tarzı olması sağlanmalıdır (Yılmaz, 2003).

Kilo verme programı kapsamında hastalara verilecek beslenme eğitimleri uyumlu bir ekip çalışmasını gerekli kılmakta ve kişinin beslenme alışkanlığında değişikliğin sağlanması için izlenilmesi gereken adımlar bulunmaktadır. Bunlar (Merdol, 2008);

- Hastanın mevcut beslenme şeklinin, öyküsünün değerlendirilmesi,
- Hastanın beslenme alışkanlığında değişikliğin yapılması gerekliliği konusunda inandırılması,
- Hastanın diyetle uymasının yararları ve uymamasının sakıncalarının belirlenmesi,
- Hastanın beslenme düzeninin değerlendirilmesi ve değişiklik yapılacağı alanların belirlenmesi,
- Hastanın diyetle uymasını güçleştiren durumların belirlenmesi ve çözümlenmesi,
- Tüm sürecin kontrol edilmesi aşamalarından oluşmaktadır.

Yılmaz (2003)'ın 20 obez kadın hasta üzerinde beslenme eğitiminin kilo kaybı üzerindeki etkisini incelediği çalışmasında; her hastaya özgü diyet programı belirlenmesi, günlük besin tüketim kaydı tutulması, yanlış alışkanlıkların ve hataların anlatılıp düzeltilmesi, periyodik zamanlı eğitim verilmesi yolu ile VKİ ve bel-kalça oran değerlerinde anlamlı düşüklükler sağlanmıştır.

Kolcu vd., (2014)'nin gençler üzerinde yaptığı çalışmaya göre ise, obez hastaların diyetisyen seansı alma durumları incelendiğinde; 5 seanslık beslenme danışmanlık desteğinin etkili olduğu görülmüş ve sonraki seanslarda ise sadece ölçüm takiplerinin yapılmasının yeterli olduğu saptanmıştır.

2.3.2. Fiziksel Aktivite

Yürümek, koşmak, yüzmek, bisiklete binmek gibi temel vücut hareketlerini içeren çeşitli spor dalları, dans, egzersiz, oyun ve gün içerisindeki etkinlikler (Ergün vd., 2012), kol ve bacak hareketleri, baş ve gövde hareketleri gibi temel vücut hareketlerinin tümünü ya da bir kısmını içeren çeşitli spor dalları fiziksel etkinlik olarak kabul edilebilirler (Özcan vd., 2012).

Fiziksel aktivite, sağlıklı bir beden için gerekli kas ve kemik gelişimini sağlamaktadır (Erdim, Ergun ve Kuşuoğlu 2014). Obezite ile mücadelede egzersiz kültürü ve alışkanlığının geliştirmesi oldukça önemlidir (Kolcu, Yıldırım ve Uğur, 2015). Özellikle fiziksel aktivite, tüm dünyada prevalansı giderek artmaya devam eden obeziteyi ve obezite nedeniyle gelişen diğer sağlık problemlerinin önlenmesinde kullanılmaktadır (Güven, 2014).

Obez bireylerin yaşam tarzı değişikliğinin sağlanmasında önemli bir yere sahip olan fiziksel aktivite ve egzersizin, başarılı kilo verme programlarında payı büyüktür (Güven, 2014). Aynı zamanda fiziksel aktivite verilen kiloların korunmasında ve yeniden kilo almanın önlenmesi açısından da önemlidir (<https://www.saglikliturkiye.org/>, 2020).

Obezite tedavisinde fiziksel aktivite faaliyetlerinin yapımı bazı farklılıklar içermektedir. Özellikle bireyler tarafından yapılan bu fiziksel aktivitelerin yavaş yapılması önerilmektedir. Rehberlik sağlamak üzere bu konuda yapılması gereken fiziksel aktivitelerin orta yoğunlukta fiziksel egzersizlerden oluşması gerektiği belirtilmektedir. Önerilen bu aktivitelere örnek olarak (Dedeli, 2010; TEMD, 2018; İlhan, 2018);

- 50-60 dk. voleybol,
- 45 dk. futbol,
- 35 dk. hızlı tempo yürüyüş,
- 30 dk. bisiklete binme,
- 20 dk. yüzmek,
- 15 dk. ip atlama
- 45-60 dk. araba yıkama ve 45-60 dk. cam veya yer silme gibi kişisel uğraşlar,
- 30-45 dk. bahçe işi,
- 15 dk. merdiven çıkma gibi egzersizler verilebilir

Hafif tempo ile başlayan egzersiz programları kişinin uyumuna göre egzersizin temposu, süresi, sayısı ve içeriği giderek arttırılmalıdır (Erdim, Ergun ve Kuşuoğlu 2014; İlhan, 2018). Amerikan Spor Hekimliği Koleji'nin önerisine göre tüm erişkinlerin her gün yaklaşık olarak 30 dk. egzersiz yapması gerektiği ifade edilmektedir. Böyle bir aktivite bireye günlük 200 kalori enerji tüketimini sağlamaktadır (Dedeli, 2010).

Klinik çalışmaların ortaya koyduğu sonuçlara göre, artan fiziksel aktivite yalnızca hafif bir kilo kaybı (0.1 kg/hafta) oluşturmaktadır. Bunun yerine diyet tedavisine ek olarak haftada 5 gün boyunca 30 ila 45 dakika boyunca orta şiddette fiziksel aktivite önerilmeli, yoğunluğu ve süresi ise yavaş yavaş arttırılmalıdır. Bu sayede, günlük enerji için 100 ila 200 kalori harcanabilmektedir. Harcanan kalori ise, bireyin vücut ağırlığına ve faaliyet yoğunluğuna bağlı olarak değişmektedir (Karam ve McFarlane, 2010; Babaoğlu ve Hatun, 2002).

Fiziksel aktivite, sağlık açısından kişiye birçok fayda sağlamaktadır. Bunlar (Uzun, 2014);

- Vücudun hastalıklara karşı korunmasını,
- Alınan fazla enerjinin doğal bir şekilde harcanmasını,
- Vücudun yağ oranının azaltılmasını,
- Yağlanmanın getirdiği inaktiviteyi önlemeyi,
- Solunum ve dolaşım sistemlerinin maksimum kapasiteye ulaşmasını ve bu kapasitenin korunmasını,
- Koroner damar hastalıklarının önlenmesini ve koruyucu etkinin arttırılmasını,
- Duruş bozukluklarının giderilmesini,
- Hem sosyalleşme hem de ruhsal sağlık açısından kendini iyi hissetmesini sağlamaktadır.

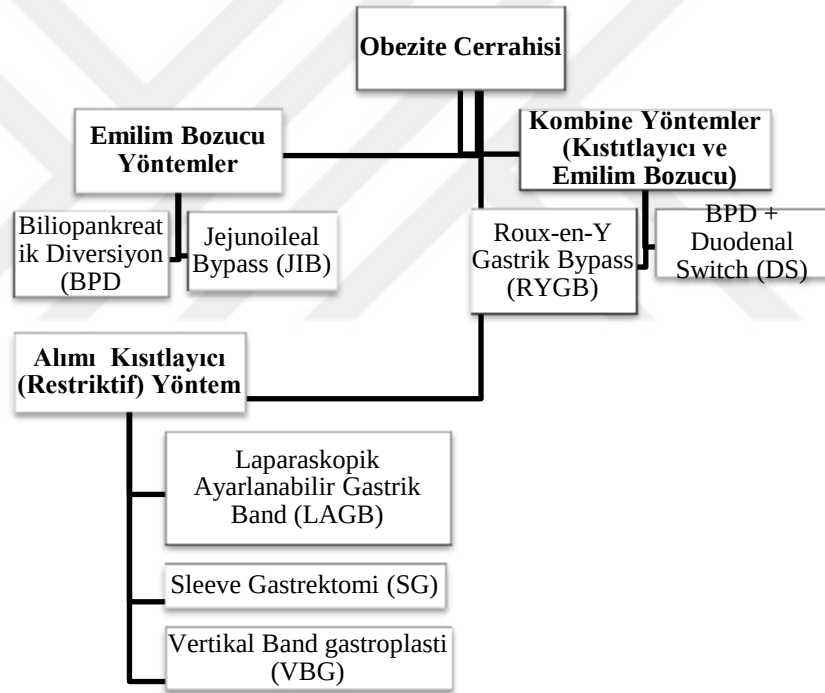
Aynı zamanda fiziksel aktivite, bireylere, stresin azalması, öz bilincin gelişmesi, kişinin beden algısıyla ilgili olumlu düşünceler geliştirmesi gibi yararları da bulunmaktadır (Erge, 2003).

Fiziksel aktivite, obezitenin hem önlenmesi hem de tedavisinde vazgeçilmez bir yöntem olduğu kadar, multidisipliner tedavi kapsamında diğer tedavi öğelerinin de destekleyicisi konumundadır (Güven, 2014). Böylece obez bireylerde sağlanan kilo kaybı, obezite ile ilişkili komplikasyonları azaltarak, sağlığın korunmasını ve yaşam

kalitesini pozitif yönde etkilemektedir. Aynı zamanda, kişinin sağlık ile ilgili harcamalarını da azaltacağı için ekonomik katkılar da sağlamaktadır (TEMD, 2018) .

2.3.3. Cerrahi Tedavi

Ülkemizde ve dünyada giderek yaygın hale gelen bariyatrik cerrahi (Yüksel, 2016), uzun süreli takip ve değerlendirmeden sonra morbit (ölümcül) obezitenin cerrahi tedavi yöntemini oluşturmaktadır. Bariyatrik cerrahi, kişinin fazla kilolarında %50'den fazla azalma ve uzun süreli kalıcı kilo kaybını sağlayabilmektedir (Sağlam ve Güven, 2014). Bariyatrik cerrahi, diyet ve egzersiz gibi diğer obezite tedavi yöntemlerinin başarılı olmadığı durumlarda bir seçenek olarak görülmelidir (Kaçmaz vd., 2013; Akman, 2019).



Şekil 1: Bariyatrik Cerrahi Yöntemleri

Kaynak: Sağlam, F. & Güven, H. (2014). Obezitenin Cerrahi Tedavisi. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 30 (Ek sayı 1), 60-65.

Şekil 1’de gösterildiği gibi obezite cerrahisinde en çok kullanılan yöntemler; emilimi bozucu, alımı kısıtlayıcı ve kombine yöntemler olmak üzere 3 başlık altında toplanmaktadır (Sağlam ve Güven, 2014; TEMD, 2018).

Cerrahi tedavide, obezitenin getirdiği muhtemel riskler ve ilişkili hastalıkların gelişebileceği, (Topuz vd., 2014) gerek cerrahi gerekse de obeziteye bağlı olarak

gelişebilecek riskler, beklenen fayda gibi tedavi süreciyle ilgili hastaya açıklayıcı bir bilgilendirme yapılmalıdır (Sağlam ve Güven, 2014).

Cerrahi tedavi, uzman ve deneyimli obezite cerrahı, dâhiliye uzmanı, endokrinolog, diyetisyen, psikiyatrist, psikolog, fizyoterapist veya fizik tedavi uzmanını içeren multidisipliner bir ekip ile planlanmalı ve yapılmalıdır (Sağlam ve Güven, 2014; Yüksel, 2016). Cerrahi operasyon sonrasında kilo kaybı yaşayan hastaların ulaştıkları kilolarının korunması ve tedavinin başarısı için hastaların tedavi sonrasında diyetine, düzenli fiziksel aktivitesini sürdürmesi gerekir. Hatta bunu bir yaşam biçimi haline getirmelidir (Kaçmaz vd., 2014). Tabi kişilerin sağlaması gereken bu kazanım uzun soluklu bir çabayı gerektirmektedir. Burada kişilerin bu alışkanlıkları kazanması, bu yaşam felsefesine ulaşmasında esastır.

2.3.4. Aile İle İşbirliği

Aile üyeleri, obezitenin tedavisinde bir diğer önemli unsurdur. Çünkü aile bireyleri hem bireyin tedavi kararını hem de tedaviye yönelik önerileri ve gerçekleşecek yaşam tarzı değişikliklerine olan bağlılıklarını etkileyebilmektedir (McGowan, 2019).

Obezite tedavisiyle ilgili gerçekleştirilen girişimlerde ailenin de istekli olması, programlara katılması ve kişiyi desteklemesi başarı oranını arttırmada son derece önemlidir (Ergül ve Kalkım, 2011; Yıldız, Fidancı ve Suluhan, 2015). Ayrıca aile üyelerinin birbirlerini model aldıklarını ve beslenme, yaşam tarzı, aktivite alışkanlıklarını değiştirdikleri belirtilmektedir (Lyon ve Hirschhorn, 2005).

2.3.5. Psikiyatrik Tedavi Yöntemleri

Obezite, psikososyal boyutları da olan bir hastalık olarak görülmektedir (Hamurcu vd., 2015). Obez bireylerin birçoğunda kişilik bozuklukları, düşük benlik saygısı, depresyon ve anksiyete gibi psikolojik problemlerin normal kilolu kişilere oranla daha fazla görüldüğü belirtilmektedir (Eren ve Erdi, 2003; Özdel vd., 2011; Değirmenci vd., 2015; Oğuz vd., 2015; Mermi, 2018).

Obezitenin tedavisinde bilinen tedavi programlarında başarı sağlansa bile uzun vadede başarının sürdürülebilmesi için psikiyatrik tedavinin, obezitenin rutin tedavi programına alınmasının gerekliliği giderek daha fazla dillendirilmektedir. Obezitenin psikiyatrik tedavisi, kilo kaybını sağlayan ve sağlanan kilo kaybının korunmasını belirleyen

yaklaşımlardır (Tezcan, 2009). Dolayısıyla obezitenin tedavisi, çok yönlü bir yaklaşımı gerektirmektedir (Hamurcu vd., 2015).

2.3.5.1. Kişiler Arası İlişkiler Terapisi (KİT)

Kişiler arası ilişkiler terapisi depresyonun psikososyal ve kişilerarası durumlarla açıklanmasını esas alan ve şimdiye odaklanan bir terapi. Bu terapi depresif belirtilere neden olan kişilerarası ilişkiye ilişkin sorunları çözmeye çalışır (Başoğlu ve Buldukoğlu, 2015). Kısıtlı sürede ve kişinin yaşam olaylarına odaklanan kişiler arası ilişkiler terapisi depresyonu medikal bir bozukluk olarak kabul eder.

KİT, hastanın duygu durumunda meydana gelen bozuklukları, güncel kişilerarası ilişki sorunları ile ilişkilendirir ve hastanın güncel kişilerarası ilişki sorunlarını çözümleyebilmek için bireyin sosyal becerileri kazanmasına yardımcı olur (Alkan, 2007). KİT tedavisi, üç aşamada gerçekleştirilmektedir. Bunlar (Başoğlu ve Buldukoğlu, 2015);

- I. İlk aşamada bireyin depresyon belirtileri değerlendirilir, belirtiler ile ilişkilerdeki sorunların ilişkilendirilmesi ve tedavi odağının seçimi yapılır.
- II. İkinci aşamada bütüncül olarak bireyin mevcut sorunlarından birine odaklanılır. Yaş ve sosyal rollerde yaşanan değişiklikler, kişilerarası ilişkilerindeki rol çatışmaları ya da kişilerarası ilişkilerinde yaşadığı yetersizliklerinden birine odaklanılır.
- III. Son aşamada ise, tedavinin bireye kazandırdıkları gözden geçirilir ve hastanın güçlü yanları desteklenir.

Yeme bozukluğu olan hastalarda kişilerarası ilişkilerin önemli bir etken olduğu bilinmektedir. Bu kişilerin yemek yeme davranışı bozukluğunu tetikleyebilir, yakınlaştırabilir ve bu davranışı sürdürmesine neden olabilir (Okumuş ve Deveci, 2019). Aşırı yeme sorunu ile ortaya çıkan obezite sorunu kişinin zayıf sosyal ilişkiler geliştirmesine ve buna bağlı olarak kişinin ruh sağlığının olumsuz etkilenmesine neden olmaktadır. KİT terapileri kişilerin bu durumlarla baş edebilmesine yardımcı olmaya çalışmaktadır (Kraff vd., 2010). Bu doğrultuda bu terapi yöntemi obezite rahatsızlığı olan hastaların çevresiyle olan ilişkilerini geliştirmesi, güçlendirmesi, sosyal destek ağlarını keşfetmesini, ihtiyaç duyduğu sosyal ve duygusal desteği sağlayabilmesi açısından önemlidir.

2.3.5.2. Davranış Değişikliği Tedavisi

Davranış değişikliği oluşturmak obezite tedavisinin temelini temsil eder (Karam ve McFarlane, 2010). Davranışsal yaklaşımların temelinde kişiye disiplin sağlamak bulunur. Bu davranış değişikliğinde ki amaç, obez hastaların yeme alışkanlıklarını, aktivitelerini, düşünme biçimlerini olumlu yönde değiştirmek ve en önemlisi ise düzenli fiziksel aktivite alışkanlığını bireye kazandırmaktır (Babaoğlu ve Hatun, 2002; Kayar ve Utku, 2013; Mermi, 2018).

Kilo vermek amacı ile bir kuruma başvuran hastaya hazır bir diyet listesi vermek ve bu listeye uyup kontrole gelmesini söylemek başarısızlıkla sonuçlanacak bir yöntemdir. Burada amaç hastanın yemek yeme ve fiziksel aktivitesiyle ilişkili alışkanlıklarında farkındalığını ve değişimini sağlamak olmalıdır (Tam ve Çakır, 2012).

Davranış değişikliği tedavisi kısaca üç özellik ile tanımlanabilir. Öncelikle tedavi gören birey için hedefler belirlenir. Ayrıca bireyin amacı bu hedeflere ulaşmak olmalıdır. İkinci olarak tedavi süreci boyunca hastalar hedeflerine ulaşmaları konusunda teşvik edilmelidir. Son olarak hastaların ulaşılması kolay küçük hedeflerden büyük hedeflere doğru ilerlemeleri sağlanmalıdır (Garaulet ve Heredia, 2010).

Obeziteye sebep olan yanlış alışkanlıklardan vazgeçmek ve onların yerine doğru alışkanlıkların kazandırılması zor olduğundan davranış değişikliği tedavisi gerekmektedir. Diyet ve egzersiz tedavisinin yanı sıra yapılan davranış değişikliği tedavisi ile bireylerin yaklaşık %25'i tedavi sonrasında da kilo vermeye devam etmektedir (Erge, 2003).

Obezite tedavisinde davranış değişikliğinin sağlanmasında önemli birtakım hedefler bulunmaktadır. Kişinin uygun olmayan beslenme alışkanlığından vazgeçirmek, beslenme alışkanlıklarını değiştirmek ve olumsuz sonuçlarını gidermek, kişiye uygun beslenme alışkanlığını bir yaşam tarzı haline getirmek (Mercanlıgil, 2008), istenmeyen davranışları istenilen davranışlarla değiştirmek ve pekiştirmek, yaşam boyu sürececek bir yaşam tarzı değişikliği sağlamaktır (Erge, 2003).

Bu hedeflere ulaşmak için kendi kendini gözlemleme, uyaran kontrolü, sosyal destek, pekiştirme ve ödüllendirme stratejileri kullanılmaktadır (Mercanlıgil, 2008; SB, 2010).

Tablo 2: Obezitede Davranışçı Tedavide Kullanılan Teknikler

Teknik	Uygulamalar
Uyaran Kontrolü	Yemeye izin verilen yerlerin sayısını kısıtlamak, yavaş yemek, yemek atlamak değil, lezzetli yiyecekleri opak kaplarda tutmak vb.
Kendini İzleme	Günlük tüketilen gıdaların takibini sağlamak için günlük tutma ve egzersiz takibini yapmaktır.
Pozitif Takviye	Hedeflenen ağırlığa ulaşıldığında yeni kıyafetler almak veya küçük hediyeler ya da ödüllendirmelerdir.
Bilişsel Yeniden Yapılandırma	Olumsuz ve kendini yıkıcı düşünceleri olumlu ve teşvik edici düşüncelerle değiştirmektir.
Tekrarlanmayı Önleme	Hataların belirlenmesi ve bunların nasıl önleneceğinin tanımlanmasıdır.

Kaynak: Garaulet, M. & Heredia, F.P. (2010). Behavioural therapy in the treatment of obesity (11): role of the mediterranean diet. *Nutricion Hospitalaria Journal*, 25 (1), 9-17.

Diyet ve fiziksel egzersizle birlikte uygulanan davranış değişikliği tedavisi ile bireyler haftada 0,5-1 kg arasında kilo kaybı sağlayabilmekte ve bu kaybı yaklaşık olarak 1 yıl kadar koruyabilmektedir (Erge, 2003).

Davranış değişikliğini uzun vadede sürdürebilmek için sosyal desteğin sağlanması gerekmektedir. Sosyal desteği artırmanın en kolay yollarından biri hastanın eşlerinin yanı sıra aile üyelerinin de tedaviye dâhil edilmesidir (Jacob ve Isaac, 2012). Tedavi bireysel veya grup toplantıları şeklinde yapılabilmektedir. Grup toplantılarıyla verilen tedavi bireysel olarak verilen tedaviye göre bireylerin ağırlık kaybetmesinde ve bunu sürdürmesinde daha başarılı oldukları gözlenmiştir. Grup toplantıları sayesinde bireylerin sosyal bağları gelişmekte, birbirlerine destek sağlayabilmekte ve kişisel olarak öğrenimden daha fazla avantaj sağlanabilmektedir (Eker ve Şahin, 2002; Erge, 2003).

Davranışçı yaklaşıma göre, bireyin yeme davranışı besinlerin haz verici nitelikleri ve açlık hissini azaltmaları ile sağlanır. Aşırı yemenin neden olduğu olumsuz sonuçlar, kilo artışının ileride getireceği bedellerle kıyaslandığında tat ve tokluk hissini yarattığı sonuçlara göre daha hafif kalmaktadır (Oğuz vd., 2015).

2.3.5.3. Bilişsel Davranışçı Tedavi (BDT)

Bilişsel davranışçı tedavi, bireyin düşüncelerinin, ne hissettiğinin, nasıl davrandığının, bilişleri ve yaşantısına bağlı olarak gelişen tutum ya da varsayımları üzerinde yapılandırılmış bir terapi şeklidir (Hiçdurmaz ve Öz, 2007; Özcan ve Çelik, 2017).

BDT yöntemi, obezite oluşumunu başlatan ve sürdüren süreçlerin bilişsel olarak kavramsallaştırılması ve değişimin kalıcılığı için gerekli olduğu düşünülen, varsayılan sürdürücü bilişsel ve davranışsal mekanizmaları değiştirmek için kullanılmaktadır (Yücel ve Deveci, 2016; Mermi, 2018). Davranışçı yaklaşıma göre, bireyin yeme davranışı besinlerin haz verici nitelikleri ve açlık hissini azaltmaları ile sağlanır. Aşırı yemenin neden olduğu olumsuz sonuçlar, kilo artışının ileride getireceği bedellerle kıyaslandığında tat ve tokluk hissini yarattığı sonuçlara göre daha hafif kalmaktadır (Oğuz vd., 2015).

BDT iki safhadan meydana gelmektedir. Bunlar (Berk, Yücel ve Deveci, 2016; Mermi, 2018):

- I. Birinci safhada, terapötik amacın sadece kilo kaybının sağlanması değil, aynı zamanda kişisel olarak dikkat çeken başka alanlarda (örneğin bireyin dış görünüşünü iyileştirme arzusu, kendine güven ve öz saygıyı artırma arzusu, ilişkilerin kalitesi, fiziksel zindelik ve daha aktif olma, sağlığını iyileştirme) değişimi sağlamak üzere bilişsel ve davranışsal tedavi ile tedavi süresince yaşanan değişimleri fark etmek, onlara değer vermek ve değiştirilemeyecek şeyleri (örneğin beden oranlarını) kabullenmeyi öğretmektir. Bu safhada önemli olan bireyin kilo kaybının önündeki engellerin yanı sıra beden algısı endişelerini ele almak ve hedeflediği kilo kaybını gerçekçi bir şekilde değerlendirmesi amaçlanmaktadır.
- II. İkinci safhada ise, hastaların etkili kilo kontrolünün sağlanması için gereken davranışsal becerileri ve bilişsel yanıtları edinmelerini ve bunları uygulamalarına yardımcı olmaktır. Bu safhada temel amaç, kilonun sabit tutulması ve onu korumak için hastalara gerekli becerilerin kazandırılmasıdır.

Obezite tedavisine yönelik uygulanan BDT uygulamalarının temeli, bireyde sorunu devam ettiren bilişlerin ele alınması ve bu bilişlerin yerine yeni işlevsel bilişlerin konulmasıdır (Kahraman, Güriz ve Özdel, 2014). BDT, soruna yönelik olarak öncelikle

kişinin şu anki ve gelecekteki durumuna odaklanmakta ve iyi bir terapist-hasta ilişkisini gerekli kılmaktadır (Erol ve Yazıcı, 1999).

2.3.6. Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi (TAT) Yöntemleri

Obezite tedavisinde, bariatrik cerrahi (obezite cerrahisi), diyet tedavisi, fiziksel aktivite uygulamaları, davranış ve yaşam tarzı değişikliği gibi yöntemlere ek olarak, meditasyon, yoga, akupunktur gibi tamamlayıcı ve alternatif tedavi uygulamaları da kullanılmaktadır (Cheng, 2018).

Tamamlayıcı tedavi yöntemleri, kişinin beden ve ruh sağlığını korumaya yönelik olarak, kendisi, ailesi ve çevresi ile uyumlaştırılması, tedaviyi güçlendirici, destekleyici, hastalığın semptomlarını ve/veya tedavinin yan etkilerini azaltıcı, geleneksel tıba paralel olarak ilerleyen, farklı tedavi ve egzersiz tekniklerini kullanan özel tedavi yöntemlerinden oluşmaktadır (Somer ve Vatanoglu-Lutz, 2017; Çakmak ve Nural, 2017; Atan, 2018).

TAT uygulamaları, korku ve kaygıyı azaltmak, analjezi (ağrı kesici etki) sağlamak, yaraların iyileşmesini kolaylaştırmak, bireyin motivasyonunu arttırmak gibi pek çok alanda kullanıldığı bilinmektedir (Ceyhan ve Yiğit, 2016).

TAT uygulamaları içinde akupunktur, bioenerji, özel diyetler, masaj, hidroterapi, terapötik dokunma, hipnoz, ozon tedavisi, oksijen tedavisi, aromaterapi, yoga, meditasyon, termal ve SPA tedavisi, müzikoterapi, elektromanyetik alan tedavileri gibi çok çeşitli TAT yöntemleri bulunmaktadır (Özbece ve Sevensan, 2009; Somer ve Vatanoglu-Lutz, 2017; Biçer ve Balçık, 2019).

Günümüzde ciddi bir halk sağlığı haline gelen, bireyin yaşam kalitesini ve yaşam süresini etkileyen obezitenin tedavisinde TAT uygulamaları obezite hastalarında giderek tercih edilmektedir (Set ve Avşar, 2015; Kılıç vd., 2009).

Tamamlayıcı tedavilerde akupunktur, meditasyon, sanat tedavisi, masaj terapisi, ruhsal tedaviler, yoga, SPA gibi tedavi yöntemleri bilimsel olarak etki ve yararı kanıtlanmış yöntemlerdir (Bilge ve Ögce, 2008; Yıldırım, 2009; Kavaklı, 2010; Set ve Avşar, 2015; Bostancıoğlu ve Kahraman, 2017; Zhang vd., 2018; Kara ve Ünver, 2019).

TAT teknikleri, sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivitenin bir kombinasyonu şeklinde aşırı kilolu ve obez bireylere sunulan tedavi stratejisinde yararlanılabilir destekleyici bir yöntemdir (Esteghamati vd., 2015).

2.3.6.1. Masaj Terapisi

5000 yıllık geçmişe sahip olan masaj 18. yüzyılda başlayıp 20. yüzyılın sonlarında daha sistematik hale gelerek günümüz şeklini almıştır. Masajın etkileri yakın dönemde yapılan kontrollü çalışmalarla araştırılmış ve sistematik derlemeler ile birçok farklı alanda sağladığı yararlar hakkında kanıtlar ortaya konulmuştur (Madenci, 2007; Yeşilyaprak, 2015).

Masaj, sinir ve kas sistemleri ile kan dolaşımının işlevlerini düzeltmek amacıyla belirli bir planlama ve bilimsel ilkelere dayanarak vücut dokularına el ya da özel araçlar kullanılarak yapılmaktadır (Ceyhan ve Yiğit, 2016; Kara ve Ünver, 2019). Uygulanan kişiyi fizyolojik ve psikolojik olarak rahatlatmaktadır (Madenci, 2007).

Masajın vücut üzerindeki doğrudan ve dolaylı etkileri (Baydil, Gürses ve Koç, 2017; Abanoz vd., 2018; Kara ve Ünver, 2019):

- Stres ve anksiyete kontrolü sağlama,
- İyilik hali oluşturma,
- Özgüven duygusunu geliştirme,
- Vücut imajının ve görsel algının gelişimine katkı sağlama,
- Uyku bütünlüğü ve derinliğini sağlayarak uyku kalitesini artırma,
- Hastalıkları tedavi etme,
- Bütünsel olarak değerlendirildiğinde de fiziksel, psikolojik, ruhsal, sosyal açıdan genel sağlığı koruma,
- Kan akımının artırılması,
- Ağrı, ödem, kas spazmı, hareket kısıtlılığının azaltılması,
- Hücrelerin beslenmesini artırma,
- Sinir sisteminin aktivitesini artırma,
- Sindirim işlevlerini daha kolay gerçekleştirilebilir hale getirme,
- Yoğun şiddetteki kas aktivitesi neticesinde oluşarak kasta biriken toksinlerin ve diğer atık ürünlerin uzaklaştırılmasını kolaylaştırma yer alır.

He vd., (2015)'nin 65 yetişkin obez hasta üzerinde gerçekleştirdiği çalışmaya göre, 8 hafta boyunca günde bir kez karın ve refleks bölgelerine uygulanan masaj ile bireylerin vücut ağırlığının $68,54 \pm 10,45$ kg'dan $57,66 \pm 8,63$ kg'a düştüğü gözlenmiştir.

2.3.6.2. SPA&Wellness Hizmeti

Dünyada, kentli nüfusun artması, yoğun iş yükü, stres ve bunlara bağlı olarak gelişen rahatsızlıkların ortaya çıkması, giderek artan obezite oranları kişileri sağlıklarını korumaya ve kendilerini daha iyi hissedecekleri alanlara yönleltmektedir (Kasa, 2013). Obezite, tıbbi, psikiyatrik ve sosyal yönleri içeren çok faktörlü bir durum olması (Fishbein: 2001), bireylerin kendisini ruhsal, bedensel, zihinsel olarak iyi ve dinç hissetmesini sağlayan her türlü sağlıklı yaşam yöntemlerine yönleltmektedir (Baran ve Özoğul, 2019).

Bu kapsamda su ile iyileşme, suyun kullanımından gelen sağlık olarak nitelendirilen SPA hizmetleri, sıcak su havuzu, çeşitli masaj terapileri, hoş koku (aroma) terapileri ile bireye dinlenme ve rahatlama duygularının kazandırıldığı bütünüleyici bir terapi olanağı sağlamaktadır (Dalkıran, 2017; Baran ve Özoğul, 2019).

SPA terapileri kapsamında uygulanan deniz yosunu ile gerçekleştirilen terapi, kişilerin kilo vermelerinde ve vücut formunu geri kazanmasında etkili bir yöntemdir. Ayrıca deniz yosunu terapisi cilt sıkılaştırma, selülit, toksinlerden arınma (detoks), dolaşım bozukluklarının giderilmesi, vücut enerjisinin yeniden dengelenmesi, stres ve depresyonda da fayda sağlanabilmektedir (Turan, 2007).

Wellness ise, beslenme ve kilo verme, fitness, ruh ve beden aktiviteleri, güzellik, anti-aging, koruyucu ve kişileştirilmiş sağlığa kadar geniş bir yelpazeyi içermektedir (Kasa, 2013). Aynı zamanda wellness terapileri, kişilerin alışkanlıklarının olumlu yönde değiştirildiği ve bireye yeni davranışların kazandırıldığı sağlıklı yaşamın bir bütünüleyicisidir (Ergüven, 2011).

Diğer yandan, wellness terapileri, stresin neden olduğu tahribatın en aza indirilmesine de yardımcı olmaktadır. Farklı stres türlerinin (sinir sistemini tahrip eden fiziksel stres, vücudun toksitlenmesine neden olan kimyasal stres ve hormonal değişikliklere neden olan zihinsel stres) etkisinin azaltılmasında etkili bir tedavi yöntemidir (Rančić vd., 2013).

2.3.6.3. Akupunktur Tedavisi

Küresel bir epidemik bir sorun haline gelen obezite mutlaka tedavi edilmesi gereken bir hastalık olduğu için zamanla tedavide birçok yöntem kullanılmaya başlanmıştır. Son yıllarda obezite tedavisinde alternatif bir yaklaşım olarak görülmeye başlanan akupunktur tüm dünyada popüler hale gelmektedir (Yıldırım, 2009). DSÖ'nün belirlediği akupunkturun tedavi edici etkisi olan hastalıklar arasında obezite rahatsızlığı da yer almaktadır (Yıldız, 2013).

Latince kökenli bir kelime olan akupunktur; acus (iğne) ve puncture (batırma) kelimelerinin birleşiminden oluşmaktadır. 4000 yıl öncesine dayanan ve vücudun belirli noktalarını iğneyle uyararak uygulanan tamamlayıcı bir tedavi yöntemidir (Kavaklı, 2010; Çayır ve Gürsoy, 2018; Çelebi vd, 2019). Çin tıbbına göre akupunktur uygulamasının asıl etkisi, holistik (bütüncül) bir anlayışla vücudun kendi kendini iyileştirmesine dayanmaktadır (Kalyon, 2007).

Akupunktur, gövde, boyun, baş, kol ve bacaklar, el ve ayaklar gibi vücudun (Kavaklı, 2010) bazı noktaların farklı tekniklerle uyarılmasını kapsayan bir grup uygulamayı içermektedir (Ceyhan ve Yiğit, 2016). Akupunktur uygulaması ile merkezi sinir sistemi ve plazmada düzeyi yükselen kimyasal maddelerin (endojen opioidler ve enkefalinler) bireylerin ruhsal ve psikolojik durumunu düzenlemede etkili olduğu belirtilmektedir (Cabioğlu ve Ergene, 2003).

Genellikle kulak ve vücut akupunkturun kombin şeklinde uygulandığı obezite tedavisinde; akupunkturun diğer tedavi yöntemleri ile birlikte uygulanması avantajlıdır (Gündüz, 2015). Obezite tedavisinde kişilere verilen psikolojik destek kilo kaybının sağlanmasında yardımcı olabilmek ve bunun yanı sıra akupunktur gibi bir yöntemin de uygulanmasının kilo verme hızını arttıracığı ifade edilmektedir (Çanakçı ve Cebeci, 2017).

Özellikle bireylerin diyet tedavisinde psikolojik olarak hassas olmaları, diyetle uyumu ve sürdürülmesini zorlaştırmaktadır (Corwin ve Grigson 2009; Yıldırım, 2009; Çelebi vd., 2019). Akupunktur tedavisi alan bireyler, kendilerini daha mutlu ve rahat hissettiklerini, açlık ihtiyaçlarının azaldığını, yeme dürtülerinin oluşmadığını ifade etmektedirler (Yıldırım, 2009). Ayrıca akupunktur, gastrointestinal sistemdeki iştah yollarını kapatarak, kişiye tokluk hissi vermektedir (Çanakçı ve Cebeci, 2017).

Obezite tedavisinde akupunkturun etkinliğini saptamak amacıyla yapılan çalışmalar incelendiğinde (Öztaş vd., 2018; Zhang vd., 2018) bu düşünceyi destekler niteliktedir.

Öztaş vd., (2018)'nin yapmış olduğu çalışmaya göre, akupunktur tedavisi uygulanan obez bireylerin ortalama VKİ değeri tedavi öncesi $29,54 \pm 3,99 \text{ kg/m}^2$ 'den tedavi sonrası $27,98 \pm 3,68 \text{ g/m}^2$ 'e düşmüştür.

Zhang vd., (2018)'nin yapmış olduğu çalışmada ise, obezite ile ilgili verilen tedaviler ile akupunkturun kombinasyonu kilo vermede ve VKİ'nin iyileştirilmesinde en etkili yöntem olduğu ifade edilmektedir. Akupunktur, obezite ile başa çıkmada yaşam tarzı değişikliği ile karşılaştırıldığında önemli yararları olduğunu göstermektedir. Hem deneysel hem de klinik veriler, akupunkturun obezite tedavisinde etkinliğini kanıtlamaktadır (Gündüz, 2015; Çanakçı ve Cebeci, 2017; Öztaş, 2018; Zhang vd., 2018).

Kilo vermede etkinliği tüm dünyada kabul gören ve giderek artan bir tedavi yöntemi olan akupunktur; uygulamanın kolay olması, yan etkilerinin az olması, maliyetinin düşük olması gibi önemli avantajlara sahiptir (Gündüz, 2015; Ceyhan ve Yiğit, 2016).

2.3.6.4.Yoga Terapisi

Yaşam tarzı değişikliğinin sağlanmasında faydası olan yoga, obezite ve neden olduğu ilişkili hastalıkların önlenmesi ve tedavisinde yardımcı rol oynamaktadır (Rioux ve Ritenbaugh, 2013).

Yoga zihin, beden ve ruh arasında 'birlik' anlamına gelir. Yoga terapisi belirli bir manevi, psikolojik veya fizyolojik hedefe ulaşmak amacıyla nefes egzersizleri, gevşeme tekniği ve meditasyondan yararlanır. Yoga, hayata dengeli bir yaklaşımla sağlıklı ve canlı bir yaşam tarzı ile ilişkilidir (Kaul, 2018). Obezitenin önlenmesi ve neden olduğu hastalıklar için riskin azaltılmasında, kilo verme de uygun ve potansiyel olarak başarılı bir yaklaşım olarak görünmektedir (Rioux ve Ritenbaugh, 2013).

Yoga terapisi bireylerin yapılan egzersiz yoluyla enerji harcaması, farkındalığı artırarak gıda alımının azaltılmasında yardımcı olması, stresi azaltarak ruh halini iyileştirme, bireylerin vücutlarına bağlılığını arttırmada, tokluk hissi yaratması açısından etkinliği görünmektedir. Bu nedenle yoga, kilo kaybının ve davranış değişikliğinin sağlanması için umut verici görünmektedir (Bernstein vd., 2013).

Yoga terapisinin obez gruplar üzerinde sağladığı faydalar şu şekilde sıralanabilir (Kaul, 2018);

- Yoga, zihin ve davranış üzerinde kontrol sağlamaya yardımcı olarak; bireylerin beslenme alışkanlıklarını kolayca kontrol etmesini sağlar ve yaşam tarzını değiştirmesinde yardımcı olur.
- Yoga terapisi, bireyleri çevik ve zayıf yaparak verimli bir yaşam sürmelerini sağlar.
- Yoga, obez bireylerin fiziksel, duygusal ve zihinsel tüm yönleri üzerinde olumlu bir etkiye sahiptir.
- Yoganın düzenli bir şekilde uygulanması, yaşam tarzı haline getirilmesi obeziteyi azaltır.

Bu açıdan bakıldığında obezite rahatsızlığı olan hastalar için kalori yakımı, dengesiz ve bilinçsiz gıda tüketiminin önüne geçilmesi, stres gibi ruhsal rahatsızlıkların giderilmesiyle ruhsal açıdan iyileşmenin sağlanması, bireylerin kendi vücuduna bağlılığının artırılarak beden saygısını ve benlik saygısını arttırmasında etkili bir tamamlayıcı tedavi yöntemi olabileceği düşünülmektedir. Sonuç olarak, yoga terapileri gerek kişilerin obezite rahatsızlığı sonucunda ortaya çıkan depresyon, anksiyete, stres, endişe, benlik saygısı düşüklüğü gibi psikososyal sorunları üzerinde gerekse de fizyolojik olarak esneklik, çeviklik sağlaması açısından etkili bir yöntem olduğu söylenebilir. Bu açıdan bakıldığında çalışmada sunulan merkez programı kapsamında obez hastalar üzerinde yoga terapisinin yararlar sağlayacağı açıktır.

2.3.6.5. Sanat Terapisi

Obezitenin oluşumunda etkili olan faktörlerden biri de bireyin psikolojik durumunda meydana gelen değişimlerdir (Erge, 2003; Güven 2014). Öfke, neşe, depresyon, anksiyete gibi psikolojik durumlar bireylerin yeme davranışında değişiklik yaratmaktadır (Eren ve Erdi, 2003; Doğan, 2012; Güven, 2014).

Amerikan Sanat Terapisi Derneği sanat terapisini “*aktif sanat yapımı yoluyla, bireylerin yaşamalarını zenginleştiren bütüncül bir ruh sağlığı ve insan hizmetleri mesleği*” şeklinde tanımlamaktadır. Sanat terapisi, bilişsel ve duyuşsal-motor işlevleri geliştirmek, benlik saygısı ve öz farkındalığı teşvik etmek, duyuşsal direnci, içgüdüyü ve sosyal becerileri geliştirmek, çatışmaları ve sıkıntıları azaltmak için kullanılır

(Çelikbaş, 2019). Bilişsel-davranışçı psikoterapiler, tıbbi tedavi, diyetetik ve fiziksel aktivitenin yanı sıra multidisipliner bir hasta-terapötik eğitim yaklaşımını içermektedir (Anzules, Haenni ve Golay, 2007).

Tamamlayıcı ve bütünleyici tıbbın bir biçimi olan tıbbi sanat terapisi, diğer terapi türlerinden farklı olarak hastaların yaratıcılığını ortaya çıkarmaya ve faaliyetle bulunmalarını sağlayarak onları hastalığın varlığından bir süreliğine uzaklaştırmak, yaratıcı etkinlikte bulunmalarıyla kişisel güçlerini tekrar yaşayabilmelerini sağlamaktır (Aydın, 2012; Bostancıoğlu ve Kahraman, 2017). Gerçekleştirilen sanat etkinlikleri, bireyler için oyalanma veya bir hobi aracı değil, terapötik tedavinin bir parçasıdır (Akhan, 2012).

Terapi sanatı, resim, müzik, hareket, dans, tiyatro, sinema gibi farklı uygulama alanlarını içermektedir (Bilge ve Öğce, 2008; Hasgül, 2016).

Yapılan çalışmalarda sanat terapisinin hastalara sağladığı faydalar şu şekilde sıralanmaktadır (Anzules, Haenni ve Golay, 2007; Bilge ve Öğce, 2008; Çoşkun, Yıldız ve Yazıcı, 2010; Bostancıoğlu ve Kahraman, 2017; Demir, 2017);

- Bireylerde olumlu bir gelişme sağlama,
- Hastaların benlik saygısını ve öz bilinçlerini arttırma,
- Kendilerini kontrol altına alma duygularını güçlendirme,
- Fiziksel ve psikolojik deformasyonları azaltma,
- Stresle başa çıkmada destek sağlama,
- Bireyin kendisini fark etmesini sağlama,
- Farkındalığı sağlama ve sosyal becerileri geliştirme,
- Kişiler arası ve diğer duygusal çatışmaları çözmede yardımcı olmasıdır.

İlgili literatür incelendiğinde, obez bireylerde birtakım psikolojik ve toplumsal uyum sorunlarının olduğu bildirilmektedir (Uzun, 2014). Ayrıca düşük benlik saygısı (Akman, 2019), düşük beden algısı (Balcıoğlu ve Başer, 2008), depresyon ve anksiyete (Mermi, 2018), sosyal ortamlarda bulunma fobisi (Eren ve Erdi, 2003), düşük yaşam kalitesi (Değirmenci vd., 2015), olumsuz kişilerarası ilişkileri (Erkol ve Khorshid, 2004) gibi sorunların da obezite nedeniyle ortaya çıktığı belirtilmektedir. Dolayısıyla sanat terapisinin bu sorunların çözümünde destekleyici bir fonksiyon üstleneceği

düşünülmektedir. Bu kapsamda çalışmada obezite tedavisinde etkinliği saptanmış olan sanat terapisi altında müzik ve dans terapisi ele alınmaktadır.

2.3.6.5.1. Müzik Terapisi

Dünya Müzik Terapi Federasyonu müzik terapisini “*bir kişi veya grubun fiziksel, duygusal, zihinsel, sosyal ve kognitif ihtiyaçlarını karşılamak üzere gereksinim duyduğu iletişim, diyalog, ilişki, öğrenme, ifade, mobilizasyon, organizasyon ve bunlarla ilişkili diğer terapötik öğeleri geliştirmek ve artırmak amacıyla planlı bir süreç içerisinde müziğin ve/veya müzikal elemanların (ses, ritim, melodi ve harmoni) eğitilmiş bir müzik terapisti tarafından tasarlanarak kullanılması*” olarak tanımlamaktadır (Aydın, 2005; Birkan, 2014).

Hastayla ilgilenmek, hastalığına çare bulmak manasına gelen müzik terapi (Uçaner ve Jelen, 2015), maliyeti yüksek olmayan, fiziksel, psikolojik, sosyal, emosyonel ve manevi iyileşmede etkin role sahip doğal bir girişimdir (Uyar ve Korhan, 2011).

Müzik terapisinin hastalar üzerindeki etkinliğini kanıtlamak amacıyla yapılan deneysel çalışmalar da (Gençel, 2006; Birkan, 2014; Uçaner ve Jelen, 2015; Bostancıoğlu ve Kahraman, 2017);

- Depresyonun tedavisinde etkililiği,
- Hastaların içsel yaşantılarının açığa çıkarılmasını kolaylaştırması,
- Anksiyeteyi azaltması,
- Hipertansiyonun azalması,
- Sosyal ilişkilerin geliştirilmesi,
- Kendine güvenin yeniden kazandırılması,
- Hastaların yaşam kalitesini arttırması,
- Bireylere güven duygusunun kazandırılması,
- Bedensel sorunları olan bireylerin fiziksel egzersizleri kolaylıkla yapabilmesi gibi kişilere sağladığı faydalar belirtilmektedir.

2.3.6.5.2. Dans Terapisi

Sedanter yaşam tarzının bir uzantısı olan, bireylerin içerisinde bulundukları hareketsiz yaşam (Güven, 2014), fiziksel aktivite eksikliğine yol açmakta ve obezitenin gelişiminde önemli bir rol oynamaktadır (Karnik ve Kanedar, 2012). Obezite aynı

zamanda vücut yağ kitlesinin, yağsız vücut kitlesine oranla artması ile ilişkili olduğundan, egzersiz kültürü ve alışkanlığının geliştirmesi oldukça önemlidir (Kolcu, Yıldırım ve Uğur, 2015; Kılınç ve Gözel, 2018).

Bireyin bedenini ve duygularının bütünleşmesini ve kişinin bedenini kullanarak kendisini ifade etmesini sağlayan dans, duygusal, bilişsel, fiziksel ve sosyal bütünlüğünü güçlendirmek için uygulanan güçlü bir terapötik yöntemdir (Sarıkaya, Ayhan ve Sukut, 2017). Alternatif tedaviler arasında önemli bir yeri olan dans terapisi, kişinin sağlığını koruma ve sürdürmesinin yanı sıra tedavi edici ve onarıcı bir yönü bulunmaktadır (Bilge ve Ögce, 2008). Obezite tedavisinde dans terapisinin etkinliğini saptamak amacıyla yapılan çalışmalar (Shimamoto vd., 1998; Muller-Pinget vd., 2012) bu düşünceyi destekler niteliktedir.

Muler-Pinget vd., (2012)'nin 18 obez hasta üzerinde yapmış olduğu çalışmaya göre, 36 hafta (haftada 2 saat) süren bir dans terapisi programı sonucunda obez bireylerin kaybolan yaşam kalitesi, beden imajı algısı ve kendi vücut bilincinde anlamlı düzeyde iyileşmelerin sağlandığı bildirilmiştir.

Shimamoto vd., (1998)'nin basit seviyeli aerobik dansın obezitede kilo kaybı için yararlı bir egzersiz olduğunu hipotez etmek amacıyla 60 orta yaşlı obez kadın ile yaptığı çalışmada, hastalar iki gruba ayrılmış ve üç aylık diyet programına ek olarak bir gruba koşu/bisiklet binme, diğer gruba ise basit seviyede aerobik dans programı uygulanmıştır. Araştırma sonunda her iki grupta da vücut kütle indeksi ve vücut yağ oranlarında azalma kaydedilmiş ve aerobik dansın kilo kaybetme adına yapılabilecek yararlı bir alternatif egzersiz programı olabileceği saptanmıştır.

TAT uygulamalarının birlikte kullanıldığı bir yaklaşımın tedaviyi daha etkili hale getirilebileceği düşünülmektedir. Örneğin; kilo kaybın sağlanması için akupunktur ile yoganın birleştirilebileceği bütünleştirici yaklaşımlar önerilmektedir. Cheng (2018) yapmış olduğu çalışmada akupunktur ile yoganın birleştirilerek ya da akupunktur ile dans terapisinin birleştirilmesiyle tedavinin daha etkili olacağı ileri sürülmektedir. Yoganın enerji harcanmasını arttırması ve bireyin ruh halini iyileştirmesi yönüyle akupunkturu destekleyici yönüyle; dans terapisiyle akupunkturun kombin tedavisiyle de obez bireylerin kendi beden imajını ve yaşam kalitesini attırabileceği bütünleşik tedaviler önerilmektedir.

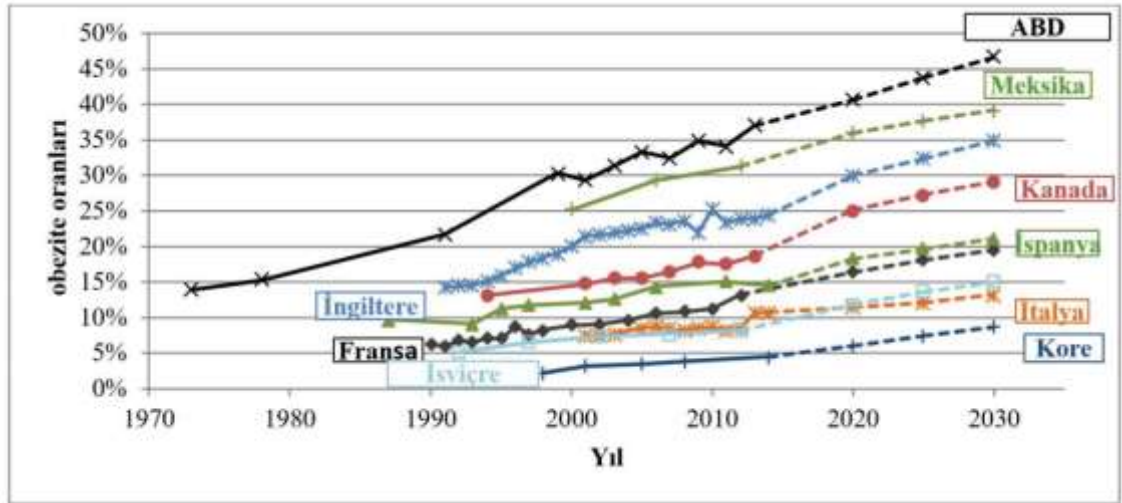
O halde obezite için düşünölen tedavi programlarında bütünleşik tedavilerin uygulanması tedavinin başarısı açısından son derece önemlidir. Yapılacak tedavi planların da multidisipliner bir tedavi yaklaşımının benimsenmesini öneren birçok çalışma bulunmaktadır (Yılmaz, 2003; Gençel, 2006; Şenay, 2007; Bilge ve Öğce, 2008; Ağılönü ve Mengütay, 2009; Kavaklı, 2010; Körökcü ve Kukulu, 2011; Tütöncü, 2013; Gündüz, 2015; Başarangil ve Öztürk, 2017; Bostancıoğlu ve Kahraman, 2017; Kaul, 2018; Zhang vd., 2018; Kara ve Ünver, 2019).

2.4. Obezitenin Önemi

Sağlığı bozabilecek anormal veya aşırı yağ birikimi olarak tanınan obezite, bir zamanlar yüksek gelirli ölkelerin sorunu olarak bilinirken artık günümüzde düşük ve orta gelirli ölkelerde dâhil olmak üzere milyonlarca insanının yaşam kalitesini etkileyen bir hastalık olarak göz ardı edilemeyecek kadar önemlidir (Rönn, 2013). Obezite nedeniyle gelişen birçok kronik hastalık çeşitli oranlarda morbidite ve mortaliteye yol açmakta ve kişinin günlük aktivitelerini engelleyerek, sosyal hayatını kısıtlayarak önemli fiziksel ve psikososyal sonuçları da beraberinde getirmektedir (Balcı, 2013).

Obezite, bugün dünya çapında endişe verici bir halk sağlığı problemi olarak karşımıza çıkmakta ve son yıllarda büyük bir artış göstermektedir (Ettinger, Riley ve Rice, 2018). DSÖ'ne göre dünya çapında obezite 1975'ten bu yana neredeyse 3 kat artış göstermiştir. 2016 yılı verilerine göre 8 yaş ve üstü 1,9 milyardan fazla yetişkin aşırı kilolu ve bunların 650 milyondan fazlası obezdir. 18 yaş ve üstü yetişkinlerin ise % 39'u aşırı kilolu ve % 13'ü obezdir (<https://www.who.int/>, 2019).

Obezite sorununun önümüzdeki yıllarda daha da büyüyeceği tahmin edilmekte olup Şekil 2'de seçilmiş ölkelerin en son verilerine göre gerçekleşen ve 2030'e kadar gerçekleşeceği tahmin edilen obezite oranları verilmiştir (Çukur ve Erdem, 2017).



Şekil 2: Seçili Ülkelerde Yıllara Göre Gerçekleşen (1970-230) ve Tahmini (---) Obezite Oranları

Kaynak: Çukur, A. & Erdem, İ.A. (2017). Obezite vergilerinin obezite ile mücadelede yeri: Türkiye için bir değerlendirme. *Sayıştay Dergisi*, 0(106), 121-146.

TÜİK (2019)'in yapmış olduğu Türkiye Sağlık Araştırması 2019 verilerine göre, 15 yaş ve üstü obez bireylerin oranı 2016 yılında %19,6 iken 2019 yılında bu oran %21,1 olarak belirlenmiştir. Aynı çalışmada kadınların %24,8'nin erkeklerin ise %17,3'nün obez olduğu saptanmıştır.

Sağlık açısından birçok hastalığa da neden olabilen obezite aynı zamanda estetik açıdan da değerlendirildiğinde bireylerde psikolojik rahatsızlığa ve toplumsal uyumsuzluğa yol açabilmektedir. Ayrıca obezite nedeniyle intihar girişimlerinin arttığı öne sürülmektedir (Uzun, 2014). Okul ve iş çevrelerinden reddedilme, sosyal ortamlarda yaşanan zorluklar gibi toplumun obez bireylere karşı gösterdiği reaksiyondan dolayı kişilerde anksiyete, depresyon, suçluluk duygusu, nefret gibi psikomatik tepkimeler gelişebilir (Mermi, 2018).

Birçok fiziksel, emosyonel ve psikososyal sorunlara neden olan obezite, aynı zamanda ekonomik yük getiren akademik ve toplumsal sorunlara yol açmaktadır. Bu sorunların bilinmesi obezite ile mücadelede başarılı olunması için son derece önemlidir (Sağlam ve Güven, 2014; Ergül ve Kalkım, 2011).

2.4.1. Obezitenin Psikososyal Boyutu

Kişinin içinde yaşadığı topluma uyum sağlaması ortaya koyduğu davranışlarla mümkündür. Kişinin sosyalleşme süreci ise çevresindeki insanlarla ilişkileri ve diğer

çevre faktörleri ile yakından ilişkili olup önemli rol oynamaktadır (Alp ve Çamlıyer, 2015). Toplumun ideal beden standardına uymayan obez bireylerin, görünüşleri ile ilgili yapılan olumsuz değerlendirmelerin kişilerin benlik algısı ve benlik saygısı üzerinde olumsuz etkiye sahip olduğu bilinmektedir (Erkol ve Khorshid, 2004).

Obez kişilerin maruz kaldığı önyargılar ve dışlanmalar sonucunda, çalışma yaşamında daha az kalifiye olarak değerlendirilmesi, kişilerarası ilişkilerinin daha sorunlu olması, yapılan iş ayrımcılığı, gıda ve sağlık endüstrisi tarafından sömürülme, hissettiği aşağılık duygusu, kendine olan güvensizliği, çekimserliği onların sosyal yaşamdan izole olmasına sebep olabilmektedir (Myers ve Rosen, 1999; Erkol ve Khorshid, 2004; Tezcan, 2009; Güven, 2014;).

2.4.1.1. Beden Algısı

Global olarak artış gösteren obezite prevalansı, kişinin sahip olduğu beden algısıyla yakından ilişkilidir (Radwan vd., 2019). Beden algısı kavramı ise, kişinin kendi bedenine ilişkin olumlu bilişleri olması şeklinde ifade edilebilmekte ve bireyin üçüncü kişilerin gözüyle kendi vücudunun değerlendirilmesine ilişkin birtakım zihinsel resimler biçimindeki algılarını da içermektedir (Okumuşoğlu, 2017; Hamurcu vd., 2015). Aynı zamanda dinamik bir yapı olan beden algısı, bireyin psikolojik deneyimleri, kişilerarası ilişkileri, kendilik algıları, duygulanım şekilleri ve ruh sağlığı ile ilişkilidir (Cash, 2004; Altınok ve Kara, 2017).

Kişilerin beden algısı olumlu ve olumsuz olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Olumlu beden algısı, kişinin kendi bedeninden hoşnut olmasıdır. Olumsuz beden algısı ise, kişinin bedeninden hoşnut olmayışı, eleştirmesi, utanç duyması ve görünümüyle ilgili kaygı yaşamasıdır (Kara ve Eryılmaz, 2018). Bireyin kilo alma, kilolu olma gibi duygu durumları ve kaygılarını da kapsayan olumsuz beden algısı, zamanla birey için büyük bir sosyal görünüş kaygısına dönüşebilir (Kara, 2016).

Beden algısı alanında yapılan çalışmaların büyük çoğunluğu, beden hoşnutsuzluğunun obez bireylerde daha fazla olduğunu ve büyük çoğunluğunun kilo verme isteğinin bu hoşnutsuzluktan kaynaklandığını göstermektedir. Obez bireyler, kilo vermenin görünüş ve çekiciliği arttıracığını böylelikle kendilerini daha iyi hissedeceklerine inanmaktadırlar (Hamurcu vd., 2015).

Obezitenin tedavisinde beden algısı üzerinde çalışmanın önemli olduğu ileri sürülmektedir. Nitekim yapılan çalışmalar, beden hoşnutsuzluğunun düşük benlik sayısı ve depresyon ile ilişki olduğunu göstermektedir (Tezcan, 2009; Weinberger vd., 2017). Beden hoşnutsuzluğun somut ölçüsü ise aynadan kaçmaktır. Erkol ve Khorshid (2004)'in çalışmasının sonuçlarına göre ise obez bireylerin %6,7'si kendinden nefret ettiğini ve %1,7'sinin ise aynaya bakmak istemediğini belirtmiştir. Çalışmada aynı zamanda obez bireylerin fiziksel görünüşlerini beğenmediklerini göstermekte ve obezite nedeniyle bazı ruhsal sorunlar yaşadıkları belirtilmiştir.

2.4.1.2. Benlik Saygısı

Benlik saygısı, kişinin kendini tanıması ve gerçekçi olarak değerlendirmesi neticesinde kendi yetenek ve güçlerini olduğu gibi kabul etmesi, kendisine karşı duyduğu sevgi, saygı ve güven olarak tanımlanır (Tezcan, 2009; Tözün, 2010; Saygılı vd., 2015; Erbay vd., 2017). Benlik saygısı, bireyin davranışlarını, yaşantılarını, seçimlerini, sosyal ilişkilerini, yaşam doyumunu ve çevresine nasıl davrandığını etkilemekte olup (Yılmaz ve Duy, 2013), kişisel gelişimi ve sosyalleşmesi açısından önemlidir (Saygılı Kesecioğlu ve Kırıktas, 2015).

Bireylerin benlik saygısının seviyesi, onların okul ve işteki başarısını, becerisini, arkadaşlık ve dostluk ilişkilerinin gelişimini, stres ve depresyon ile başa çıkma becerisini etkilemektedir (Özkan, 1994). Yüksek benlik saygısına sahip kişiler, kendine güven, iyimserlik, başarıma isteği gibi olumlu özelliklere sahip (Üstündağ vd., 2007), zor durumlar karşısında daha esnek olabilmekte ve sorunlara karşı etkileyici çözümler geliştirebilmektedir (Tözün, 2010; Hiçdurmaz ve Öz, 2012; Erbaş, Ünlü ve Davarcı, 2015). Kişinin kendisini değersiz, önemsiz, yetersiz görmesi ve çevresindeki kişilerle sürekli kendisini karşılaştırması düşük benlik saygısını göstermektedir (Özkan, 1994; Üstündağ vd., 2007; Altınok ve Kara, 2017).

Yapılan çalışmalara bakıldığında benlik saygısı kişinin bedenine karşı saygısını zedelemekte ve olumsuz duyguların ortaya çıkmasına neden olmaktadır (İlhan, 2018).

Düşük benlik saygısına sahip olan obez bireylerin toplum ve çevresi tarafından bedenine yönelik olumsuz tepkilerle karşılaşması (Akman, 2019), onların kendisine olan özsaygılarının azalmasına ve depresyona açık hale gelmesine neden olabilmektedir (Balcıoğlu ve Başer, 2008). Obez bireylere karşı gösterilen olumsuz sosyal tutumlar,

onların diğer kişilerin kendilerinden tiksindiklerini, küçük gördüklerini düşündürmekte ve olumsuz bir özsaygının gelişmesine yol açmaktadır (Mermi, 2018).

Galletly vd., (1996)'nin 64 kadın obez prevalansı üzerinde 24 haftalık bir programda gerçekleştirdiği araştırmaya göre, program bitiminde kaybedilen kilo ile beraber benlik saygısında artış gözlenmiştir. Değirmenci vd., (2015)'nin yapmış olduğu çalışmanın sonuçlarına göre ise VKİ arttıkça benlik saygısının azaldığı tespit edilmiştir.

Yapılan diğer bir çalışmada ise, obez kadınların obez olmayan kadınlarla karşılaştırılması sonucunda özgüven seviyelerinin önemli ölçüde düşük olduğu gözlenmiştir. Yine aynı çalışmada 13 ila 14 yaş aralığında ki obez çocuklarda akranlarına göre daha düşük benlik yapısına sahip olduğu ve benlik saygısı düşük olan obez çocuklarda düşük motivasyon, üzüntü, yalnızlık hissi ve sinirlilik düzeyinin yüksek olduğu saptanmıştır (Strauss, 2000).

Sonuç olarak, benlik saygısı yüksek olan kişiler, akademik ve mesleki hayatlarında, sosyal ilişkilerinde daha başarılı olurken düşük benlik saygısı olan kişiler de durum tersi olabilmekte ve sosyal uyumsuzluk yaşayabilmektedirler (Yılmaz ve Duy, 2013).

2.4.1.3. Depresyon

Obezitenin oluşumunda etkili olan bir diğer faktör ise bireyin psikolojik durumudur. Nitekim yapılan araştırmalar da bireylerin psikolojik nedenlerin de obeziteye yol açabileceğini ifade etmektedir (Erge, 2003; Güven 2014). Bireylerin öfke, neşe, depresyon, anksiyete gibi psikolojik durumlarına göre yeme davranışının değişiklik göstermektedir (Eren ve Erdi, 2003; Doğan, 2012; Güven, 2014; Akman, 2019).

Stres hali bireyin psikolojik ve fizyolojik mekanizmalarını etkileyerek, fiziksel aktivite sağlıklı beslenme gibi alışkanlıklarını bozarak obezitenin gelişimine neden olabilmektedir. Aynı zamanda kişinin aile içi durumu, çalışma hayatındaki problemler gibi stres kaynaklı durumlarda kişide depresyona yol açarak obezite oluşumunu etkileyebilmektedir (Mermi, 2018). Dünyada 350 milyon insanın depresyondan etkilendiği bilinmekle beraber depresyon ve obezite prevalansının giderek artması önemli bir halk sağlığı sorunu olarak görülmektedir (Çakmur ve Güneş, 2018).

Bireyin aşırı duygusal tepki verme eğilimi olarak tanımlanan depresyon, yalnızlık, karamsarlık, intihar eğilimi, benliğe ilişkin olumsuz duygular, keder, mutsuzluk, ilgi kaybı ve kararsızlık gibi belirti ve davranışları içermektedir (Atınok ve Kara, 2017).

Obez bireylerin, sosyal ortamlarda, iş yaşamında, evliliklerinde ve sosyal ilişkilerinde maruz kaldıkları ayrımcılık, onların benlik saygısının azalmasına ve neticesinde depresyona açık bir hale gelmesine neden olmaktadır. Nitekim depresyon ve obezite arasındaki neden-sonuç ilişkisi tam olarak netliğe kavuşmamıştır. Ancak erişkin bireylerde önce obezitenin ardından depresyonun geliştiği; çocuklarda ise önce depresyonun ardından obezitenin geliştiği bildirilmektedir (Balcıoğlu ve Başer 2008; Uzun, 2014).

Uluslararası alanda obezite ve depresyon ilişkisini incelemek adına yapılan çalışmalar incelendiğinde, obezlerde depresif bozukluklarının yüksek olduğu ve bireyin etnik kökeni, bulunduğu coğrafya, sosyoekonomik durumu, aile yapısı, eğitimi gibi birçok faktörün etkisi olduğu gözlenmiştir (Doruk vd., 2014).

Bireylerin sosyal uyumunu, işlevselliğini, yaşam kalitesini önemli derecede etkileyen depresyon (Başoğlu ve Buldukoğlu, 2015) ile obezite arasında karşılıklı etkileşimin olduğu yapılan çalışmalarda gözlenmiştir (Çakmur ve Güneş, 2018).

Obezite ve depresyon ilişkisini inceleyen çalışmalara bakıldığında, Emre ve Öner (2018)'in çalışmasının sonuçları incelendiğinde, anksiyete düzeyi eşik üstü olanların %88,9'unun, depresyon düzeyi eşik üstü olanların ise %83,3'ünün fazla kilolu ve obez hastalardan oluştuğu bulunmuştur. Ve aynı zamanda poliklinik hastalarında yapılan obezite ve depresyon ilişkisini saptamak amacıyla yaptıkları çalışmada da obez ve kadın hastalarda depresyon riskinin obez olmayanlara oranla yüksek olduğu da saptanmıştır.

Kara ve Eryılmaz (2018)'in çalışmasına göre, obez bireylerde depresyon gelişme riski normal ağırlıkta olan bireylere göre daha yüksek, depresyonlu bireylerde ise obezite gelişme riskinin depresyonu olmayan bireylere göre daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır.

Bireyin düşünce, duygu, davranış biçimlerini olumsuz etkileyen derin üzüntülü duygu durumu olan depresyon ile obezitenin önlenabilir ve yönetilebilir olması, temel sağlık hizmetlerinde, sağlığı koruyup geliştiren ve böylelikle sağlık giderlerini de önemli

oranda azaltan sağlık politikaların planlanmasını zorunlu hale getirmektedir (Çakmur ve Güneş, 2018).

2.4.1.4. Yaşam Kalitesi

Obezite kronik bir hastalık olup bireylerin günlük yaşam aktivitelerini sınırlamakta, sosyal ve psikolojik etkileriyle de beraber yaşam kalitesini doğrudan etkilemektedir (Deveci vd., 2005; Oksel, vd., 2008; Mannucci vd., 2010).

Yaşam kalitesi bireyin kişisel doyumuna bağlı olup (Top, Özden ve Sevim, 2003); ağrı, yorgunluk, uyku ve dinlenme gibi fiziksel yönleri, özgüven, olumlu ve olumsuz duygular, beden imajı ve görünüm algıları gibi psikolojik yönleri, güvenlik, finans, eğlence gibi çevresel ve sosyal değişkenleri içermektedir (Müezzinoğlu, 2005). Diğer bir tanıma göre, kişinin arzularını gerçekleştirme, çeşitli sosyal etkinliklere katılması, yeterli finansal kaynaklara sahip olması ve kişisel gelişim olanaklarından faydalanması olarak ifade edilmektedir (Eriş ve Anıl, 2016).

Obezite rahatsızlığı olan bireylerin yaşam kalitesinin düştüğü ve obezitenin derecesinin arttıkça yaşam kalitesindeki düşüşünde paralel olarak arttığđı bilinmektedir (Değirmenci vd., 2015; Tugay, 2019).

Yapılan araştırmalara göre, obezitenin bireylerin yaşam kalitesini belirgin ölçüde azalttığđını göstermektedir. Kişilerin fiziksel kapasitesinde azalma, eklemlerde ağrı, kişilerarası ilişkilerinde yıpranma, benlik saygısında azalma ve özgüven kaybı, depresyon, sosyal alanlarda etiketlenme, iş bulmada güçlük yaşama, okul ve iş çevrelerinde reddedilme gibi faktörler göz önüne alındığında obez bireylerin yaşam kalitesinin ne kadar düşük olduğu görülmektedir (Gündüzoğlu, Fadıloğlu ve Yılmaz, 2014; Tugay, 2019).

Diğer açıdan bakıldığında obezite tedavisinden fayda sağlayan bireylerde yaşam kalitesinin yükseldiği bildirilmektedir (Değirmenci, 2015).

Sonuç olarak, obezitenin buraya kadar ifade ettiğimiz sosyal boyutu bu konunun önemini ortaya koymakta ve obeziteye ilişkin tedavi planlarında bu boyutu da içeren çözümler üretilmesini gerektirmektedir.

2.4.2. Obezitenin Ekonomik Boyutu

Çağın en önemli sorunlarından biri olarak kabul edilen obezite prevalansı (Ünal, 2016) yalnızca fazla kilo değil, aynı zamanda ciddi ekonomik ve sosyal getirileri olan toplumsal bir problem olup (Çukur ve Erdem, 2016; TEMD, 2018); gelişmiş ve gelişmekte olan ülke ekonomilerine büyük bir mali yük oluşturmaktadır (Tremmel vd., 2014). Obezitenin birçok bireysel, sosyal maliyetlerin yanı sıra ekonomik maliyetleri bulunmaktadır (Çetin, 2007; Çukur ve Erdem, 2016).

Obezite, aynı zamanda ekonomik ve sosyal kalkınmayı da etkileyen önemli bir sağlık problemi olup, sağlık bakım hizmetlerinin arzını ve talebini etkilemektedir (Beyaz ve Koç, 2009).

İnsani Gelişmişlik Raporu'nda yer alan McKinsey Küresel Enstitüsü'nün yapmış olduğu araştırmaya göre, obezitenin küresel maliyeti 2 trilyon doları aştığı bildirilmektedir (Ünal, 2016). Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD) ülkeleri tüm sağlık hizmetleri bütçelerinin ortalama olarak %8,4'ünü önümüzdeki otuz yıl boyunca obezitenin sonuçlarını tedavi etmek için harcayacaklarının ifade etmektedirler (OECD, 2019) .

Toplumsal tamamını ilgilendiren obezite nedeniyle oluşan ekonomik maliyetler, ülkelerin sağlık harcamalarını da paralel olarak arttırmaktadır (Çukur ve Erdem, 2016).

Obezitenin neden olduğu ekonomik maliyetler, doğrudan ve dolaylı maliyetler olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Bunlara ilişkin maliyet oluşturan değişkenler aşağıdaki Tablo 3'de gösterilmektedir.

Tablo 3: Obezitenin Neden Olduğu Doğrudan ve Dolaylı Maliyetler
OBEZİTENİN NEDEN OLDUĞU EKONOMİK MALİYETLER

Doğrudan Maliyetler	Dolaylı Maliyetler
Teşhis ve tedavi (tıbbi) maliyetleri	Yaşam boyu üretkenlik ve gelir kayıpları
Obezite ile ilgili önleyici maliyetler	Obezite kaynaklı erken ölümler
İlaç ücretleri	İşgücündeki verimlilik kayıpları
Hasta bakım maliyetleri	İş yeri kazalarından kaynaklanan maliyetler
Obezite nedeniyle ortaya çıkan ilişkili rahatsızlıkların maliyetleri	Kayıt dışı bakım maliyetleri nedeniyle morbidite maliyetleri
Sağlık personeli (hekim, hemşire ve diğer çalışanları) ve cerrahi müdahale maliyetleri	Bireylerin eğitim ve mesleki fırsatlardan yararlanamaması

Kaynak: Beyaz ve Koç, 2009; Geçerlioğulları, 2014; Adaş ve Mert, 2014; Akar, 2015; Kılıç, Aytaç ve Çakaröz, 2017; Tremmel vd., 2017; Eroğlu ve Koyuncu, 2018; Akman, 2019.

Obezite nedeniyle bireylerin yapmış oldukları tüketim maliyetleri nispeten sağlıklı bireylerin yapmış olduğu harcamalarla kıyaslandığında %25 oranında fazlalık gösterirken; dünya genelinde ülkeler bazında değerlendirildiğinde sağlık harcamaları içerisinde obezitenin %0,7 ile %2,8 arasında bir paya sahip olduğu görülmektedir (Eroğlu ve Koyuncu, 2018). Nitekim obezite için yapılan sağlık harcamaları sigara içenler için yapılan harcamaların düzeyine ulaştığı ifade edilmekte ve gelişmiş ülkelerde toplam sağlık harcamalarının %2 ile %9'unu kapsamaktadır (Beyaz ve Koç, 2009).

Bireylerin katlandığı maliyetlerin dışında hükümetler tarafından obeziteye ilişkin katlanılan maliyetler arasında tedavi maliyetlerinin yanı sıra obeziteyle mücadelede yapılan maliyetler yer almaktadır. Bunlar: bilinçlendirme ve eğitim vb. faaliyetlere yönelik maliyetler, kamu spotu harcamalarından oluşan maliyetler gibi maliyetlerdir (Eroğlu ve Koyuncu, 2018).

Sonuç olarak, ortaya çıkan bu ilave ekonomik yük, konunun önemini gösterir niteliktedir. Ülkelerin ve dünyanın katlandığı ve gelecekte artarak katlanmak zorunda kalacağı bu ekonomik yük, mevcut kaynaklarında kıtlığı dikkate alındığında konunun ivedilikle çözümünü gerektirmektedir. Çalışmamız da çözüm önerisi olarak sunduğumuz obez bireyler için sağlıklı yaşam merkezinin hem ortaya çıkacak bu maliyetleri engellemeyi hem de sağlık turizmi çeşitliği sağlayarak ülkeye bir gelir alanı oluşturması öngörülmektedir.

2.4.3. Obezitenin Sağlık Boyutu

Obezite, birçok hastalığın oluşmasına sebep olabildiği gibi, hastalığın ortaya çıkma riskini ya da hastalığın derecesini arttırabilir (Akman, 2019). Obezite diyabet, hipertansiyon ve kardiyovasküler hastalıkların yanı sıra bazı kanser türleriyle de ilişkili olduğu bilinmektedir (Karam ve McFarlane, 2010; Kayar ve Utku, 2013; Aygün, 2014; Tremmel vd., 2017). Bunun yanı sıra obezite bireyin, endokrin, solunum, gastrointestinal, deri, genitoüriner, kas iskelet sistemini ve deri yapısını olumsuz biçimde etkilemektedir (SB, 2010; Kahraman, Güriz ve Özdel, 2014).

Obezite sadece basit bir fazla problemi değil kişiler için yüksek sağlık riski oluşturan toplumsal bir sağlık sorunu haline gelmiştir. Kalp ve damar hastalıkları, diyabet, kas ve kemik hastalıklarından birçok kanser hastalıklarına yol açtığı klinik olarak saptanmış

önemsenmesi ve tedavi edilmesi gereken ölümcül sonuçları olan bir hastalıktır (Gökbunur, Doğan ve Utkuseven, 2015).

DSÖ'ne göre obezite nedeniyle hayatını kaybedenlerin oranı incelendiğinde, ölüm riskler sıralamasında ilk beşte obezite olduğu ifade edilmektedir. Obezite nedeniyle göğüs ve karın duvarında oluşan aşırı yağlanma, solunum sistemi rahatsızlıklarına neden olmaktadır. Obezite, fazla kilo nedeniyle iskelet sistemini de etkileyerek, diz-kalça ve eklem rahatsızlıklarının prevalansında da artış göstermektedir (Tedik, 2015).

Obezite, vücuttaki tüm organlar, fiziksel yapı ve psikolojik durum üzerinde olumsuz etkiye sahiptir. Bu etkiler ise zamanla obez bireyler için birçok sağlık sorununu ortaya çıkarmaktadır (Tedik, 2017).

Genel olarak obezitenin sebep olduğu sağlık sorunları/risk faktörleri aşağıdaki Tablo 4'de gösterilmektedir.

Tablo 4: Obezitenin Yol Açtığı Hastalıklar

Obezitenin Yol Açtığı Sağlık Sorunları		
• Tip 2 diyabet	• Astım	• Depresyon
• Kalp-damar hastalıkları	• Solunum zorluğu	• Anksiyete
• Serebrovasküler hastalık	• Hiperlipidemi	• Stres
• Çeşitli kanser türleri	• Hipertansiyon	• Duygusal gerginlikler
• Uyku-apne sendromu	• Osteoartrit	• Toplumsal uyumsuzluklar
• Safra kesesi hastalıkları	• İnsülin direnci	• Psiko-sosyal rahatsızlıklar
• Metabolik sendrom	• Karaciğer, kas ve pankreas yağlanması	• Yaşam kalitesinde hissedilen azalma
• Obezite ilişkili tümörler	• Hormonal bozukluklar	

Kaynak: Eker ve Şahin, 2002; Altunkaynak ve Özbek, 2006; Yıldırım, Akyol ve Ersoy, 2008; SB, 2010; Kalan ve Yeşil, 2010; Karam ve McFarlane, 2010; Kayar ve Utku, 2013; Sağlam ve Güven, 2014; Aygün, 2014; Tremmel vd., 2017; Emre ve Öner, 2018.

Obezite, tek başına bir sağlık problemi olmayıp beraberinde birçok sağlık sorununun oluşmasına neden olabilen riskli bir hastalık grubudur. Tedavi edilmesi gerekli olan ve giderek yaygınlaşması nedeniyle de önlenmesine ilişkin çalışmalar gerektiren bir hastalıktır. Tablo 4'de gösterildiği üzere obezitenin sebep olduğu ya da olabileceği potansiyel sağlık sorunları göz önünde bulundurulduğunda, ülkelere önemli bir sosyal ve ekonomik yük getirmektedir. Aynı zamanda, Tablo 4'de görüldüğü gibi obezitenin ortaya çıkardığı doğrudan maliyetlerin yanı sıra ve dolaylı maliyetlerde bu konunun önemini göstermektedir. Dolayısıyla konuya ilişkin üretilecek çözümler önemli faydalar sağlayacaktır. Bu düşünceden hareketle oluşturulmak istenilen sağlıklı yaşam merkezi modelinin önemli ekonomik ve sağlık açısından faydalar yaratacağı öngörülmektedir.

BÖLÜM 3: SAĞLIKLI YAŞAM MERKEZİ

İnsan sağlığını “Sağlıklı ve Uzun Yaşam (Longevity-AntiAging)” felsefesi doğrultusunda doğu ve batı tıbbi anlayışıyla bir bütün olarak ele alarak sağlık hizmeti veren, merkezler/enstitüler dünyada yeni bir trend olarak hızlı bir biçimde yaygınlaşmaktadır. Bu merkezlerden en çok bilinen örnekler ise (Karasu, 2009);

- Anna Aslan Institute (Romanya)
- Institute for Aging and Health (İngiltere)
- One Life Plus (Singapur)
- Costagenics Age Management Institute (Kostarika)
- Hammer AntiAging Medicine Institute (Amerika)
- Ryman Health Care Villages (Avustralya)
- Bumringrad Hospital-Vitallife Center (Bangkok)
- Planet Hospital (Amerika)

Bireylere sağlıklı yaşam biçimi alışkanlığını kazandırmayı hedefleyen “Sağlıklı Yaşam Merkez”lerinin (SYM) genel amaçları ise şu şekildedir (<https://shm.saglik.gov.tr/>, 2020);

- Aile hekimliği hizmetlerini desteklemek ve güçlendirmek (sağlık danışmanlığı, röntgen ve laboratuvar hizmetleri vb.),
- Diyetisyenlik, psikososyal destek, fizyoterapi, çocuk gelişimi hizmetlerine erişimi kolaylaştırmak ve böylelikle hastanelere gereksiz başvuruların önüne geçmek,
- Sigara ve benzeri bağımlılıklarla mücadele etmek,
- Sağlıklı beslenme ve hareketli yaşam tarzını bireylere benimsetmek,
- Hatalı beslenme alışkanlıkları ve obezite ile mücadele ederek toplumun yaşam kalitesini yükseltmek.

Bu amaçlarla hareket eden SYM’inde sağlıklı beslenme kapsamında, diyetisyen eşliğinde bireylere sağlıklı beslenme alışkanlığının kazandırılması için öneriler verilirken; psikolog ve fizyoterapistler tarafından da obezite ile mücadele için psikolojik destek sağlanmakta ve fiziksel aktivite alışkanlığı kazandırılmaya çalışılmaktadır (SHM, 2020).

Sağlıklı Yaşam Merkezi işletmelerinin sahip olması genel özellikler şöyledir (Topsöğüt, 2019):

- Yapı tasarımı açısından, dinlendirici bir atmosfere sahip olmalı ve yatay-seyrek yapılaşma görünümünü sağlanmalı,
- Hem hastalar hem de misafirler için konaklama ve yeme-içme ihtiyaçlarının giderilmesi,
- Tedavi için gerekli olan alan ve teknik donanımlara sahip olmalı,
- Tıbbi bakım, kontrol ve ilgili sağlık konseyinin yer alması,
- Hijyen kontrolünün sağlanması ve olası salgın hastalıkların önlenmesi için gerekli önlemlerin alınması,
- Merkez içerisinde eğlence olanakları, kültürel faaliyetler gibi reaktif uygulamalar,
- Sportif (fitness vs.) ve SPA-Wellness gibi sağlığa faydalı diğer destek aktiviteler
- Uygun ulaşım altyapısına sahip olması (Yaya ve engelli bireylerin rahat ulaşımının sağlanması),
- Uygun altyapıya sahip olması (İçme suyu temini, atık suların ve çöplerin kurallara uygun şekilde imha edilmesi),
- Hava kirliliğinin önlenmesi ve gürültü kontrolünün sağlanması,
- Doğa ve çevrenin korunmasına yönelik uygulamaların olmasıdır.

Sağlıklı yaşam kampüsü işletmelerinin iki türü bulunmaktadır ve genellikle ikisi bir arada hizmet verecek şekilde tasarlanmaktadır. Bunlardan birincisi; hastalara yönelik planlı tedavilerin gerçekleştirildiği medikal hizmetler iken ikincisi; dinlenme, gevşeme ve eğlenme amacına yönelik SPA&Wellness hizmetlerini kapsayan sağlıklı yaşama yönelik tamamlayıcı yaklaşımlardır (Topsöğüt, 2019).

3.1.Sağlıklı Yaşam Kampüsüne Örnek Konseptler

3.1.1.Hogeweyk Demans Köyü

Hollanda’da sakinlerine sağlık hizmeti vermek amacıyla çok işlevli bir bakım köyü olarak 2009 yılında tasarlanan Hogeweyk Demans Köyü, bağımsız ve destekleyici bir ortama sahiptir (Peters ve Verderber, 2016).

Demans dostu bu topluluktaki hasta bakımının temeli iki ilkeye dayanmaktadır. Birincisi, güvenli, insancıl ve tanıdık bir ortam oluşturarak hastaların kendilerini evinde hissetmesini sağlamak, yaşadığı kaygıyı, karışıklığı ve sıklıkla yaşadığı öfkeyi gidermeyi amaçlamak iken ikincisi; kişilerin yapamayacakları şeyler yerine hala yapabileceklerine odaklamak ve herkesi aktif halde tutarak yaşam kalitelerini en üst düzeye çıkarmaktır (Godwin, 2015).

Hollanda'nın Weesp kasabasında 2009 yılında kurulan Hogeweyk Demans Köyü, demans hastalar için hizmet vermek amacıyla onların yaşam biçimine göre uyarlanmıştır. Merkezde hastaların yaşam biçimlerine göre tasarlanmış yedi stilde düzenlenen 23 ev bulunmakta ve her bir ev içerisinde yaklaşık 5-7 hasta yaşamaktadır. Bu merkezin genel özellikleri ve hizmetleri ise şöyledir (Kocaman, 2015):

- Merkez içerisinde dışarıdan giriş-çıkışlar serbestken; hastaların dışarı çıkması yasaktır,
- Süpermarketi, restoranı, postanesi, kuaförü, ibadethanesi, tiyatrosu ve barıyla kasaba dokusuna sahiptir,
- Bakıcılar, hekimler ve hemşireler 24 saat sürekli hizmet vermektedir,
- Evlerin kapıları kilitlenmemekte, hastalar mevcut alanda serbestçe dolaşabilmektedir,
- Hastalar kendi alışverişini kendileri yapmakta ve yemeklerini pişirebilmekte ve bu etkinlikler sırasında bakıcılar yardımcı olmaktadır,
- Gerçek hayata adapte bir şekilde hastalara hizmet verilmektedir.



Şekil 3: Hogeweyk Demans Köyü'nden Bir Görüntü

Kaynak: Peters, T. & Verderber, S. (2016). Territories of engagement in the design of ecohumanist healthcare environments. *Health Environments Research & Design Journal*, 10(2), 107-123.

Demans Köyü, ileri ve ciddi evre demans tanısı konulmuş bireyler için yüksek kaliteli bakım hizmeti sunulmaktadır. Hogeweyk Demans Köyü Hollanda'da yer alan tek demans köyü olması özelliği ile içerisinde yaklaşık olarak 250 kişiye hizmet vermektedir (Widén ve Haseltine, 2016).

3.1.2. Diyabet Yaşam Köyü

Türkiye Diyabet Vakfı'nın (TDV) koordinatörlüğünde İstanbul Şile Doğancılar Köyü'nde deniz kenarında kurulan Diyabet Yaşam Köyü, ülkemizdeki 7 milyon çocuk, genç ve yetişkin diyabetliye yaşam desteği sağlamayı amaçlamaktadır. Dünya standartlarına sahip bakım, tedavi ve eğitim köyü özelliğine sahiptir (TDV, 2016).

Tatil Köyü konseptinde geliştirilen bu proje 3900 m² inşaat alanın ve 3745 m² sosyal altyapı alanına (havuz, spor tesisleri, otopark, açık hava tiyatrosu ve peyzaj) sahip olup, 6 bloktan oluşmaktadır (<https://www.turkdiab.org/>, 2020).

Diyabet Yaşam Köyü bünyesinde yer alan hizmetler ise şöyledir (TDV, 2016);

- 50-70 kişilik toplantı odalarından oluşan eğitim kompleksi,
- Diyabetlilere özel; sağlıklı beslenme kurallarına uygun yemekler hazırlayan restoran,

- Olimpik yüzme havuzu,
- Tenis ve basketbol sahaları,
- Açık hava tiyatrosu,
- Özel plaj şeklindedir.

Diyabetli hastalar kampüs programı içerisinde uzman hekim, hemşire, psikolog ve fizyoterapistten oluşan bütüncül bir sağlık ekibiyle birlikte tatil köyü konsepti kapsamında birlikte zaman geçirecek; diyetisyen eşliğinde diyabetik beslenmeye uygun yemeklerin pişirildiği restoranda besleneceklerdir (TDV, 2016).

Kampüs programı kapsamında her gün, sabah ve akşam uzmanlar tarafından bireylere eğitim verilecektir. Her diyabetli bireyin, kendi kan şekerini ve diyabeti kontrol edebilme becerisini, insülin uygulama tekniğini ve öz bakım bilgilerini geliştirebilmesi için interaktif çalışmalar düzenlenecektir. Aynı zamanda bireyler spor faaliyetleri ve tiyatro gibi eğlence programlarına katılabilecektir (TDV, 2016).

Diyabet Yaşam Köyü, yılda yaklaşık 5000 diyabetli hastaya konaklamalı hizmet verecek ve yılın belirli zamanlarında sağlık turizmi kapsamında farklı ülkelerden diyabetli hastaları misafir edecektir (TDV, 2016).

3.1.3. Acıbadem Çocuk Obezlere Yönelik Kamp Programı

Eğitim ve sosyal aktivite merkezi olan Acıbademköy tesislerinde, çocuk endokrinoloji polikliniğine obezite rahatsızlığı sebebiyle başvuruda bulunan 16 çocuk ile birlikte; doktor, diyetisyen, psikolog, spor öğretmeni, hemşire eşliğinde 14 gün süre ile kamp programı gerçekleştirilmiştir. Bu kamp programının amacı, Türkiye’de ilk kez gerçekleştirilen bu obezite kampının etkinliğini saptamaktır (Benzeş vd., 2007).

Kamp programı kapsamında bireylere bir gün içerisinde diyetisyen eşliğinde 3 ara 3 ana öğün verilmiş, spor eğitmeni tarafından ise sabah ve akşam 1’er saat egzersiz uygulaması yapılmıştır. Ayrıca bir psikolog tarafından çocuklara haftada 3 gün 2’şer saat, ailelere ise 1’er saat eğitim ve grup çalışması yapılmıştır. Çocuklar psikolog tarafından kişilik sorunu olanlar, aile ve çevre alışkanlığı olanlar ve genetik ve diyabet sorunu olanlar olmak üzere 3 gruba ayrılmıştır. Gruptakilere sırasıyla grup ve bireysel terapi, eğitim görüşmeleri yapılmıştır. Bunların yanı sıra hastalardan 8’i kamp sonrası 6 ay, diğer 8’i ise 3 ay boyunca 15 günde bir doktor ve diyetisyen kontrolüne

gelmişlerdir. Kamp öncesi ve sonrası çocuk hastaların laboratuvar değerleri, boy ve kilo ölçümleri düzenli olarak takip edilmiştir (Benzeş vd., 2007).

Ayrıca kamp süresince uzman ekip tarafından, birçok konuda eğitim seminerleri verilmiştir. Özellikle ailelerin tutumu ve bilgisi önem kazandığı için ailelere de dengeli beslenme ile ilgili eğitimler verilmiştir. Kampın ev ortamından uzak olması, ailelerinden soyutlanmış olmaları, abur cuburu önlemiş, grup çalışması ise motivasyonu artırmıştır. Düzenli aktivite ile metabolizma hızları artarak daha kolay zayıflamalarını sağlamıştır (Benzeş vd., 2007).

Gerçekleştirilen kamp öncesi ve sonrası çocukların durumlarını değerlendirmek amacıyla demografik bilgiler, beslenme, davranış değerlendirme bölümlerinden oluşan 35 sorunun yer aldığı bir anket uygulaması yapılmıştır. Yapılan analiz sonuçlarına göre, ilk haftada kilo kaybı ortalama (3,5-5 kg) sonundaki kilo kaybı ise (2,1-6,5 kg) olmuştur. Tedavi de amaç, hayat boyu kilo kontrolünün sağlanması, dengeli beslenme ve sporun yaşam biçimi haline getirilmesidir. Multidisipliner ekip çalışması, ailelerin tedavi programıyla işbirliği içerisinde olması ve çocukların programa uymada istekli olmaları verim sağlanmasında etkili olmaktadır (Benzeş vd., 2007).

Bu kamp programı, daha geniş kapsamlı ve uzun süreli bir yaşam merkezinin oluşturulmasının sağlayacağı faydaları somut olarak göstermesi açısından önemlidir. Bu düşünceden hareketle sağlık turizmi kapsamında obez hastalara yönelik bir yaşam merkezi planlanmasının gerek sağlık turizmi gerekse de sosyal ve ekonomik faydalarının olacağı düşünülmektedir.

BÖLÜM 4: ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Bu bölümde araştırmanın yöntemine ilişkin bilgiler yer almaktadır. Araştırmanın amacı ve önemi, sınırlılıkları, evren ve örnekleme, veri toplama yöntemi veri toplama süreci ve analizi bu başlık altında yer almaktadır.

4.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Çalışmanın amacı, sağlık turizmi kapsamında obez hastalara yönelik bir sağlıklı yaşam merkezi modeli önerisi sunmaktır. Günümüzde hem dünya da hem de ülkemizde çok yaygın bir şekilde görülmekte olan obezite (Rönn, 2013; Çukur ve Erdem, 2017; Ettinger, Riley ve Rice, 2018), bireyi fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan etkilemektedir (Erge, 2003; Balcı, 2013; Uzun, 2014; Ergül ve Kalkım, 2011). Obezite, hormonal, genetik, çevresel, sosyal, davranışsal, kültürel, psikolojik ve metabolik faktörlerin kompleks etkisine bağlı olarak gelişen bir rahatsızlık olmasından dolayı (Erkol ve Korshid, 2004; Altunkaynak ve Özbek, 2006; Karaçıl ve Şanlıer, 2014; Tedik, 2017) tedavisinde multidipliner ve destekleyici tedavi hizmetleri ile birlikte kombine bir tedaviyi gerektirmektedir (Kumsar, Yılmaz ve Olgun, 2011; Güven, 2014; Çakmak ve Dönmez, 2014; Baltacı vd., 2015; Bischoff vd., 2016; Castelnovo vd., 2017; İlhan, 2018; Emre ve Öner, 2018). Bu doğrultuda oluşturulacak “Sağlık Turizmi Kapsamında Obez Hastalara Yönelik Bir Sağlıklı Yaşam Merkezi Modeli” içerisinde bilinen tıbbi uygulamalarla birlikte kullanılan tamamlayıcı ve destekleyici yöntemler ile (Kılıç vd., 2009; Karam ve McFarlane, 2010; SB, 2013; Yıldız, 2013; Güven, 2014; Kahraman, Güriz ve Özdel, 2014; Set ve Aşar, 2015; İlhan, 2018) obez bireylerin yaşam kalitelerini yükseltmek (Deveci vd., 2005; Oksel vd., 2008; Mannucci vd., 2010) ve hem bireylere hem de ailelerine yeni bir yaşam biçimi kazandırmak amacı taşımaktadır.

Özellikle bu model içerisinde hastaların sağlıklı kilo vermelerini sağlamanın yanında obezite nedeniyle ortaya çıkan ve obezitenin geri dönmesine neden olan bazı olumsuzlukların giderilmesine yönelik kapsamlı bir terapi modeli oluşturulması düşünülmektedir. Böylece bu model ile yalnızlık hissini azaltmak, benlik saygısını yükseltmek, depresyon ve stres gibi psikolojik rahatsızlıklarını gidermenin yanı sıra obezite rahatsızlığı olan hastaları sosyal yaşama hazırlamak, toplumdan uzaklaşmalarını engellemek obezite ile mücadele etmesinde bilinçli hareket etmesini ve rahatsızlığın

tekrarlanması durumunda birey olarak baş edebilmesini sağlamak, yaşam kalitelerini yükseltmek ve onlara yeni bir yaşam biçimi alışkanlığının kazandırılması amaçlanmaktadır.

Obezite ve obezite ilişkili hastalıklar ülke ekonomilerine büyük bir mali yük getirmektedir (Ergül ve Kalkım, 2011; Ünal, 2016; Tedik, 2017). Günümüzde dünyada ve ülkemizde obezite eğilimlerinin arttığı belirtilmektedir (Rönn, 2013; Çukur ve Erdem, 2017; Ettinger, Riley ve Rice, 2018). Dolayısıyla önemli sağlık sorunları yaratacak olan obezitenin tedavisi ile büyük boyutlarda ekonomik (Adaş ve Mert, 2014; Tremmel vd., 2014; Çukur ve Erdem, 2016) ve sosyal avantajlar (Balcıoğlu ve Başer 2008; Uzun, 2014; Alp ve Çamlıyer, 2015) yakalanabilir. Özellikle dünyada ve ülkemizde obezite eğilimlerinin arttığı günümüzde bu konunun anlamlı avantajlar sağlayacağı açıktır. Bu modelin uygulamaya geçirilmesi ile gerek bu tür hastalara hizmet verilerek önemli bir sağlık probleminin ortaya çıkaracağı ekonomik ve sosyal maliyetlerden korunulabilir gerekse de uluslararası sağlık turizm çeşitliği sunarak önemli turizm gelirleri elde edilebilir.

Obez hastalara yönelik oluşturulması planlanan kapsamlı sağlıklı yaşam merkezi modeline benzer bir merkeze rastlanılmaması nedeni ile bu araştırma literatürdeki eksikliğe katkı sağlamak ve merkezin gerekliliğini ortaya koymak açısından önemli olduğu düşünülmektedir. Ayrıca sağlık turizmi çeşitliliği sunması yönüyle de sektöre önemli bir iş fikri olacağı öngörülmektedir. Bu yönüyle de ülke ekonomisine katkı sağlayacak bir fırsat olarak değerlendirilebilir.

4.2. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmadaki sınırlılıkları şu şekilde sıralayabiliriz:

1. Araştırma İstanbul ve Sakarya ili içerisinde obezite tedavisi veren sağlık profesyonelleri ve obezite tedavisi alan hastalar ile sınırlandırılmıştır.
2. Literatür taraması ile elde edilen bilgiler geliştirilen anket formundaki sorular ile sınırlandırılmıştır.
3. Örneklem sayısının sınırlı olmasının nedeni Covid-19'dan dolayı sağlık kuruluşlarına ulaşımın kısıtlı olması, sosyal mesafenin varlığı, kısıtlamalar gibi pandemi şartları nedeniyle az sayıda gönüllü katılımcıya ulaşım sağlanabilmiştir.

4.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Bu araştırma, gerekli etik izin alındıktan sonra 2020-2022 tarihleri arasında İstanbul ve Sakarya ilinde yapılmıştır. Araştırmanın evrenini, İstanbul ve Sakarya ilinde tedavi alan/almaya devam eden obezite rahatsızlığı olan bireyler ve tedavi sunan sağlık profesyonelleri; örneklemini ise yukarıda belirtilen tarihler arasında araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden tedavi alan bireyler (n=190) ve sağlık profesyonelleri (n=46) oluşturmaktadır. Örneklem sayısının sınırlı olmasının nedeni Covid-19'dan dolayı sağlık kuruluşlarına ulaşımın kısıtlı olması, sosyal mesafenin varlığı, kısıtlamalar gibi pandemi şartları nedeniyle az sayıda gönüllü katılımcıya ulaşım sağlanabilmiştir.

4.5. Veri Toplama Yöntemi ve Analizi

Bu çalışma, betimleyici tipte nicel bir araştırmadır. Merkezin program kapsamını ve içeriğini ortaya koymak için ilgili literatür incelemesi yapılmış bunun sonucunda uygulanacak anket geliştirilmiştir (Benzeş vd., 2007; Karasu, 2009; Garaulet ve Heredia, 2010; Muler-Pinget vd., 2012; Yıldız, 2013; Bernstein vd., 2013; Kocaman, 2015; Peters ve Verderber, 2016; TDV, 2016; Abanoz vd., 2018; SB, 2018; Öztaş vd., 2018; Zhang vd., 2018; Topsöğüt, 2019).

Geliştirilen anket iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm katılımcıların sosyo-demografik özelliklerinden oluşmakta, ikinci bölüm ise literatür ışığında belirlenen obezite tedavisi veren mevcut merkezlere ve oluşturulması planlanan sağlıklı yaşam merkezine ait sorular bulunmaktadır.

Anket uygulaması, obezite tedavisi alan/almaya devam eden hastalara ve hizmet sunan sınırlı sayıda sağlık profesyonellerine uygulanmıştır. Bu uygulama ile tedavi alan kişiler perspektifinden obezite tedavisi veren merkezlerin olası özelliklerini ortaya koymak böylece obez hastalar için planlanan sağlıklı yaşam merkezinin kapsamlı bir şekilde özelliklerinin ve gerekliliğinin belirlenmesi amaçlanmaktadır.

Araştırma süresince toplanan veriler SPSS (Statistical Packages for the Social Sciences) Sosyal Bilimler için İstatistik Paketi) programı yardımıyla analiz edilmiştir.

Araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler tablo halinde verilmiştir. Kategorik değişkenler sayı ve yüzde olarak özetlenmiştir.

BÖLÜM 5: BULGULAR VE DEĞERLENDİRME

Bu bölümde araştırmadan elde edilen bulgulara yer verilmiştir. Araştırmaya katılan hasta (n=190) ve sağlık profesyonellerinin (n=46) demografik özelliklerini inceleyen form, obezite tedavisi sunan sağlık kuruluşları ve merkezler ile obez hastalara yönelik planlanan sağlıklı yaşam merkezi modeline yönelik tedavi seçenekleri ve sosyal yaşam olanaklarına ilişkin görüşlerini saptamak amacıyla detaylı bilgi almak için çeşitli sorular yöneltilmiştir. Çalışma kapsamında yöneltilen sorular alan araştırması sonucunda elde edilen verilerden yola çıkılarak oluşturulmuştur. Elde edilen verilerin sayı (n) ve yüzde (%) değerleri kullanılarak katılımcılar tarafından tedavi verilen mevcut kurumlar ile çalışma kapsamında planlanan sağlıklı yaşam merkezine ilişkin görüşleri araştırılmıştır. Daha sonra bazı değişkenler arasındaki bağlantılar araştırılmıştır.

5.1. Katılımcılara İlişkin Tanımlayıcı İstatistik Analizler

Araştırmaya katılan hastalara ait cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, sosyal güvence, çalışma durumu, aile yapısı, anne-baba durumu, fiziksel aktivite yapma durumu, alkol ve sigara kullanım durumu ve ailede obezite öyküsüne ilişkin tanımlayıcı istatistiklere yer verilmiştir. Aynı zamanda araştırmaya katılan sağlık profesyonellerine ait, cinsiyet, uzmanlık alanı, yaş, medeni durum ve eğitim durumuna ilişkin tanımlayıcı istatistiklere yer verilmiştir.

Araştırmaya katılan hastaların demografik değişkenlere göre dağılımı Tablo 5’de gösterilmektedir.

Tabloda görüldüğü gibi araştırmaya 190 hasta katılmıştır. Araştırmaya katılan hastaların %12,6’nı ≤ 25 yaş, %31,1’ini 26-33 yaş, %24,7’sini 34-41 yaş, %21,1’ini 42-50 yaş aralığı ve %10,5’i ≥ 51 yaş grubundakiler oluşturmaktadır. Katılımcıların %65,8’i kadınlardan oluşmaktadır. Katılımcıların medeni durumuna göre %50,0’si evli olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılan katılımcıların %8,9’u ilk ve ortaöğretim, %24,2’si lise, %50,0’i lisans, %16,8’i lisansüstü eğitim düzeylerine sahipken; sosyal güvence değişkeni açısından %93,7’si SGK, %6,3’ü özel sigortaya sahip olduğu saptanmıştır. Katılımcıların gelir düzeylerine göre %34,7’inin gelirinin giderinden az olduğu, %50’sinin gelirinin giderine eşit olduğu, %15,3’ünün gelirinin giderinden fazla olduğu saptanmıştır. Katılımcıların %80,5’i çekirdek aile yapısına sahiptir. Katılımcıların

%17,4'ü fiziksel aktivite yapmadığını, %68,4'ü ara sıra yaptığını, %14,2'sinin ise düzenli olarak fiziksel aktivite yaptığı saptanmıştır. Katılımcıların %60'ı alkol kullanmadığı, %39,5'inin sosyal içici olduğu, %0,5'inin bağımlı olduğu görülürken; sigara kullanım durumuna göre de %50,5'inin sigara kullanmadığı, %49,5'nin ise sigara kullandığı görülmektedir. Aynı zamanda obezitenin oluşmasında etkili olan faktörlerden biri olan genetik yapıya ilişkin katılımcılara ailesinde obezite öyküsünün olup olmadığı sorulmuştur. Katılımcıların %61,6'sının aile de obezite öyküsünün olduğu, %38,4'ünün ise olmadığını belirlenmiştir.

Tablo 5: Hastaların Demografik Özellikleri Açısından Sıklık Dağılımı

		n	%
Cinsiyet	Kadın	125	65,8
	Erkek	65	34,2
	Toplam	190	100,0
Yaş	≤25	24	12,6
	26-33	59	31,1
	34-41	47	24,7
	42-50	40	21,1
	≥51	20	10,5
	Toplam	190	100,0
Medeni Durum	Evli	95	50,0
	Bekâr	95	50,0
	Toplam	190	100,0
Eğitim Durumu	İlköğretim ve Ortaöğretim	17	8,9
	Lise	46	24,2
	Lisans	95	50,0
	Lisansüstü	32	16,8
	Toplam	190	100,0
Sosyal Güvence	SGK	178	93,7
	Özel sigorta	12	6,3
	Toplam	190	100,0
Çalışma Durumu	Çalışıyor	101	53,2
	Çalışmıyor	89	46,8
	Toplam	190	100,0
Ekonomik Durum	Gelir giderden az	66	34,7
	Gelir gidere eşit	95	50,0
	Gelir giderden fazla	29	15,3
	Toplam	190	100,0
Aile Yapısı	Çekirdek aile	153	80,5
	Geniş aile	21	11,1
	Yalnız yaşıyor	16	8,4
	Toplam	190	100,0
Anne-Baba Durumu	Beraber	109	57,4
	Boşanmış	16	8,4
	Anne ex	10	5,3
	Baba ex	35	18,4
	Her ikisi de ex	20	10,5
	Toplam	190	100,0
Fiziksel Aktivite Yapma Durumu	Yapmayan	33	17,4
	Ara sıra yapan	130	68,4

	Düzenli olarak yapan	27	14,2
	Toplam	190	100,0
Alkol Kullanım Durumu	Kullanmayan	114	60,0
	Sosyal içici	75	39,5
	Bağımlılık	1	0,5
	Toplam	190	100,0
Sigara Kullanım Durumu	Kullanmayan	96	50,5
	Kullanan	94	49,5
	Toplam	190	100,0
Hastanın Aile Yapısında Obezite Öyküsüne Ait Veriler	Var	117	61,6
	Yok	73	38,4
	Toplam	190	100,0

Araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinin demografik değişkenlere göre dağılımı ise Tablo 6’da gösterilmektedir. Araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinin %43,5 kadınlardan, %56,5 erkeklerden oluşmaktadır. Araştırmaya katılanların %19,6’sının diyetisyen (n=9), %15,2’sinin uzman hekim (n=7), % 10,9’unun fizyoterapist (n=5), %13,0’nın genel cerrah (n=6), %13,0’nın hemşire (n=6), %13,0’nın spor eğitmeni (n=6) ve %15,2’nin diğer sağlık profesyonellerinden (n=7) oluşmaktadır. Katılımcıların %58,7 ise ≤33 yaş aralığında yer almaktadır. Aynı zamanda katılımcıların %63,0 ise lisansüstü eğitime sahip olduğu saptanmıştır.

Tablo 6: Sağlık Profesyonellerinin Demografik Özellikleri Açısından Sıklık Dağılımı

		n	%
Cinsiyet	Kadın	20	43,5
	Erkek	26	56,5
	Toplam	46	100,0
Uzmanlık Alanı	Diyetisyen	9	19,6
	Fizyoterapist	5	10,9
	Uzman hekim	7	15,2
	Genel cerrah	6	13,0
	Hemşire	6	13,0
	Spor eğitmeni	6	13,0
	Diğer*	7	15,2
	Toplam	46	100,0
Yaş	≤33	27	58,7
	34-41	8	17,4
	≥42	11	23,9
	Toplam	46	100,0
Medeni Durumu	Evli	23	50,0
	Bekâr	23	50,0
	Toplam	46	100,0
Eğitim Durumu	Lise	4	8,7
	Lisans	13	28,3
	Lisansüstü	29	63,0
	Toplam	46	100,0

*: Obezite tedavisi verilen sağlık kuruluşunda çalışan hasta bakıcı, idari departmanlarda çalışan kişiler oluşturmaktadır.

VKİ bulmak için boy ve kilo değişkeninin bilinmesi gereklidir. Tablo 7'ye göre araştırmaya katılan hastaların %24,7'si düşük ve normal kilolu olduğu saptanmıştır. Araştırmaya katılan hastaların %16,8'i preobez, %58,4'nün obez grubunda olduğu görülmektedir.

Tablo 7: Hastaların VKİ'ne Göre Obezitenin Sınıflandırması

Sınıflandırma	n	%
Düşük kilolu (DK)	4	2,1
Normal kilolu (NK)	43	22,6
Preobez (PO)	69	16,8
I. Derece obezite (I.DO)	69	36,3
II. Derece obezite (II. DO)	20	10,5
III. Derece obezite (Morbid obez) (MO)	22	11,6
Toplam	190	100,0

DSÖ'ne Göre Aşırı Kilo ve Obezitenin Sınıflandırılması; DK:<18.50; NK: 18.50-24.99; PO: 25.00-29.99; I.DO: 30.00-34.99; II.DO: 35.00-39.99; MO: ≥40.00.

5.2. Araştırmaya Katılan Hastaların Tedavi Aldıkları Kurumların Özelliklerine İlişkin Görüşleri

Bu bölümde hastaların tedavi aldıkları kurumların mevcut özelliklerini saptamak amacıyla mimari yapı, tıbbi tedavi, fiziksel ve sosyal olanaklarına yönelik yöneltilen soruların sayısı ve yüzde değerleri yer almaktadır.

Tablo 8'de yer alan verilere göre, katılımcıların tedavi aldıkları kurumların %67,4'ünün açık bahçe alanına sahip olduğu, %24,2'sinin kapalı bahçe alanına sahip olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların %91,1'inin kapalı yüzme havuzunun olmadığı, %81,6'sının spor merkezinin olmadığı, %86,3'nün masaj odasının olmadığını belirtirken %88,4'ü de gastronomi mutfağının olmadığını ifade etmiştir.

Tablo 8: Hastaların Tedavi Aldığı Kurumların Mimari Yapısına İlişkin Bilgiler

		Evet	Hayır	Toplam
Açık bahçe alanı	n	128	62	190
	%	67,4	32,6	100,0
Kapalı bahçe alanı	n	46	144	190
	%	24,2	75,8	100,0
Kapalı alan yüzme havuzu	n	17	173	190
	%	8,9	91,1	100,0
Spor merkezi	n	35	155	190
	%	18,4	81,6	100,0
Masaj odası	n	26	164	190
	%	13,7	86,3	100,0
Gastronomi mutfağı	n	22	168	190
	%	11,6	88,4	100,0

Araştırmaya katılan hastaların tedavi aldıkları kurumlarda bulunan hizmet alanlarına ilişkin veriler Tablo 9’da yer almaktadır.

Tablo 9’a göre hastaların büyük çoğunluğu tedavi aldıkları kurumlarda ibadethane (n=130), misafirhane (n=70), market (n=124), ATM (n=121) ve restoran (n=110) bulunduğunu bildirmektedir. Buna karşın hobi bahçesi (n=6), kuaför (n=34) ve kuru temizleme (n=32) birimlerinin ise daha az olduğu tabloda görülmektedir.

Tablo 9: Hastaların Tedavi Aldığı Kurumlarda Bulunan Hizmet Alanları

		Evet	Hayır	Toplam
Misafirhaneler	n	70	120	190
	%	36,8	63,2	100,0
İbadethaneler	n	130	60	190
	%	68,4	31,6	100,0
Hobi atölyeleri	n	30	160	190
	%	15,8	84,2	100,0
Market	n	124	66	190
	%	65,3	34,7	100,0
ATM alanları	n	121	69	190
	%	63,7	36,3	100,0
Kuaför	n	34	156	190
	%	17,9	82,1	100,0
Ekim/biçim bahçesi-hobi bahçesi	n	26	164	190
	%	13,7	86,3	100,0
Eczane destek hizmeti	n	127	63	190
	%	66,8	33,2	100,0
Restoran	n	110	80	190
	%	57,9	42,1	100,0
Kuru temizleme	n	32	158	190
	%	16,8	83,2	100,0

Araştırmaya katılan hastaların tedavi aldığı kurumlarda hizmet veren meslek gruplarına ilişkin veriler Tablo 10’da verilmektedir.

Tablo 10’a göre hastaların tedavi aldığı kurumlarda yer alan uzmanlar arasında büyük çoğunluğunun diyetisyen (n=179), hemşire (n=174), uzman hekim (n=165), psikolog (n=136), endokrin (n=129), kardiyoloji (n=122) ve fizyoterapist (n=110) gibi sağlık profesyonellerinin hizmet almış olduğu kurum içinde bulunduğunu ifade etmektedir. Diğer taraftan yaşam koçu (n=42), spor eğitmeni (n=52) ve nefes terapisti (n=49) gibi uzmanların ise hastaların tedavi aldığı mevcut kurumlarda daha az bulunduğu belirlenmiştir.

Tablo 10: Hastaların Tedavi Aldığı Kurumlarda Hizmet Veren Meslek Grupları

		Evet	Hayır	Toplam
Diyetisyen	n	179	11	190
	%	94,2	5,	100,0
Psikolog	n	136	54	190
	%	71,6	28,4	100,0
Fizyoterapist	n	110	80	190
	%	57,9	42,1	100,0
Genel cerrah	n	147	43	190
	%	77,4	22,6	100,0
Gastroenterolog	n	104	86	190
	%	54,7	45,3	100,0
Uzman hekim	n	165	25	190
	%	86,8	12,2	100,0
Yaşam koçu	n	42	148	190
	%	22,1	77,9	100,0
Spor eğitmeni	n	52	138	190
	%	27,4	72,3	100,0
Hemşire	n	174	16	190
	%	91,6	8,4	100,0
Hasta bakıcısı	n	160	30	190
	%	84,2	15,8	100,0
Masaj terapisti	n	39	151	190
	%	20,5	79,5	100,0
Metabolik uzman	n	91	99	190
	%	47,9	52,1	100,0
Geriatrist	n	55	135	190
	%	28,9	71,1	100,0
Çocuk Psikoloğu	n	54	136	190
	%	28,4	71,6	100,0
Nefes terapisti	n	49	141	190
	%	25,8	74,2	100,0
Halkla ilişkiler koordinatörü	n	100	90	190
	%	52,6	47,4	100,0
Kardiyoloji	n	122	68	190
	%	64,2	35,8	100,0
Endokrin	n	129	61	190
	%	67,9	32,1	100,0

Araştırmaya katılan hastaların tedavi aldığı kurumlarda yer alan fiziksel aktiviteleri tespit etmek amacıyla ilgili değişkenlere ait veriler Tablo 11’de yer verilmektedir.

Tablo 11’e göre araştırmaya katılan hastaların %43,2’si tedavi aldıkları kurumlarda tempolu yürüyüş aktivitesinin uygulandığını ifade etmektedir. Obezite tedavisinde hem hastayı zinde tutmak hem de sosyalleşmesinin sağlanması için yardımcı olacağı düşünülen doğa yürüyüşü aktivitesinin katılımcıların %26,8’i yapıldığını ifade etmiştir. Aynı zamanda hastaları sedanter yaşam tarzından uzaklaştırmak ve kişinin bedenini kullanmasında yardımcı olmasını sağlayacak aerobik/zumba gibi dans uygulamalarını ise katılımcıların %19,5’i tedavi veren kurumlarda yer aldığını ifade etmiştir.

Tablo 11: Hastaların Tedavi Aldığı Kurumlara İlişkin Mevcut Fiziksel Aktiviteler

		Evet	Hayır	Toplam
Orta yoğunlukta (şiddette) aktiviteler	n	56	134	190
	%	29,5	70,5	100,0
Tempolu yürüyüş (15 dakikalık mesafede)	n	82	108	190
	%	43,2	56,8	100,0
Bahçe/ev işleri	n	26	164	190
	%	13,7	86,3	100,0
Bisiklet sürmek	n	35	155	190
	%	18,4	81,6	100,0
Hafif yüzmek ya da havuz etkinliği	n	42	148	190
	%	22,1	77,9	100,0
Yüksek yoğunlukta (şiddette) aktiviteler	n	22	168	190
	%	11,6	88,4	100,0
Futbol/voleybol/masa tenisi basketbol gibi rekabetçi sporlar	n	28	162	190
	%	14,7	85,3	100,0
Koşu yapmak	n	37	153	190
	%	19,5	80,5	100,0
Doğa yürüyüşü	n	51	139	190
	%	26,8	73,2	100,0
Aletli Bisiklet sürmek	n	42	148	190
	%	22,1	77,9	100,0
Aerobik /zumba vs	n	37	153	190
	%	19,5	80,5	100,0

Araştırmaya katılan hastaların tedavi aldığı kurumlarda toksin atılımını arttırmak ve rehabilite etmek amacıyla yapılan destekleyici tedavi programlarına ilişkin elde edilen veriler Tablo 12’de yer almaktadır.

Tablo 12’ye göre hastaların %21,6’sı (n=41) akupunktur ve %21,1’i masaj (n=40) tedavisinin diğer tedavi programlarına göre daha fazla olduğu görülmektedir. Buna göre bu tedavi seçeneklerinin kurumlarda yeterince yaygın olmadığı söylenebilir. Ancak akupunkturun obezite tedavisi dâhilinde kilo verme de yardımcı olmak (Zhang vd. 2018) ve kişiye tokluk hissi vermesi, kişinin kendisini rahat hissetmesini sağlaması açısından yapılan çalışmalarda etkinliğinden söz edilmektedir. Çalışmaya göre hastaların tedavi aldığı mevcut kurumlarda bu tedaviden yararlanıldığı bildirilmektedir. Aynı zamanda masaj tedavisi de kişiyi fizyolojik ve psikolojik açıdan rehabilite etme de olan etkinliğinden söz edilmektedir (Yıldırım, 2009; Çanakçı ve Cebeci, 2017).

Tablo 12: Tedavi Alınan Kurumda Toksin Atılımını Arttırmak ve Rehabilite Etmek Amacıyla Yapılan Destekleyici Tedavi Programlar

		Evet	Hayır	Toplam
Masaj	n	40	150	190
	%	21,1	78,9	100,0
Buhar banyosu	n	30	160	190
	%	15,8	84,2	100,0

Türk hamamı	n	30	160	190
	%	15,8	84,2	100,0
Kızılötesi sauna	n	20	170	190
	%	10,5	89,5	100,0
Kolonhidroterapi	n	17	173	190
	%	8,9	91,1	100,0
Akupunktur	n	41	149	190
	%	21,6	78,4	100,0

Araştırmaya katılan hastaların tedavi aldığı kurumlarda psikolojik destek sağlamak için yapılan uygulamalara ilişkin veriler Tablo 13’de yer verilmektedir.

Tablo 13’e göre psikolojik destek sağlamak amacıyla yapılan uygulamalar stresle mücadele, kişilerarası destek ve benlik saygısını artırmaya yönelik olmak üzere üç başlık altında incelenmektedir. Buna göre araştırmaya katılanların tedavi aldığı kurumlarda stresle mücadele açısından kendini gözlemleme (n=106) uygulamasına daha fazla yer verilirken; meditasyon (n=155), yoga (n=161), sosyal destek sağlama (n=117) uygulamaların yarısından fazlasının verilmediğini ifade etmektedir. Kişilerarası destek uygulamaları açısından bakıldığında, destek grubu toplantılarının oluşturulması (n=144) katılımcıların büyük çoğunluğu tarafından mevcut tedavi veren kurumlarda olmadığını belirlenmiştir. Yapılan çalışmalara göre obezite tedavisinde gerçekleştirilen grup toplantıları hem kişinin kilo vermesinde hem de sürdürebilmesinde yardımcı olmak ve kişilerin sosyal bağlarını güçlendirerek kişinin benlik saygısını ve özgüvenini olumlu yönde etkilediği görülmektedir (Eker ve Şahin, 2002; Erge, 2003; Çanakçı ve Cebeci, 2017). Bizim yapmış olduğumuz çalışmaya göre hastaların tedavi aldığı kurumlarda bu uygulamanın azlığı görülmektedir. Benlik saygısını artırma uygulamalarına bakıldığında ise; hastaların tedavi aldığı kurumlarda sağlık uzmanları tarafından hastalara tedavi süreci boyunca bilgilendirme yapma (n=119) değişkeninin uygulandığını söylemek mümkündür. Fakat grup tartışmaları düzenleme (n=114) uygulamasının azlığından söz edilebilir. Yukarıda da belirtildiği gibi tedaviler kapsamında grup uygulamalarının kişiye kazandırdığı faydalar göz önünde bulundurulduğunda tedavi verilen kurumlarda bu uygulamanın eksikliğinden söz etmek mümkündür.

Tablo 13: Tedavi Alınan Kurumda Psikolojik Destek Sağlamak İçin Yapılan Uygulamalar

		Evet	Hayır	Toplam
Stresle Mücadele	n	77	113	190
	%	40,5	59,5	100,0
Stresle Mücadele Uygulamaları	Meditasyon	n 35 % 18,4	155 81,6	190 100,0
	Yoga	n 29 % 15,3	161 84,7	190 100,0
	Solunum/nefes egzersizi	n 75 % 39,5	115 60,5	190 100,0
	Kendini gözlemlleme	n 106 % 55,8	84 44,2	190 100,0
	Bilişsel yeniden yapılandırma	n 87 % 45,8	103 54,2	190 100,0
	Gevşeme egzersizleri	n 63 % 33,2	127 66,8	190 100,0
	Zaman yönetimi	n 71 % 37,4	119 62,6	190 100,0
	Problem çözme yetisi kazandırma	n 79 % 41,6	111 58,4	190 100,0
	Sosyal destek sağlama	n 73 % 38,4	117 61,6	190 100,0
	DKBY uygulaması	n 40	150	190
	(Değiştir, kabul et, boşver, yaşam tarzını yönet)	% 21,1	78,9	100,0
	Hobi edindirme	n 53	137	190
		% 27,9	72,1	100,0
Kişilerarası Destek	n	61	129	190
	%	32,1	67,9	100,0
Kişilerarası Destek Uygulamaları	Ortak amaçlar belirlemek	n 98 % 51,6	92 48,4	190 100,0
	Destek grubu toplantılarının oluşturulması	n 46 % 24,2	144 7,8	190 100,0
Benlik Saygısını Arttırmak	n	84	106	190
	%	44,2	55,8	100,0
Benlik Saygısını Arttırma Uygulamaları	Bilgilendirme yapmak	n 119 % 62,6	71 37,4	190 100,0
	Grup tartışmaları düzenlemek	n 46 % 24,2	144 75,8	190 100,0
	Zihinde canlandırma uygulamaları	n 41	149	190
	gerçekleştirmek	% 21,6	78,4	100,0
	Rol oynama (tiyatro gösterileri gibi)	n 32 % 16,8	158 83,2	190 100,0
	Ödev tekniklerini kullanma	n 71	119	190
		% 37,4	62,6	100,0

Araştırmaya katılan hastaların tedavi aldığı kurumlarda doğru beslenme davranışı ve alışkanlığı kazandırmak için yapılan uygulamalara ilişkin veriler Tablo 14’de yer verilmektedir.

Tablo 14’de görüldüğü gibi katılımcı hastalar, tedavi alınan kurumların çoğunda %77,4’ünün doğru beslenme davranışı ve alışkanlığı kazandırmak için doğru beslenme eğitiminin verildiğini ve %41,1’inin sosyal desteğin sağlandığını bildirmişlerdir. Araştırmaya katılanların %65,3’ü (n=124) kendini izleme becerisi değişkenleri sağlandığını ifade etmektedir. Burada tedavi veren kurumların çoğunun hastaların kendi kendini kontrol etme becerisi kazandırmakla tedaviye hasta katılımını da sağladığını söylemek mümkündür. Hastanın tedaviye aktif katılımını sağlamak ve tedavi sonrasında bu alışkanlığı kazandırmak tedavinin başarısının da süreklilik kazandırması açısından önemli olacaktır (Güven, 2014). Araştırmaya katılanların %59,5’i (n=113) uyarın kontrolünün sağlandığını söylemektedir. Uyarın kontrolünün sağlanması kişinin uygun yeme davranışını getirmesi ve yanlış yeme davranışına neden olabilecek dış uyarılardan etkilenmemişini sağlayacak stratejiler geliştirmesinde önemlidir (Garaulet ve Heredia, 2010). Tabloya bakıldığında katılımcıların %58,9’u (n=112) tedavi alınan kurumlarda sosyal desteğin sağlanmadığını ifade edilmektedir. Sosyal desteğin sağlanması davranış değişikliğinin uzun vadede sürdürülmesinde önem arz ettiği ilgili alanda ifade edilmektedir.

Tablo 14: Tedavi Alınan Kurumda Doğru Beslenme Davranışı ve Alışkanlığı Kazandırmak İçin Yapılan Uygulamalar

		Evet	Hayır	Toplam
Kendini izleme becerisinin sağlanması	n	124	66	190
	%	65,3	34,7	100,0
Uyarın kontrolünün sağlanması	n	113	77	190
	%	59,5	40,5	100,0
Yeme davranışının kontrolü	n	136	54	190
	%	71,6	28,4	100,0
Pekiştirme ve güçlendirme	n	116	74	190
	%	61,1	38,9	100,0
Bilişsel yeniden yapılandırmanın sağlanması	n	105	85	190
	%	55,3	44,7	100,0
Doğru beslenme eğitiminin verilmesi	n	147	43	190
	%	77,4	22,6	100,0
Fiziksel aktiviteyi artırma uygulaması	n	121	69	190
	%	63,7	36,3	100,0
Erişilen ve/veya ideal kiloyu sürdürme yöntemlerinin kazandırılması	n	128	62	190
	%	67,4	32,6	100,0
Sosyal desteğin sağlanması	n	78	112	190
	%	41,1	58,9	100,0

Araştırmaya katılan hastaların tedavi aldığı kurumlarda sağlıklı yaşam biçimi davranışını kazandırmak için yapılan uygulamalara ilişkin veriler Tablo 15’de yer verilmektedir.

Tablo 15'e göre araştırmaya katılanların %71,1'i (n=135) sağlık sorumluluğunun kazandırıldığı, % 74,7'si (n=142) doğru beslenme alışkanlığının kazandırıldığı görülmektedir. Obezite tedavisinde hastalara doğru beslenme alışkanlığı ve sağlık sorumluluğunun kazandırılması tedavinin başarılı şekilde sürdürülmesi açısından önemli olduğu bilinmektedir (Merdol, 2003; İlhan, 2018). Araştırmaya katılan hastaların %66,3'ü (n=126) ise kişilerarası ilişkilerin güçlendirilmesi ve %68,4'ü (n=130) fiziksel aktivite alışkanlığını kazandırmak adına tedavi aldıkları kurumlarda bu tür faaliyetlerin olmadığı ifade edilmektedir. Yeme bozukluğu olan hastalar da kişilerarası ilişkilerde yaşanan sorunlar onların yeme davranışını, ruh sağlığını ve sosyal ilişkilerini olumsuz etkileyebilmektedir (Kraff vd., 2010). Bu kapsamda tedavi de kişilerarası ilişkilerin tedavi kapsamına alınması önemli olduğu görülmektedir.

Tablo 15: Tedavi Alınan Kurumda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı Kazandırmak İçin Yapılan Uygulamalar

		Evet	Hayır	Toplam
Sağlık sorumluluğunu kazandırmak	n	135	55	190
	%	71,1	28,9	100,0
Fiziksel aktivite/egzersiz alışkanlığı kazandırmak (yüzme kursları, açık hava spor etkinlikleri vb.)	n	105	85	190
	%	55,3	44,7	100,0
Kendini ifade etme yetisi kazandırmak (kitap okuma, diksiyon eğitimi vb.)	n	60	130	190
	%	31,6	68,4	100,0
Doğru beslenme alışkanlığının kazandırılması (düzenli beslenme, bilinçli beslenme, kişiye özel beslenme vb.)	n	142	48	190
	%	74,7	25,3	100,0
Kişilerarası ilişkilerin güçlendirilmesi (grup terapileri, soru-cevap toplantıları, sosyalleşme faaliyetleri vb.)	n	64	126	190
	%	33,7	66,3	100,0

Araştırmaya katılan hastaların tedavi aldığı kurumlarda benlik saygısını artırıcı olarak yapılan faaliyetlere ilişkin veriler Tablo 16'da yer verilmektedir.

Benlik saygısı, bireyin davranışlarını, yaşantısını, sosyal ilişkilerini ve yaşam doyumunu etkileyen önemli faktörlerden biridir. Benlik saygısı kişisel gelişim ve sosyalleşme açısından önemli olup, kişinin beden algısı üzerinde ki olumlu veya olumsuz düşüncelerini etkileyebilmektedir (Tözün, 2010; Yılmaz ve Duy, 2013; Altınok ve Kara, 2017). Araştırmaya katılan hastalar tarafından tedavi aldıkları kurumlarda benlik saygısını attırmak için yapılan faaliyetlerden hobi bahçeleri (n=27), dikim atölyesi (n=23), müzik dersleri (n=22), gibi alanların tedavi alınan kurumda az olduğu bildirilmiştir.

Tablo 16: Tedavi Alınan Kurumda Benlik Saygısını Arttırıcı Olarak Yapılan Faaliyetler

		Evet	Hayır	Toplam
Resim kursu	n	24	166	190
	%	12,6	87,4	100,0
Seramik yapım kursu	n	24	166	190
	%	12,6	87,4	100,0
Ebru kursu	n	20	170	190
	%	10,5	89,5	100,0
Müzik dersleri	n	22	168	190
	%	11,6	88,4	100,0
Dikim atölyesi	n	23	167	190
	%	12,1	87,9	100,0
Hobi bahçeleri	n	27	163	190
	%	14,2	85,8	100,0

Araştırmaya katılan hastaların tedavi aldığı kurumlarda kültürel faaliyeti sağlamak için yapılan faaliyetlere ilişkin veriler Tablo 17’de yer verilmektedir.

Tabloya göre araştırmaya katılanların büyük çoğunluğunun verdiği cevaplara göre, opera (n=174), bale (n=175), tiyatro (n=167), dans (n=172), sinema gösterimi (n=168) ve konser (n=170) faaliyetlerinin tedavi alınan mevcut kurumlarda olmadığı görülmektedir.

Tablo 17: Tedavi Alınan Kurumda Kültürel Faaliyeti Sağlamak İçin Yapılan Faaliyetler

		Evet	Hayır	Toplam
Opera	n	16	174	190
	%	8,4	91,6	100,0
Bale	n	15	175	190
	%	7,9	92,1	100,0
Tiyatro	n	23	167	190
	%	12,1	87,9	100,0
Dans	n	18	172	190
	%	21,1	78,9	100,0
Doğa yürüyüşleri	n	40	150	190
	%	21,1	78,9	100,0
Açık hava veya kapalı alan sinema gösterimi	n	22	168	190
	%	11,6	88,4	100,0
Konser	n	20	170	190
	%	10,5	89,5	100,0

5.3. Araştırmaya Katılanların Obez Hastalar İçin Planlanan Bir Sağlıklı Yaşam Merkezinde Olması Gereken Özelliklere İlişkin Görüşleri

Bu bölümde ise hastaların ve sağlık profesyonellerinin bakışıyla obez hastalara yönelik faaliyet gösteren sağlıklı yaşam merkezinde bulunması gereken mimari yapı, tıbbi

tedavi, fiziksel ve sosyal olanakları ve özelliklerini saptamak amacıyla yöneltilen sorulara ilişkin sayı ve yüzde değerlerine ilişkin veriler yer almaktadır.

Araştırmaya katılanların obez hastalara yönelik faaliyet gösteren sağlıklı yaşam merkezinde gerekli gördüğü mimari yapı özelliklerine ilişkin veriler Tablo 18’de yer verilmektedir.

Tablo 18’de görüldüğü üzere, araştırmaya katılanların %96,2’si (n=227) açık bahçe alanının, %72,1’i (n=172) kapalı yüzme havuzunun, %89,8’u (n=212) spor merkezinin, %66,1’ü (n=156) masaj odasının ve %66,5’si (n=157) gastronomi mutfağının obez hastalara yönelik faaliyet gösteren sağlıklı yaşam merkezinde olmasını istediği belirlenmiştir. Fiziksel aktivitenin azalması ve giderek sedanter yaşam davranışlarının gelişmesi sonucunda obezite oluşumu hızlı bir şekilde artış göstermektedir (Karnik ve Kanedar, 2012; Kolcu, Yıldırım ve Uğur, 2015). Bu yaşam merkezi içerisinde obez bireye sağlıklı yaşam davranışı kazandırmak ve fiziksel aktivite alışkanlığı kazandırarak sedanter yaşam tarzından uzaklaştırmak için spor merkezi gibi bir birimin önemli olacağı düşünülmektedir.

Tablo 18: Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Merkezinde Gerekli Gördükleri Mimari Yapıya İlişkin Özellikler

			Hasta	Sağlık Profesyoneli	Toplam
Açık bahçe alanı	Evet	n	182	45	227
		%	77,1	19,1	96,2
	Hayır	n	8	1	9
		%	3,4	0,4	3,8
	Toplam	n	190	46	236
		%	80,5	19,5	100,0
Kapalı bahçe alanı	Evet	n	145	41	186
		%	61,4	17,4	78,8
	Hayır	n	45	5	50
		%	19,1	2,1	21,2
	Toplam	n	190	46	236
		%	80,5	19,5	100,0
Kapalı yüzme havuzu	Evet	n	137	35	172
		%	58,1	14,8	72,9
	Hayır	n	53	11	64
		%	22,5	4,7	27,1
	Toplam	n	190	46	236
		%	80,5	19,5	100,0
Spor Merkezi	Evet	n	167	45	212
		%	70,8	19,1	89,8
	Hayır	n	23	1	24
		%	9,7	0,4	10,2
	Toplam	n	190	46	236
		%	80,5	19,5	100,0
Masaj odası	Evet	n	126	30	156
		%	53,4	12,7	66,1

	Hayır	n	64	16	80
		%	27,1	6,8	33,9
	Toplam	n	190	46	236
		%	80,5	19,5	100,0
	Evet	n	122	35	157
		%	51,7	14,8	66,5
Gastronomi mutfağı	Hayır	n	68	11	79
		%	28,8	4,7	33,5
	Toplam	n	190	46	236
		%	80,5	19,5	100,0

Araştırmaya katılanların sağlıklı yaşam merkezinde gerekli gördüğü hizmet alanlarına ilişkin veriler Tablo 19’da yer verilmektedir.

Tablo 19’da görüldüğü üzere araştırmaya katılanların %82,2’si (n=194) misafirhanelerin, %71,2’si (n=168) hobi atölyelerinin, %66,1’i (n=156) kuaför hizmetinin, %59,3’ü (n=140) ekim/biçim bahçesinin ve %54,2’i (n=128) kuru temizleme gibi hizmet alanlarının de obez hastalara yönelik faaliyet gösteren sağlıklı yaşam merkezinde olması gerektiğini belirtmişlerdir. Burada hastaların tedavi alacağı bir sağlıklı yaşam merkezinde misafirhane, kuaför ve kuru temizleme gibi hizmet alanlarının varlığı onların günlük işlerini yapmasını kolaylaştırmak açısından önemli olduğu düşünülmektedir. Aynı zamanda tedavi kapsamında hastaya yeni hobilerin kazandırılmasını sağlamak ve böylece kişinin benlik saygısını arttırarak onun özgüveninde olumlu yönde değişim göstermesinde etkili olacağı düşünülmektedir (Anzules, Haenni ve Golay, 2007; Bilge ve Ögce, 2008; Çoşkun, Yıldız ve Yazıcı, 2010). Ekim/biçim bahçesi ile de obezite rahatsızlığı olan hastaların yeme davranışları üzerinde pozitif yönde etki sağlamak ve doğru beslenme alışkanlığını kazandırmak açısından önemlidir.

Tablo 19: Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Merkezinde Hizmet Vermesini Gerekli Gördüğü Gerekli Gördükleri Hizmet Alanları

			Hasta	Sağlık Profesyoneli	Toplam
Misafirhaneler	Evet	n	167	27	194
		%	70,8	11,4	82,2
	Hayır	n	23	19	42
		%	9,7	8,1	17,8
	Toplam	n	190	46	236
		%	80,5	19,5	100,0
İbadethaneler	Evet	n	154	36	190
		%	65,3	15,3	80,5
	Hayır	n	36	10	46
		%	15,3	4,2	19,5
	Toplam	n	190	46	236
		%			

		%	80,5	19,5	100,0
Hobi atölyeleri	Evet	n	144	24	168
		%	61,0	10,2	71,2
	Hayır	n	46	22	68
		%	19,5	9,3	28,8
	Toplam	n	190	46	236
		%	80,5	19,5	100,0
Market	Evet	n	163	29	192
		%	69,1	12,3	81,4
	Hayır	n	27	17	44
		%	11,4	7,2	18,6
	Toplam	n	190	46	236
		%	80,5	19,5	100,0
ATM alanları	Evet	n	170	31	201
		%	72,0	13,1	85,2
	Hayır	n	20	15	35
		%	8,5	6,4	14,8
	Toplam	n	190	46	236
		%	80,5	19,5	100,0
Kuaför	Evet	n	132	24	156
		%	55,9	10,2	66,1
	Hayır	n	58	22	80
		%	24,6	9,3	33,9
	Toplam	n	190	46	236
		%	80,5	19,5	100,0
Ekim/biçim bahçesi-hobi bahçesi	Evet	n	118	22	140
		%	50,0	9,3	59,3
	Hayır	n	72	24	96
		%	30,5	10,2	40,7
	Toplam	n	190	46	236
		%	80,5	19,5	100,0
Eczane destek hizmeti	Evet	n	180	35	215
		%	76,3	14,3	91,1
	Hayır	n	10	11	21
		%	4,2	4,7	8,9
	Toplam	n	190	46	236
		%	80,5	19,5	100,0
Restoran	Evet	n	162	37	199
		%	68,6	15,7	84,3
	Hayır	n	28	9	37
		%	11,9	3,8	15,7
	Toplam	n	190	46	236
		%	80,5	19,5	100,0
Kuru temizleme	Evet	n	108	20	128
		%	45,8	8,5	54,2
	Hayır	n	82	26	108
		%	34,7	11,0	45,8
	Toplam	n	190	46	236
		%	80,5	19,5	100,0

Araştırmaya katılanların obez hastalara yönelik faaliyet gösteren sağlıklı yaşam merkezinde hizmet vermesini gerekli gördüğü meslek gruplarına ilişkin veriler Tablo 20’de yer almaktadır.

Tabloya 20'ye göre, araştırmaya katılanların obezite tedavisi kapsamında yer almasını düşündüğü uzmanlara yönelik görüşleri sorulmuştur. Katılımcıların, %96,6'sı diyetisyen, %96,6'sı psikolog, %87,7'si fizyoterapist, %86,9'u genel cerrah, %91,9'ı uzman hekim, %88,6'sı kardiyolog gibi tıbbi tedavi kapsamında yer alması gereken uzmanlık alanlarının gerekli gördüğü saptanmıştır. Aynı zamanda katılımcıların, %75,8'i yaşam koçu, %89,8'i spor eğitmeni ve %72,2'si masaj terapisti gibi uzmanların tamamlayıcı tedaviler açısından da obez hastalara yönelik faaliyet gösteren sağlıklı yaşam merkezinde olmasını istediği gösterilmektedir.

Tablo 20: Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Merkezinde Hizmet Vermesini Gerekli Gördüğü Meslek Grupları

			Hasta	Sağlık Profesyoneli	Toplam
Diyetisyen	Evet	n	182	46	228
		%	77,1	19,5	96,6
	Hayır	n	8	0	8
		%	3,4	0,0	3,4
	Toplam	n	190	46	236
		%	80,5	19,5	100,0
Psikolog	Evet	n	183	45	228
		%	77,5	19,1	96,6
	Hayır	n	7	1	8
		%	3,0	0,4	3,4
	Toplam	n	190	46	236
		%	80,5	19,5	100,0
Fizyoterapist	Evet	n	165	42	207
		%	69,9	17,8	87,7
	Hayır	n	25	4	29
		%	10,6	1,7	12,3
	Toplam	n	190	46	236
		%	80,5	19,5	100,0
Genel cerrah	Evet	n	166	39	205
		%	70,3	16,5	86,9
	Hayır	n	24	7	31
		%	10,2	3,0	13,1
	Toplam	n	190	46	236
		%	80,5	19,5	100,0
Gastroenterolog	Evet	n	169	41	210
		%	71,6	17,4	89,0
	Hayır	n	21	5	26
		%	8,9	2,1	11,0
	Toplam	n	190	46	236
		%	80,5	19,5	100,0
Uzman hekim	Evet	n	176	41	217
		%	74,6	17,4	91,9
	Hayır	n	14	5	19
		%	5,9	2,1	8,1
	Toplam	n	190	46	236
		%	80,5	19,5	100,0
Yaşam koçu	Evet	n	149	30	179
		%	63,1	12,7	75,8
	Hayır	n	41	16	57
		%	17,4	6,8	24,2

	Toplam	n	190	46	236
		%	80,5	19,5	100,0
Spor eğitmeni	Evet	n	172	40	212
		%	72,9	16,9	89,8
	Hayır	n	18	6	24
		%	7,6	2,5	10,2
	Toplam	n	190	46	236
		%	80,5	19,5	100,0
Hemşire	Evet	n	179	41	220
		%	75,8	17,4	93,2
	Hayır	n	11	5	16
		%	4,7	2,1	6,8
	Toplam	n	190	46	236
		%	80,5	19,5	100,0
Hasta bakıcısı	Evet	n	170	39	209
		%	72,0	16,5	88,6
	Hayır	n	20	7	27
		%	8,5	3,0	11,4
	Toplam	n	190	46	236
		%	80,5	19,5	100,0
Masaj terapisti	Evet	n	138	30	168
		%	58,5	6,8	71,2
	Hayır	n	52	16	68
		%	22,0	6,8	28,8
	Toplam	n	190	46	236
		%	80,5	19,5	100,0
Metabolik uzman	Evet	n	173	41	214
		%	73,3	17,4	90,7
	Hayır	n	17	5	22
		%	7,2	2,1	9,3
	Toplam	n	190	46	236
		%	80,5	19,5	100,0
Geriatrist	Evet	n	123	33	156
		%	52,1	14,0	66,1
	Hayır	n	67	13	80
		%	28,4	5,5	33,9
	Toplam	n	190	46	236
		%	80,5	19,5	100,0
Çocuk Psikoloğu	Evet	n	128	35	163
		%	54,2	14,8	69,1
	Hayır	n	62	11	73
		%	26,3	4,7	30,9
	Toplam	n	190	46	236
		%	80,5	19,5	100,0
Nefes terapisti	Evet	n	157	33	190
		%	66,5	14,0	80,5
	Hayır	n	33	13	46
		%	14,0	5,5	19,5
	Toplam	n	190	46	236
		%	80,5	19,5	100,0
Halkla ilişkiler koordinatörü	Evet	n	153	38	191
		%	64,8	16,1	80,9
	Hayır	n	37	8	45
		%	15,7	3,4	19,1
	Toplam	n	190	46	236
		%	80,5	19,5	100,0
Kardiyolog	Evet	n	169	40	209
		%	71,6	16,9	88,6

	Hayır	n	21	6	27
		%	8,9	2,5	11,4
	Toplam	n	190	46	236
		%	80,5	19,5	100,0
Endokrin	Evet	n	176	43	219
		%	74,6	18,2	92,8
	Hayır	n	14	3	17
		%	5,9	1,3	7,2
	Toplam	n	190	46	236
		%	80,5	19,5	100,0

Araştırmaya katılanların sağlıklı yaşam merkezinde hizmet vermesini gerekli gördüğü fiziksel aktivitelere ilişkin veriler Tablo 21’de verilmektedir.

Tabloya 21’e göre, araştırmaya katılanların obezite tedavisi kapsamında yer almasını düşündüğü fiziksel aktivite uygulamalarına ilişkin görüşleri sorulmuştur. Araştırmaya katılanların, %86,4’ü orta şiddette aktiviteleri (hafif tempo yürüyüş, bisiklet sürme, bahçe/ev işleri vb.) tercih ederken %58,5’i yüksek yoğunlukta (rekabetçi sporlar, koşmak, aerobik/zumba vb.) olan aktiviteleri tercih ettiği saptanmıştır.

Tablo 21: Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Merkezinde Hizmet Vermesini Gerekli Gördüğü Fiziksel Aktiviteler

			Hasta	Sağlık Profesyoneli	Toplam
Orta yoğunlukta (şiddette) aktiviteler	Evet	n	161	43	204
		%	68,2	18,2	86,4
	Hayır	n	29	3	32
		%	12,3	1,3	13,6
	Toplam	n	190	46	236
		%	80,5	19,5	100,0
Yüksek yoğunlukta (şiddette) aktiviteler	Evet	n	102	36	138
		%	43,2	15,3	58,5
	Hayır	n	88	10	98
		%	37,3	4,2	41,5
	Toplam	n	190	46	236
		%	80,5	19,5	100,0

Araştırmaya katılanların sağlıklı yaşam merkezinde hizmet vermesini gerekli gördüğü toksin atılımını arttırmak ve rehabilite etmek amacıyla destekleyici tedavi programlarına ilişkin veriler Tablo 22’de verilmektedir.

Tabloya göre araştırmaya katılanların %81,4’ü (n=192) masaj, %67,4’ü (n=159) buhar banyosu, %70,3’ü Türk hamamı (n=166) ve %71,2’i (n=168) akupunktur tedavileri ve uygulamaların çalışma kapsamında sunulan sağlıklı yaşam merkezinde olması gereklidir.

Tablo 22: Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Merkezinde Hizmet Vermesini Gerekli Gördüğü Destekleyici Tedavi Programlar

			Hasta	Sağlık Profesyoneli	Toplam
Masaj	Evet	n	156	36	192
		%	66,1	15,3	81,4
	Hayır	n	34	10	44
		%	14,4	4,2	18,6
	Toplam	n	190	46	236
		%	80,5	19,5	100,0
Buhar banyosu	Evet	n	133	26	159
		%	56,4	11,0	67,4
	Hayır	n	57	20	77
		%	24,2	8,5	32,6
	Toplam	n	190	46	236
		%	80,5	19,5	100,0
Türk hamamı	Evet	n	139	27	166
		%	58,9	11,4	70,3
	Hayır	n	51	19	70
		%	21,6	8,1	29,7
	Toplam	n	190	46	236
		%	80,5	19,5	100,0
Kızılötesi sauna	Evet	n	84	16	100
		%	35,6	6,8	42,4
	Hayır	n	106	30	136
		%	44,9	12,7	57,6
	Toplam	n	190	46	236
		%	80,5	19,5	100,0
Kolonhidroterapi	Evet	n	84	23	107
		%	35,6	9,7	45,3
	Hayır	n	106	23	129
		%	44,9	9,7	54,7
	Toplam	n	190	46	236
		%	80,5	19,5	100,0
Akupunktur	Evet	n	133	35	168
		%	56,4	14,8	71,2
	Hayır	n	57	11	68
		%	24,2	4,7	28,8
	Toplam	n	190	46	236
		%	80,5	19,5	100,0

Araştırmaya katılanların sağlıklı yaşam merkezinde hizmet vermesini gerekli gördüğü doğru beslenme davranışı ve alışkanlığı kazandırmak için yapılan uygulamalara ilişkin veriler Tablo 23’de verilmektedir.

Tabloya göre katılımcıların tamına yakını sosyal desteğin sağlanması (n=218), doğru beslenme davranışı (n=228) ve alışkanlığı kazandırmaya yönelik erişilen ve/veya ideal kiloyu sürdürme yöntemlerinin kazandırılmasının (n=231) gerekli olduğunu ifade etmektedir. Sağlıklı yaşam merkezinde hastaya sağlıklı yaşam davranışlarının kazandırılması, doğru beslenme eğitiminin verilerek kilo kaybının korunmasını ve

onların yaşam tarzı üzerinde pozitif yönde değişiklik yapmak açısından önemli olacağı vurgulanmaktadır

Tablo 23: Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Merkezinde Gerekli Gördüğü Doğru Beslenme Davranışı ve Alışkanlığı Kazandırmak İçin Yapılan Uygulamalar

			Hasta	Sağlık Profesyoneli	Toplam
Kendini izleme becerisinin sağlanması	Evet	n	179	45	224
		%	75,8	19,1	94,9
	Hayır	n	11	1	12
		%	4,7	0,4	5,1
	Toplam	n	190	46	236
		%	80,5	19,5	100,0
Uyaran kontrolünün sağlanması	Evet	n	177	44	221
		%	75,0	18,6	93,6
	Hayır	n	13	2	15
		%	5,5	0,8	6,4
	Toplam	n	190	46	236
		%	80,5	19,5	100,0
Yeme davranışının kontrolü	Evet	n	185	46	231
		%	78,4	19,5	97,9
	Hayır	n	5	0	5
		%	2,1	0,0	2,1
	Toplam	n	190	46	236
		%	80,5	19,5	100,0
Pekiştirme ve güçlendirme	Evet	n	171	45	216
		%	72,5	19,1	91,5
	Hayır	n	19	1	20
		%	8,1	0,4	8,5
	Toplam	n	190	46	236
		%	80,5	19,5	100,0
Bilişsel yeniden yapılandırmanın sağlanması	Evet	n	170	44	214
		%	72,0	18,6	90,7
	Hayır	n	20	2	22
		%	8,5	0,8	9,3
	Toplam	n	190	46	236
		%	80,5	19,5	100,0
Doğru beslenme eğitiminin verilmesi	Evet	n	182	46	228
		%	77,1	19,5	96,6
	Hayır	n	8	0	8
		%	3,4	0,0	3,4
	Toplam	n	190	46	236
		%	80,5	19,5	100,0
Fiziksel aktivite artırma uygulaması	Evet	n	182	46	228
		%	77,1	19,5	96,6
	Hayır	n	8	0	8
		%	3,4	0,0	3,4
	Toplam	n	190	46	236
		%	80,5	19,5	100,0
Erişilen ve/veya ideal kiloyu sürdürme yöntemlerinin kazandırılması	Evet	n	186	45	231
		%	78,8	19,1	97,9
	Hayır	n	4	1	5
		%	1,7	0,4	2,1
	Toplam	n	190	46	236
		%	80,5	19,5	100,0
Sosyal desteğin sağlanması	Evet	n	174	44	218
		%	73,7	18,6	92,4
		n	16	2	18

Hayır	%	6,8	0,8	7,6
	n	190	46	236
Toplam	%	80,5	19,5	100,0

Araştırmaya katılanların sağlıklı yaşam merkezinde hizmet vermesini gerekli gördüğü psikolojik destek sağlayacak uygulamalara ilişkin veriler Tablo 24’de verilmektedir.

Tabloya göre katılımcıların %92,8’i stresle mücadeleme uygulamaları, %83,5’i kişilerarası destek ve %84,3’ü benlik saygısını artırmaya yönelik psikolojik destek sağlamak amacıyla yapılan uygulamaların böyle bir merkezde yer alması gerektiği gösterilmektedir.

Tablo 24: Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Merkezinde Gerekli Gördüğü Psikolojik Destek Sağlayacak Uygulamalar

			Hasta	Sağlık Profesyoneli	Toplam
Stresle mücadele uygulamaları	Evet	n	176	43	219
		%	74,6	18,2	92,8
	Hayır	n	14	3	17
		%	5,9	1,3	7,2
	Toplam	n	190	46	236
		%	80,5	19,5	100,0
Kişilerarası destek	Evet	n	156	41	197
		%	66,1	17,4	83,5
	Hayır	n	34	5	39
		%	66,1	17,4	83,5
	Toplam	n	190	46	236
		%	80,5	19,5	100,0
Benlik saygısını arttırmak	Evet	n	156	43	199
		%	66,1	18,2	84,3
	Hayır	n	34	3	37
		%	14,4	1,3	15,7
	Toplam	n	190	46	236
		%	80,5	19,5	100,0

Araştırmaya katılanların sağlıklı yaşam merkezinde hizmet vermesini gerekli gördüğü sağlıklı yaşam biçimi davranışı kazandırmak için yapılan uygulamalara ilişkin veriler Tablo 25’de verilmektedir.

Tabloya göre araştırmaya katılanların %89,8’i kendini ifade etme yetisinin kazandırılması, %95,8’i doğru beslenme alışkanlığının kazandırılması ve %91,9’u kişilerarası ilişkilerin güçlendirilmesi uygulamaların sağlıklı yaşam biçimi davranışının kazandırılmasını için planlanan obez hastalara yönelik sağlıklı yaşam merkezinde yer alması gerektiğini ifade ettiği gösterilmektedir.

Tablo 25: Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Merkezinde Gerekli Gördüğü Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı Kazandırmak İçin Yapılan Uygulamalar

			Hasta	Sağlık Profesyoneli	Toplam
Sağlık sorumluluğu kazandırmak	Evet	n	177	45	222
		%	75,0	19,1	94,1
	Hayır	n	13	1	14
		%	5,5	0,4	5,9
	Toplam	n	190	46	236
		%	80,5	19,5	100,0
Fiziksel aktivite/egzersiz alışkanlığı kazandırmak (yüzme kursları, açık hava spor etkinlikleri vb.)	Evet	n	175	45	220
		%	74,2	19,1	93,2
	Hayır	n	15	1	16
		%	6,4	0,4	6,8
	Toplam	n	190	46	236
		%	80,5	19,5	100,0
Kendini ifade etme yetisi kazandırmak (kitap okuma, diksiyon eğitimi vb.)	Evet	n	168	44	212
		%	71,2	18,6	89,8
	Hayır	n	22	2	24
		%	9,3	0,8	10,2
	Toplam	n	190	46	236
		%	80,5	19,5	100,0
Doğru beslenme alışkanlığının kazandırılması (düzenli beslenme, bilinçli beslenme, kişiye özel beslenme vb.)	Evet	n	180	46	226
		%	76,3	19,5	95,8
	Hayır	n	10	0	10
		%	4,2	0,0	4,2
	Toplam	n	190	46	236
		%	80,5	19,5	100,0
Kişilerarası ilişkilerin güçlendirilmesi (grup terapileri, soru-cevap toplantıları, sosyalleşme faaliyetleri vb.)	Evet	n	172	45	217
		%	72,9	19,1	91,9
	Hayır	n	18	1	19
		%	7,6	0,4	8,1
	Toplam	n	190	46	236
		%	80,5	19,5	100,0

Araştırmaya katılanların sağlıklı yaşam merkezinde hizmet vermesini gerekli gördüğü benlik saygısını arttırıcı olarak yapılması gereken faaliyetlere ilişkin veriler Tablo 26’da verilmektedir. Tabloda görüldüğü üzere, araştırmaya katılan hastaların %79,7’si müzik derslerinin ve %77,5’i hobi bahçelerinin benlik saygısını arttırıcı faaliyetlere yönelik planlanan sağlıklı yaşam merkezinde yer alması gerektiğini ifade ettiği görülmektedir.

Tablo 26: Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Merkezinde Gerekli Gördüğü Benlik Saygısını Arttırıcı Olarak Yapılması Gereken Faaliyetler

			Hasta	Sağlık Profesyoneli	Toplam
Resim kursu	Evet	n	139	36	175
		%	58,9	15,3	74,2
	Hayır	n	51	10	61
		%	21,6	4,2	25,8
	Toplam	n	190	46	236
		%	80,5	19,5	100,0
Seramik yapım kursu	Evet	n	128	35	163
		%	54,2	14,8	69,1
	Hayır	n	62	11	73
		%	26,3	4,7	30,9
	Toplam	n	190	46	236

		%	80,5	19,5	100,0
Ebru kursu	Evet	n	127	36	163
		%	53,8	15,3	69,1
	Hayır	n	63	10	73
		%	26,7	4,2	30,9
	Toplam	n	190	46	236
		%	80,5	19,5	100,0
Müzik dersleri	Evet	n	152	36	188
		%	64,4	15,3	79,7
	Hayır	n	38	10	48
		%	16,1	4,2	20,3
	Toplam	n	190	46	236
		%	80,5	19,5	100,0
Dikim atölyesi	Evet	n	115	33	148
		%	48,7	14,0	62,7
	Hayır	n	75	13	88
		%	31,8	5,5	37,3
	Toplam	n	190	46	236
		%	80,5	19,5	100,0
Hobi bahçeleri	Evet	n	147	36	183
		%	62,3	15,2	77,5
	Hayır	n	43	10	53
		%	18,2	4,2	22,5
	Toplam	n	190	46	236
		%	80,5	19,5	100,0

Araştırmaya katılanların sağlıklı yaşam merkezinde kültürel faaliyeti sağlamak için yapılması gereken uygulamalar ya da bulunması gereken birimlere ilişkin veriler Tablo 27’de yer verilmektedir.

Tabloya göre araştırmaya katılan hastaların büyük çoğunluğu tiyatro (n=176), dans (n=169), doğa yürüyüşleri (n=204), sinema gösterimi (n=138) ve konser (n=170) faaliyetlerinin çalışma kapsamında obez hastalara yönelik planlanan sağlıklı yaşam merkezinde olmasını istediği görülmektedir. Opera (n=63) ve bale (n=69) faaliyetinin daha az olmasının nedeni ülkemizde bu tür kültürel faaliyetlere olan talebin diğer faaliyetlerle karşılaştırıldığında daha az yere sahip olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Tablo 27: Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Merkezinde Kültürel Faaliyeti Sağlamak İçin Bulunması Gereken Birimlere İlişkin Görüşleri

			Hasta	Sağlık Profesyoneli	Toplam
Opera	Evet	n	49	14	63
		%	20,8	5,9	26,7
	Hayır	n	141	32	173
		%	59,7	13,6	73,3
	Toplam	n	190	46	236
		%	80,5	19,5	100,0
Bale	Evet	n	48	21	69
		%	20,3	8,9	29,2

	Hayır	n	142	25	167
		%	60,2	10,6	70,8
	Toplam	n	190	46	236
		%	80,5	19,5	100,0
Tiyatro	Evet	n	137	39	176
		%	58,1	16,5	74,6
	Hayır	n	53	7	60
		%	22,5	3,0	25,4
	Toplam	n	190	46	236
		%	80,5	19,5	100,0
Dans	Evet	n	134	35	169
		%	56,8	14,8	71,6
	Hayır	n	56	11	67
		%	23,7	4,7	28,4
	Toplam	n	190	46	236
		%	80,5	19,5	100,0
Doğa yürüyüşleri	Evet	n	163	41	204
		%	69,1	17,4	86,4
	Hayır	n	27	5	32
		%	11,4	2,1	13,6
	Toplam	n	190	46	236
		%	80,5	19,5	100,0
Açık hava veya kapalı alan sinema gösterimi	Evet	n	138	32	170
		%	58,5	13,6	72,0
	Hayır	n	52	14	66
		%	22,0	5,9	28,0
	Toplam	n	190	46	236
		%	80,5	19,5	100,0
Konser	Evet	n	124	25	149
		%	52,5	10,6	63,1
	Hayır	n	66	21	87
		%	23,7	4,7	28,4
	Toplam	n	190	46	236
		%	80,5	19,5	100,0

5.2. Araştırmaya Katılan Hastaların VKİ Sınıfı ile Demografik Özelliklerini İçeren Tablolar

Araştırmaya katılan hastaların VKİ sınıfına göre cinsiyet ve medeni durum değişkenleri arasında ki ilişkiyi incelemek için ki-kake testi yapılmıştır. Tabloda görüldüğü gibi katılımcıların VKİ sınıfı ile cinsiyet ve medeni durumu arasında anlamlı bir ilişki vardır. Araştırma sonuçlarına göre kadınlarda (n=125) obezitenin daha sık görüldüğünde saptanmıştır. Aynı zamanda araştırmaya katılan hastaların medeni durumlarına göre, evli olan hastaların çoğunlukla I.Derece obez (%36,3) olduğu görülmektedir.

Tablo 28: Hastaların VKİ Sınıfının Cinsiyet ve Medeni Durumuna Göre Dağılımı

		VKİ Sınıflandırma							Toplam
			Düşük kilolu	Normal kilolu	Preobez	I. Derece obez	II. Derece obez	III. Derece obez (Morbid)	
Cinsiyet	Erkek	n	0	11	8	33	4	9	65
		%	0,0	5,8	4,2	17,4	2,1	4,7	34,2
	Kadın	n	4	32	24	36	16	13	125
		%	2,1	16,8	12,6	18,9	8,4	6,8	65,8
X²:12,625 P:0,027	Toplam	n	4	43	32	69	20	22	190
		%	2,1	22,6	16,8	36,3	10,5	11,6	100,0
Medeni Durum	Evli	n	0	15	21	35	10	14	95
		%	0,0	7,9	11,1	18,4	5,3	7,4	50,0
	Bekâr	n	4	28	11	34	10	8	95
		%	2,1	14,7	5,8	17,9	5,3	4,2	50,0
X²:12,706 P:0,026	Toplam	n	4	43	32	69	20	22	190
		%	2,1	22,6	16,8	36,3	10,5	11,6	100,0

Tablo 29’da ağırlıklı olarak ara sıra fiziksel aktivite yapan hastaların I.Derece obez (%24,7) kategorisinde yer aldığı gösterilmektedir. Aynı zaman da düzenli olarak fiziksel aktivite yapan hastalarında %3,7’si morbid obez kategorisinde olduğu gösterilmektedir.

Tablo 29: Hastaların VKİ Sınıfına Göre Fiziksel Aktivite Yapma Durumu

		VKİ Sınıflandırma						Toplam
Fiziksel Aktivite Yapma Durumunuz		Düşük kilolu	Normal kilolu	Preobez	I. Derece obez	II. Derece obez	III. Derece obez (Morbid)	
Yapmıyorum	n	1	7	6	13	3	3	33
	%	0,5	16,3	3,2	6,8	1,6	1,6	17,4
Ara sıra yapıyorum	n	3	31	22	47	15	12	130
	%	1,6	16,3	11,6	24,7	7,9	6,3	68,4
Düzenli olarak yapıyorum	n	0	5	4	9	2	7	27
	%	0,0	2,6	2,1	4,7	1,1	3,7	14,2
Toplam	n	4	43	32	69	20	22	190
	%	2,1	22,6	16,8	36,3	10,5	11,6	100,0

Tablo 30’a göre araştırmaya katılan hastaların, eğitim düzeyi lisans olanların %40,0’ı (n=76) masaj terapisini, %34,7’si (n=66) akupunktur tedavisini obezite merkezinde verilmesi gerektiğini ifade etmektedir. Araştırmaya katılan hastaların eğitim düzeyi lise olanların ise %21,6’sı (n=41) masaj terapisini, %18,4’ü (n=35) akupunktur tedavisinin yer alması gerektiğini belirtmektedir. Buna göre eğitim durumunda ki artışın tamamlayıcı tedavilere olan yaklaşımı etkileyebildiği söylenebilir.

Tablo 30: Hastaların Eğitim Durumuna Göre Masaj ve Akupunktur Tedavisi Yöntemlerini Seçme Durumuna İlişkin Dağılımı

			Eğitim Durumu				
			İlk ve Ortaöğretim	Lise	Lisans	Lisansüstü	Toplam
Masaj	Evet	n	11	41	76	28	156
		%	5,8	21,6	40,0	14,7	82,1
	Hayır	n	6	5	19	4	34
		%	3,2	2,6	10,0	2,1	17,9
	Toplam	n	17	46	95	32	190
		%	8,9	24,2	50,0	16,8	100,0
Akupunktur	Evet	n	11	35	66	11	133
		%	5,8	18,4	34,7	11,1	70,0
	Hayır	n	6	11	29	11	57
		%	3,2	6,8	15,3	5,8	30,0
	Toplam	n	17	46	95	32	190
		%	8,9	24,2	50,0	16,8	100,0

BÖLÜM 6: SAĞLIK TURİZMİ KAPSAMINDA OBEZ HASTALARA YÖNELİK SAĞLIKLI YAŞAM MERKEZİ MODEL ÖNERİSİ

6.1. Sağlık Turizmi Kapsamında Obez Hastalara Yönelik Sağlıklı Yaşam Merkezi Destinasyon Model Kapsamında Yer Alması Gereken Birimler

Obezite tedavisinde temel amaç, birey için gerçekçi bir vücut ağırlığı kaybı hedeflenerek, obeziteyle ilgili morbidite ve mortalite risklerini azaltmak, bireye yeterli ve dengeli beslenme alışkanlığını kazandırmak ve yaşam kalitesini yükseltmektir (HSGM, 2019). Obez hastalara yönelik sağlıklı yaşam merkezinde verilecek olan sağlık hizmetleri genel tedavi edici hizmetler ve tamamlayıcı/destekleyici tedavi hizmetleri olarak iki şekilde sunulacaktır. Sunulacak olan bu tedavi hizmetleri için gerekli olan temel birimleri şu şekilde sıralamak mümkündür

6.1.1. Temel Hizmet Birimleri

Merkez toplu bir mekân halinde bir bütün olarak bir arada bulunmalıdır. Merkezde yer alan hizmet alanlarına ilişkin fiziki şartlar ve asgari donanım standartlara sahip olmalıdır (SB, 2018).

- a) **Hasta Kayıt Birimi:** Hasta-kayıt ve görüşme odası veya açık mekânı içinde görevli personelin kullanımına tahsis edilmek üzere gerekli araç-gereç gibi ekipman ve donanımların bulunduğu alandır (SB, 2018).
- b) **Halkla İlişkiler Görüşme Birimi:** Hasta ile görüşme hizmetlerinin verilebileceği, amaca uygun araç-gereç ve ortama sahip, donanıma ve ekipmanlara sahip mekândır (SB, 2018).
- c) **Hekim Hizmetleri Birimi:** Hekimin hastasına müdahale edebildiği, görüşme hizmetlerinin de verilebileceği, amaca uygun tıbbi araç-gereç ve ortama sahip mekândır (SB, 2018).
- d) **Hemşire Hizmet Birimi:** Hasta ile görüşme hizmetlerinin verilebileceği, amaca uygun tıbbi araç-gereç ve ortama sahip, kilo-ağırlık-vücut bileşenleri ölçüm cihazları, tansiyon ölçüm ilacı cihazı; boy ölçüm cihazı hemşirelik hizmetlerinde

kullanılmak üzere gerekli olan donanıma ve ekipmanlara sahip mekândır (SB, 2018).

- e) **Fizyoterapi Hizmet Birimi:** Hasta ile görüşme hizmetlerinin verilebileceği, amaca uygun tıbbi araç-gereç ve ortama sahip, donanıma ve ekipmanlara sahip mekândır (SB, 2018).
- f) **Eğitim Birimi:** Belirlenecek kişi sayısına uygun sayıda toplantı salonları bulunan ve bu salonda kolçaklı oturma sandalyeleri ve bir sunum masası olan mekândır. Bu toplantı odası grup eğitimlerinde kullanılmak üzere sıralı düzende veya U düzeninde şekillendirilebilir olmalıdır. Uzmanlar tarafından görsel destekli sunumlar ve eğitimler yapılabilecek ve kişilere eğitim sonrası değerlendirme anketleri uygulanabilmelidir. Bu sebeple gerekli donanıma ve ekipmanlara sahip olmalıdır (SB, 2018).
- g) **Aktivite ve Grup Tedavi-Terapi Birimleri:** Daire şeklinde oturulabilen fraklı aktivite ve grup terapisi yapılan mekândır (SB, 2018).

Çalışma kapmasında ise planlanan sağlıklı yaşam merkezinde yer alacak diğer temel hizmet birimleri ise şu şekilde aşağıdaki gibi sınıflandırılabilir.

6.1.2. Beslenme ve Diyet Birimi

Obeziteye neden olan en önemli faktör alınan enerjinin harcanan enerjiden çok fazla olmasıdır (Gündüzoğlu, 2008). Bireylerin beslenme konusundaki bilgisizliği, besinlerin hatalı besin seçimine, yanlış hazırlanma, pişirme ve saklama yöntemlerini uygulamasına neden olmakta ve beslenme sorunlarının boyutlarının artmasına yol açmaktadır (Azizoğlu, 2009).

Günümüzde önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelen (Ettinger, Riley ve Rice, 2018) ve prevalansı giderek artan obezite (Radwan vd., 2019) yanlış beslenmenin önemli bir sonucudur (Azizoğlu, 2009). Beslenme alışkanlıklarındaki değişiklikler, düzenli yemek yenilmemesi, hızlı yemek yeme alışkanlığı, yenilen yemeklerin porsiyonlarının büyüklüğünün artması, yetersiz sebze ve meyve tüketimi, tüketilen gıdaların kalori yoğunluğu, tatlandırılmış içeceklerin tüketiminin artması, yağ oranı yüksek gıda tüketiminin artması, kolaylıkla elde edilebilen fastfood yiyecekler, abur cubur denen gıda tüketiminin fazla olması gibi faktörler bireylerde sağlıksız beslenmeyi alışkanlık

haline getirmektedir (Uskun vd., 2005; Karaçil ve Şanlıel, 2014; İlhan, 2015; Gündüzoğlu, 2008; Annagür, 2010; Elinder ve Jansson, 2008).

Beslenme ve diyet biriminde uzman diyetisyen eşliğinde vücuttaki yağ oranının doğru beslenme ile yakılmasını sağlamak ve hastaya sağlıklı beslenme alışkanlığını kazandırılarak davranış değişikliği sağlanması hedeflenmektedir. Diyetisyen obez hastanın tıbbi beslenme tedavisinde hem hastanın motivasyonunun yüksek tutulmasında hem de sağlıklı bir şekilde kilo vermesinde etkili olmasından dolayı diyetisyenin burada önemli rolü bulunmakta, bundan dolayı alanında başarılı diyetisyenler ile çalışılması gerekmektedir. Obezitenin derecesi ve tipine bağlı olarak, bireyin yaşına, yaşam şekline göre değişik düzeylerde kontrollü olarak kilo kaybı sağlanmalıdır.

Kolcu, Yıldırım ve Uğur (2015)'un gençler üzerinde yaptığı çalışmaya göre, obez hastaların diyetisyen seansı alma durumları incelendiğinde; 5 seanslık beslenme danışmanlık desteğinin etkili olduğu görülmüş ve sonraki seanslarda ise sadece ölçüm takiplerinin yapılmasının yeterli olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada planlanan obezite yaşam merkezinde beslenme danışmanlık desteğinin bireylerin sadece kilo vermesini sağlanmakta yetinmeyip yeni bir yaşam tarzının oluşturulmasında başarılı sonuçlar getireceği düşünülmektedir.

Obezitenin tıbbi beslenme tedavisinde; başarması, uygulanması zor, gerçekçi olmayan ağırlık kaybı yöntemlerini yerine, sağlıklı ağırlığa ulaşmaya, hastalık risklerini azaltmaya ve sağlıklı yeni bir yaşam biçimi oluşturmaya yönelik diyet uygulamaları yapılmalıdır. Kazanılan beslenme ve davranış alışkanlıklarının ömür boyu sürmesi hedef olmalı ve hastaya bu bilinç aşılanmalıdır. Bunun gerçekleştirilebilmesi için ise diyetisyen ve gerektiğinde gastronomi uzmanı ile birlikte verilecek eğitimler düzenlenmelidir. Burada amaç hastanın nasıl beslenmesi gerektiği, besinlerin kalori miktarlarını öğrenmeleri, sağlıklı beslenme için yapılması gerekenleri, kişiye özel beslenme yöntemlerini öğrenmeleri açısından farkındalık oluşturulması sağlanacaktır. Verilecek olan bu eğitimler tedaviye ek olarak hastanın belirli bir zaman aralığında düzenlenmelidir.

6.1.3. Fiziksel Aktivite Birimi

Günümüzde teknolojik gelişmelerin neticesinde insanların günlük fiziksel aktiviteleri azalmakta ve giderek daha sedanter bir yaşam tarzına dönüşmektedir (Uzun, 2014;

Azizoğlu, 2019). Bireylerde hareketsiz yaşam tarzının gelişmesi sonucunda fiziksel aktivitenin azalması beraberinde kazanılan besinlerden kazanılan enerjin yakılımını azaltmakta (Kolcu, Yıldırım ve Uğur, 2015) ve obezite gelişiminde önemli bir rol oynamaktadır (Karnik ve Kanedar, 2012).

Fiziksel aktivite, kas kütesinin arttırılması, kardiyovasküler hipertansiyon, tip 2 diyabet gibi hastalık riskinin azalması, karbonhidrat ve yağ metabolizmasını olumlu etkilemesi gibi kişilere sağladığı faydalar bulunmaktadır (Alp, 2014). Aynı zamanda fiziksel aktivite, vücudun hastalıklara karşı korunmasını, alınan fazla enerjinin doğal bir şekilde harcanmasını (Uzun, 2014), stresin azalması, öz bilincin gelişmesi, kişinin beden algısıyla ilgili olumlu düşüncelerin gelişmesi gibi birçok açıdan yararlı etkileri bulunmaktadır (Erge, 2003).

Obezite tedavisinde önemli bir tedavi biçimi olan diyet tedavisini destekleyen fiziksel aktivite hastaya sağlıklı yaşam biçimini geri kazandırmayı sağlayan önemli bir yöntemdir (Güven, 2014). Obezite ile mücadelede aktif bir yaşam tarzının geliştirilmesi önemlidir (Yıldırım, Akyol ve Ersoy, 2008).

Obez hastalara yönelik tedavi planında, fiziksel egzersiz danışmanlık eğitimleri hastaların en çok fayda sağladığı alandır. Obezite ile mücadelede egzersiz kültürü ve alışkanlığının geliştirmesinin oldukça önemlidir (Kolcu, Yıldırım ve Uğur, 2015).

Obezite tedavisinde fiziksel aktivitenin önemi apaçık ortadadır. Diyet tedavisiyle birlikte yürütülen egzersiz programları sayesinde hastaların kilo vermesinde başarı oranı artış gösterecek, sedanter yaşam tarzı değişerek daha aktif bir yaşam tarzı gelişecek, stres, depresyon ve benlik saygısı durumlarında iyileşme sağlayacaktır.

Bu amaca yönelik olarak fiziksel aktivite biriminde, spor eğitmeni, fizyoterapist ve ilgili diğer konsültanlar ile kişiye özel egzersiz programları planlanmalıdır. Bireyin fiziksel aktivite planı oluşturulurken kişinin sevdiği aerobik tarzda aktiviteler belirlenmeli ve buna uygun bir plan oluşturmalıdır. Büyük kas gruplarını içeren ve haftanın en az beş günü hafif tarzda egzersiz faaliyetlerine ek olarak, haftada bir gün kas kitlesini koruma açısından ağırlık çalışması yapımını planlamalıdır.

Bireylere, hareketsiz yaşam tarzının doğurduğu sonuçların farkındalığının oluşması, psikolojik olarak kendilerini daha zinde hissetmelerinde fiziksel aktivitenin faydasını öğrenmeleri, bilinç kazanarak bunu yaşamında günlük bir rutin haline getirmeleri ve

yeni bir yaşam tarzı gelişiminin sağlanması için spor eğitmenleri ve diğer ilgili uzmanlar eşliğinde haftanın belirli bir gününde eğitim konferansları düzenlenmeli ve grup toplantıları yapılmalıdır.

6.1.4. Psikiyatrik Yaklaşımlar Birimi

Obez hastalarda psikiyatrik rahatsızlıkların daha yaygın görüldüğü bilinmektedir. Toplumun önemli bir kısmını ilgilendiren ciddi sosyal, psikolojik ve tıbbi sorunlar yaratabilen bir halk sağlığı sorunu olarak değerlendirilen obezite, bazı araştırmacılar tarafından psikosomatik bir hastalık olarak da görülmektedir. Toplumun şişmanlığa karşı gösterdiği reaksiyon nedeniyle kişilerde anksiyete, depresyon, suçluluk duygusu, nefret ve somatik yakınmalar gelişebilir (Mermi, 2018).

Özellikle kişinin neden yemek yeme ihtiyacı duyduğu sorgulanmaktadır. Stres, gerilim, huzursuzluk, kaygı, yaygın anksiyete, depresyon, iletişimsizlik ve evlilik sorunları gibi durumlar yemek yeme ihtiyacını artırabilmektedir. Kilo almaya sebep olan nedenle başa çıkılabilmesi için mutlaka bireye duygusal, düşünsel ve davranışsal olarak yaklaşılmalıdır. Davranış tedavisinde; yemek yeme alışkanlıklarının değiştirilmesi, grup terapisi yeni stratejiler geliştirerek hastaların verdikleri kilolar sonucu motivasyonlarını arttırmak ve var olan problemlerini çözmek sayılabilir (Çanakçı ve Cebeci, 2017).

Değirmenci vd., (2015)'nin yaptığı çalışmaya göre, obezitesi olan bireylerde benlik saygısının depresyon ve anksiyete belirtilerinden olumsuz yönde etkilendiği belirlenmiştir. Ayrıca VKI arttıkça benlik saygısının azaldığı tespit edildi. Düşük benlik saygısı yalnızca rahatsız edici bir duygu olarak kalmamakta, değişik psikopatolojik durumların ortaya çıkmasında rol oynayabilmektedir. Özellikle ergenlerde görülen davranış sorunları, yeme bozuklukları, depresyon ve psikosomatik yakınmaların düşük benlik saygısı ile ilişkili olduğu bildirilmektedir.

Obez bireylerde kişilerarası iletişimin güçlendirilmesi, benlik saygısının yükseltilmesi, yalnızlık hissinin azaltılmasında önemli bir etken kendi akranlarıyla aynı ortamda tedavi alıyor olması büyük bir etkene sahiptir. Bu birim ile hasta kendi gibi olanlarla daha kolay iletişim kurabilecek, sorunlarını daha kolay konuşabilecek ve oluşan ortam sayesinde davranışlarında değişiklik sağlaması kolaylaşacaktır. Grup terapileri, ödev uygulamaları gibi faaliyetler hastanın özgüvenini arttırarak “başarabilirim” bilincini oluşturacaktır.

6.1.5. Tamamlayıcı ve Destekleyici Tedavi Birimi

6.1.5.1. Masaj Salonu

Obez bireylerin birçoğunda kişilik bozuklukları, düşük benlik saygısı, depresyon ve anksiyete gibi psikolojik problemlerin normal kilolu kişilere oranla daha fazla olduğu gözlenmektedir (Eren ve Erdi, 2003; Özdel vd., 2011; Oğuz vd., 2015; Değirmenci vd., 2015; Mermi, 2018). Masaj uygulamaları ise, uygulanan kişiyi fizyolojik ve psikolojik olarak rahatlatmaktadır (Madenci, 2007). Diğer bir açıdan, obez bireylerde yaşanan bel, kalça ve diz ağrısı yaşam kalitelerini düşürmektedir (Değirmenci vd., 2015). Buna karşın masaj uygulaması ile ağrı, ödem, kas spazmı, hareket kısıtlılığının azaltılması sağlanabilmektedir (Kara ve Ünver, 2019).

Obezite tedavisinde yüz, eller ve ayaklarda ki beyinle ilişkili sinir noktalarına yapılan masaj uygulaması ile obeziteye neden olan hormonal dengesizlik düzenlenip, bağırsaklar ve iştah merkezi uyarılarak bireye tokluk hissi yaratarak yeteri kadar yenilmesi sağlanabilir.

Yapılan bir çalışmaya göre, He vd., (2015)'nin 65 yetişkin obez hasta üzerinde gerçekleştirdiği çalışmaya göre, 8 hafta boyunca günde bir kez karın ve refleks bölgelerine uygulanan masaj ile bireylerin vücut ağırlığının $68,54 \pm 10,45$ kg'dan $57,66 \pm 8,63$ kg'a düştüğü gözlenmiştir.

Obez bireylere uygulanacak olan masaj terapisi bireylere fiziksel aktivite sonucunda oluşabilecek kas ve iskelet sistemindeki ağrıları, kas spazmlarına yarar sağlayacaktır. Aynı zamanda bireye gevşeme ve rahatlama hissi sağlayarak stres, depresyon, üzüntü gibi ruhsal bozulmalarında da iyileşme gözlenecektir.

Mesaj terapisi alanında uzman kişiler tarafından verilmelidir. Sağlıklı yaşam merkezi programı içerisinde sunulacak masaj terapisi haftanın belirli günlerinde tedaviye ek olarak planlaması yapılmalı ve diğer uzmanlık alanlarında ki hekimler ile koordineli bir şekilde çalışılmalıdır. Uygulama öncesi ve sonrasında hastanın durumunun takip edilmesi için hastadan geri dönüş alınmalıdır. Bunun için belirli bir test geliştirilebilir. Burada amaç hastanın masaj uygulaması öncesinde ve sonrası durumu arasındaki gelişimi belirlemek ve sağlanan faydayı ortaya çıkarmak olacaktır.

6.1.5.2. Spa&Wellness Birimi

Obezite, tıbbi, psikiyatrik ve sosyal yönleri içeren çok faktörlü bir durumdur (Fishbein: 2001). Bu durum bireylerin kendisini ruhsal, bedensel, zihinsel ve ilişkisel olarak iyi ve dinç hissetmesini sağlayan her türlü sağlıklı yaşam yöntemlerine yöneltilmektedir (Baran ve Özoğul, 2019).

Sudan gelen sağlık anlamına gelen SPA ile iyi ve zinde olmayı ifade eden wellness hizmetleri sağlıklı yaşam yöntemlerini içeren bir terapi olarak bilinmektedir (BAKA, 2013). Bu kapsamda, belirli masaj türleri (Bali masajı, Tai Masajı, refleksoloji, taş masajı vb) ve cilt bakımının yanı sıra hamam, sauna, soğuk su havuzu, kapalı havuz, tuz odaları, buhar banyoları, spor merkezi gibi hizmetler sunulmaktadır (Ergüven, 2010; Baran ve Özoğul, 2019).

SPA terapileriyle kilo verme, vücut sıkılaştırma, toksinlerden arınma, selüloit probleminin giderilmesi, stres ve depresyon gibi psikolojik rahatsızlıklardan arınma açısından faydalar sağlanabilir (Tütüncü, 2013).

Obezite tedavisine yaklaşımda amaç bireyin yaşam tarzını değiştirmek, ona yeni bir yaşam biçimi kazandırmak olduğundan SPA & Wellness terapileri ile motivasyon kazandırarak; bedenin arındırılmasına, hareket ettirilmesine, sağlıklı beslenmeye ve stresten arınmasında yardımcı olur. Aynı zamanda cilt ve vücut bakımları ile bireylerin güzellik algısına da katkı sağlayarak onların kendilerine daha iyi hissetmeleri de sağlanmış olacaktır.

Obezite yaşam merkezinde SPA & Wellness terapilerinin verilebilmesi için buna uygun alanların dizayn edilmesi gerekmektedir. Çeşitli kür ve masaj terapileri alanında uzman kişiler ile çalışılmalı ve kişiye özel yaklaşımda bulunulmalıdır. Diğer tedavilere ek olarak sunulacak bu terapi yöntemi onların devamı niteliğinde olup destekleyici bir unsur görevini almalıdır.

6.1.5.3. Akupunktur Tedavi Birimi

Son yıllarda obezite tedavisinde alternatif bir yaklaşım olarak görülmeye başlanan akupunktur tüm dünyada popüler hale gelmektedir (Yıldırım, 2009). DSÖ'nün belirlediği akupunktur ile tedavi edici etkisi olan yalnız daha fazla araştırmaya ihtiyacı olan hatalıklar arasında obezite de yer almaktadır (Yıldız, 2013).

Obezite tedavisinde özellikle bireylerin diyet sırasında psikolojik olarak çok duyarlı oldukları, yemek yeme davranışının etkilendiği ve hatta diyet sonrası süreçte daha çok yemek yedikleri yapılan birçok çalışmada belirtilmektedir (Yıldırım, 2009). Bireylerin diyetle uyum ve sürdürülmesinde kullanılan yöntemlerden biriside 2000 yıllık geçmişe sahip akupunktur uygulamasıdır (Çelebi vd., 2019).

Obezite tedavisinde uygulanan diyet, bireyler üzerinde kilo kaybını sağlarken iştaha herhangi bir etkisi saptanmamaktadır. Ancak akupunktur uygulaması ile birlikte, bireyin iştah ve metabolizmasını etkileyerek kilo kaybını katkı sağladığı saptanmıştır (Cabioğlu ve Ergene, 2013). Özellikle akupunktur, gastrointestinal sistemdeki iştah yollarını kapatarak, kişiye tokluk hissi vermektedir (Çanakçı ve Cebeci, 2017).

Zhang vd., (2018)'nin yapmış olduğu çalışmaya göre, obezite ile ilgili verilen tedaviler ile akupunkturun kombinasyonu kilo vermede ve VKİ'nin iyileştirilmesinde en etkili yöntem olduğu ifade edilmektedir. Akupunktur, obezite ile başa çıkmada yaşam tarzı değişikliği ile karşılaştırıldığında önemli yararları olduğunu göstermektedir. Hem deneysel hem de klinik veriler, akupunkturun obezite tedavisinde etkinliğini kanıtlamaktadır.

Obez hastalar için kurgulanan sağlıklı yaşam merkezinde akupunktur tedavisi; alanında uzman kişiler tarafından verilecektir. Hasta akupunktur tedavisine başlamadan önce detaylı bir sağlık kontrolünden geçirilerek tedaviye uygunluğu değerlendirilmelidir. Tedaviye uygun görülen kişilerin, vücudunun belirli bölgelerine iğneler batırılarak, kişide tokluk hissi oluşur ve metabolizmanın hızlanması sonu kilo vermesine yardımcı olunur. Bu sayede. obezite tedavisinde kişiye uygulanan diyet programına uyumun sağlanması akupunktur ile desteklenebilir.

6.1.5.4. Yoga Birimi

Yaşam tarzı değişikliğinin sağlanmasında faydası olan yoga, obezite ve neden olduğu ilişkili hastalıkların önlenmesi ve tedavisinde yardımcı rol oynamaktadır (Rioux ve Ritenbaugh, 2013). Yoga, hayata dengeli bir yaklaşımla sağlıklı ve canlı bir yaşam tarzı ile ilişkilidir (Kaul, 2018). Obezitenin önlenmesi ve neden olduğu hastalıklar için riskin azaltılmasında, kilo verme de uygun ve potansiyel olarak başarılı bir yaklaşım olarak görünmektedir (Rioux ve Ritenbaugh, 2013).

Yoga terapisi, obez gruplar üzerinde sağladığı faydalar şu şekilde sıralanabilir (Kaul, 2018);

- Yoga, obez bireylerin fiziksel, duygusal ve zihinsel tüm yönleri üzerinde olumlu etkiye sahiptir,
- Yoganın düzenli bir şekilde uygulanması, yaşam tarzı haline getirilmesi obeziteyi azaltır,
- Yoga terapisi, bireyleri çevik ve zayıf yaparak verimli bir yaşam sürmelerini sağlar,
- Yoga, zihin ve davranış üzerinde kontrol sağlamaya yardımcı olarak; bireylerin beslenme alışkanlıklarını kolayca kontrol etmesini sağlar ve yaşam tarzını değiştirmesinde yardımcı olur.

Yoga bireylerin kas gücünü ve esnekliğini artırır ve egzersiz kapasitesini arttırmak için kan basıncı, solunum, kalp hızı ve metabolizma gibi fizyolojik değişkenlerin kontrol edilmesinde yardımcı olarak yaşam kalitesini artırır (Arankalle, 2013).

Yoga ve meditasyon terapileri kişilerin obezite rahatsızlığı sonucunda ortaya çıkan depresyon, anksiyete, stres, endişe, benlik saygısı düşüklüğü gibi psikososyal sorunları üzerinde ve fizyolojik açıdan esneklik, çeviklik sağlaması açısından etkili bir yöntem olduğu söylenebilir. Bu açıdan bakıldığında çalışmada sunulan merkez programı kapsamında obez hastalar üzerinde yoga terapisinin yararlar sağlayacağı açıktır.

Yoga terapisi alanında uzman eğitmenler tarafından verilmelidir. Obezite tedavisinde kullanılan diğer yöntemlerle koordineli bir şekilde tedavi planı yapılmalı; tedaviye ek olarak haftanın bir gününde uygulanmalıdır. Eğitmenler diğer konsültan hekimlerden aldıkları feedback ile kendi uygulamasını yönetmeli ve yürütmelidir. Burada amaç hastanın hem ruhsal açıdan dinginliğini sağlamak hem de kilo verme ve bunu sürdürme konusunda gerekli motivasyonu kazandırarak onlara yeni bir yaşam davranışı kazandırmaktır.

6.1.6. Hobi Atölyesi

Sanat terapisi, kişinin içinde bulunduğu duygu durumunu birtakım materyaller ile dile getirerek; bireyin yaratıcılık sürecini aktif kılarak kendisini keşfetmesini sağlamaktadır.

Terapi ile kişinin değer duygusu ve özgüveni artar, grup çalışmaları ile sosyalleşmesi ve sorumluluk duygusunun gelişmesini sağlar (Bostancıoğlu ve Kahraman, 2017).

Hobi atölyesi ile bireylerin tedavilerine ek olarak kişisel gelişim ve sosyal aktiviteler sayesinde sosyalleşmesi sağlanacaktır. Hobi atölyesi faaliyetleri geniş kapsamlı olup temel üç başlık altında toplanmaktadır. Sanat atölyesi, müzik ve dans salonları şeklinde hizmetler sunulacak ve bunun haricinde hobi bahçeleri ile de bireyler sebze-meyve yetiştiriciliğini öğrenecek; doğal beslenmenin önemini kavrayacaktır. Böylelikle sunulan diyet tedavisine ek olarak hobi bahçeleri de paralel olarak katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

6.1.6.1. Sanat Atölyesi

Tamamlayıcı ve bütünleyici tıbbın bir biçimi olan tıbbi sanat terapisi, diğer terapi türlerinden farklı olarak hastaların yaratıcılığını ortaya çıkarmaya ve faaliyetle bulunmalarını sağlayarak onları hastalığın varlığından bir süreliğine uzaklaştırmak, yaratıcı etkinlikte bulunmalarıyla kişisel güçlerini tekrar yaşayabilmelerini sağlamaktır (Aydın, 2012; Bostancıoğlu ve Kahraman, 2017).

Obezitenin oluşumunda etkili olan faktörlerden biri olan bireyin psikolojik durumunda meydana gelen (Erge, 2003; Güven 2014); öfke, neşe, depresyon, anksiyete gibi psikolojik etmenler bireylerin yeme davranışında değişiklik göstermesidir (Doğan, 2012; Güven, 2014).

Sanat terapisinin kişiye sağlayacağı faydalar önceki bölümlerde bahsedildiği gibi; bireylerin ruh hali ve duygu durumlarını düzenleme, çatışma ve sorunlarının çözümünde yarar sağlama, kişilerarası ilişkilerinin gelişiminin artırılması, öfke kontrolünü sağlama ve sorunlarla başa çıkma yöntemi olarak kullanılmasında yararları olduğu bilinmektedir.

Obez bireylerin yeme davranışı üzerindeki alışkanlıklarının değiştirilmesi tedavi açısından önemli bir argümandır. Alışkanlıkların değiştirilmesi, stresle mücadele edilmesi nitekim bireyin yaşam tarzını değiştirmesi ile mümkün olabilmektedir. Alışkanlıklarınızı değiştirmeli, stresle ve duygularınızla baş edebilmeyi öğrenmelisiniz. Eğer bunu yapmazsanız sağlıklı alışkanlıklarınıza geri dönmeniz muhtemeldir. Obezitenin sadece bir kilo problemi olmadığı, bunun arkasında yatan psikolojik ve ruhsal çöküntülerinde dikkate alınması tedavinin başarısı açısından önemlidir.

Obezitenin neden olduğu durumlar kadar sonuçları da bireyin yaşam kalitesi üzerinde etkilidir. Obezite nedeniyle yaşadığı sosyal, kişisel ve ekonomik problemler yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilmekte ve dikkate alınmadığında kötü sonuçlar doğurabilmektedir. Sanatla terapi ile obezite tanısı konulmuş hastaların kendilerini ifade etme olanağı sağlanmaktadır. Sanatla terapi kişinin içinde bulunduğu durumla başa çıkmasında yardımcı olur. Yaratıcı faaliyetlerde bulunmasıyla kişiye özgüven, umut ve kontrol hissi sağlamaktadır.

Terapi sanatın, resim, müzik, hareket, dans, tiyatro, sinema gibi alanlarında ki uygulamalarını içermektedir (Hasgül, 2016; Bilge ve Öğce, 2008).

Çalışmada sunulan yaşam merkezinde bireylerin tedavisine destek sağlayacak sanat atölyeleri yer alacaktır. Bu atölyelerde resim, heykeltıraş, müzik, dans, tiyatro, hobi bahçeleri gibi aktiviteler ile kişinin kendisini ifade etmesini sağlayacak bir alan oluşturulmuş olacaktır. Böylelikle birey hem kişisel olarak kendisini daha iyi hissedecek, duygu durumlarını ifade edebilecek ve grup ile bir arada olması ile sosyalleşmesi sağlanacak; özgüveni artacak, sosyal fobisi azalacak, başarma hissi ile motive olacaktır.

6.1.6.2. Dans Salonu

Sedanter yaşam tarzının bir uzantısı olan, bireylerin içerisinde bulundukları hareketsiz yaşam (Güven, 2014), fiziksel aktivite eksikliğine yol açmakta ve obezitenin gelişiminde önemli bir rol oynamaktadır (Karnik ve Kanedar, 2012). Bu noktada, egzersiz kültürü ve alışkanlığının geliştirmesi oldukça önemlidir (Kolcu, Yıldırım ve Uğur, 2015).

Bireyin bedenini ve duygularının bütünleşmesini ve kişinin bedenini kullanarak kendisini ifade etmesini sağlayan dans, duygusal, bilişsel, fiziksel ve sosyal bütünlüğünü güçlendirmek için uygulanan güçlü bir terapötik yöntemdir (Sarıkaya, Ayhan ve Sukut, 2017).

Dans terapisi bireyin duygusal, sosyal, bilişsel ve fiziksel entegrasyonunu desteklemek için hareketin psikoterapötik kullanımı sağlar. Alternatif tedaviler arasında önemli bir yeri olan dans terapisi, kişinin sağlığını koruma ve sürdürmesinin yanı sıra tedavi edici ve onarıcı bir yönü bulunmaktadır (Bilge ve Öğce, 2008).

Muler-Pinget vd., (2012)'nin 18 obez hasta üzerinde yapmış olduğu çalışmaya göre, 36 hafta (haftada 2 saat) süren bir dans terapisi programı sonucunda obez bireylerin kaybolan yaşam kalitesi, beden imajı algısı ve kendi vücut bilincinde anlamlı düzeyde iyileşmelerin sağlandığı saptanmıştır.

Obezite rahatsızlığı olan bireyler için uygulanacak olan dans terapisi, bedenlerini harekete geçirerek kalori yakılımını sağlayacak ve psikolojik açıdan bir rahatlama hissi vererek daha mutlu olmalarına olanak sağlayacaktır. Kişilerin kendilerini ifade edebileceği bir alan oluşturan dans, grup çalışmaları ile sosyalleşmeye de katkı sağlayacaktır. Böylelikle obez bireyler kendilerini yalnız hissetmeyecek, beden algıları ve benlik saygıları üzerinde iyileşmelerin gerçekleşmesine yardımcı bir terapötik uygulamada bulunacaklardır.

Obez bireyler için planlanan sağlıklı yaşam merkezinde yer alacak dans salonu içerisinde bu faaliyetler yürütülecektir. Alanında uzman ve özellikle obez bireyler üzerinde çalışmaları bulunan eğitmenler eşliğinde terapötik dans faaliyetleri yürütülecektir. Aynı zamanda diğer obezite tedavi yöntemlerine ek olarak yapılması planlanacaktır. Özellikle fizyoterapist veya fizik tedavi uzmanları ile dans eğitmenlerinin ortak hareket etmeleri gerekmektedir.

6.1.6.3. Müzik Odası

Hastayla ilgilenmek, hastalığına çare bulmak manasına gelen müzik terapi (Uçaner ve Jelen, 2015), ruhsal ve bedensel sorunları olan kişiler için etkili bir tedavi biçimidir. Müzikle tedavi, bireyin toplumdaki sosyal ilişkilerinin geliştirilmesi, özgüven duygusu sağlaması açısından önemlidir (Gençel, 2006).

Müzik terapisi programını tamamlamış uzman müzik terapistleri tarafından sunulmalıdır. Müzik terapisti bireylerin güçlü ve zayıf yönlerini, duygu durumlarını, beklenti ve ihtiyaçlarını belirleyerek, kişiye terapide özel bir yaklaşım sergilemelidir. Terapi sayesinde kişiler kendi müzik ritmini yaratma, şarkı söyleme, hareket etme veya müzik dinleme ile bile tedaviye katkı sağlanmaktadır. Terapötik bağlamda müzik terapisine katılımın ile kişilerin yetenekleri güçlendirilir, kendilerini kelimeyle ifade etmeye zorlananlara yardımcı olabilecek bir iletişim yolu sağlar ve aynı zamanda hayatlarının diğer alanlarında bunun etkisini görmeye başlar ve bu sayede özgüveni pozitif yönde gelişmiş olur.

BÖLÜM 7: TARTIŞMA

Bu bölümde yapılan analizler sonucunda obezite tedavisi veren kurumlar ile obez hastalar için planlanan bir sağlıklı yaşam merkezi modeline yönelik elde edilen bulgular ve konuyla ilgili yapılan çalışmaların bulguları karşılaştırılmıştır.

Sağlık turizmi ülke ekonomilerine katkı sağlayan, ekonomik büyümeyi hızlandıran ve istihdam sağlayarak işsizliğin azaltılmasında önemli rol oynayan sektörlerden biridir. Bu yönüyle sağlık turizmi ülkelerin ekonomik getiriler sağlaması yönünden yatırım yaptığı bir alan olduğu söylenebilir.

Obezite, günümüzde prevelansı giderek artan bir sağlık sorunu haline gelmiştir. Obezitenin gelişimi sadece fazla yemek yeme ile kilo alımının gerçekleşmesi değildir. Biyolojik, demografik, çevresel, psikolojik, sosyal ve kültürel açıdan birçok faktöre bağlı olarak gelişebilen bir rahatsızlıktır. Bundan dolayı obezitenin tedavisini tek bir nedene bağlı olarak gerçekleştirmek obezitenin karmaşık doğasına aykırı olacaktır. Obezite tedavisinde başarının sağlanabilmesi için tıbbi, psikiyatrik ve sosyolojik açıdan çok faktörlü bir tedavi planı gerekli olacaktır. Dolayısıyla obezitenin tedavisi birçok sağlık profesyonelinin yer aldığı multidisipliner bir yaklaşımın benimsendiği bir ekip çalışmasını gerektirmektedir.

Obezite tedavisinde temel amaç birey için gerçekçi bir vücut ağırlığı kaybı hedeflenerek, obeziteyle ilgili morbidite ve mortalite risklerini azaltmak, bireye yeterli ve dengeli beslenme alışkanlığını kazandırmak ve yaşam kalitesini yükseltmektir.

Çalışma kapsamında ilgili alan araştırması dâhilinde obezite tedavisinde bireylerin sosyal, psikolojik ve kültürel açıdan pozitif yönde gelişimlerini sağlamak onlara yeni bir yaşam tarzı geliştirmesinde etkili olacağını düşünülen faaliyetler belirlenmiştir. Anket çalışması yoluyla hastalara ve tedavi veren sağlık profesyonellerine mevcut kurumlarda yer alan tedavi seçenekleri ve sosyal yaşam olanaklarına ilişkin sorular yöneltilmiştir. Böylelikle mevcut tedavi veren kurumlarda hangi tedavi seçeneklerinin ve sosyal olanakların olduğunu saptamak amaçlanmıştır. Aynı zamanda çalışmaya katılanların planlanan sağlıklı yaşam merkezinde yer almasını gerekli gördüğü tedaviler, uzman ekip, sosyal ve kültürel faaliyetleri saptanmaya çalışılmıştır.

Obezite, cinsiyet, yaş, fiziksel aktivite eksikliği, eğitim düzeyi, beslenme alışkanlıkları, sigara ve alkol kullanımı gibi birçok faktöre bağlı olarak gelişebilmektedir. Obezitenin görülme sıklığı ise kadınlarda erkeklere göre daha fazla olduğu bilinmektedir (Akbulut, Özmen ve Besler, 2007). Çalışamda araştırmaya katılan hastaların %65,8'i kadınlardan ve %34,2'si erkeklerden oluşmaktadır.

Kitiş vd., (2010)'nin yapmış olduğu çalışmaya göre kadınların %44,2'si obez ve %6,4'ü morbid obez olarak bulunmuştur. Bu çalışmada ise katılan kadın hastaların %34,1'i obez ve %6,8'i morbid obez bulunmuştur.

Fiziksel aktivite eksikliği obezite gelişiminde önemli bir yer tutmaktadır. Sedanter yaşam tarzının giderek benimsenmesi, teknolojik gelişimler ve hareket kısıtlılığının artmasından dolayı obezite oluşumunda temel risklerden biri haline gelmektedir. Bu araştırmada hastaların %68,4'ü ara sıra fiziksel aktivite yaptığını ifade etmektedir. Aynı zamanda II. Derece obez olan katılımcıların % 75,0'i ara sıra fiziksel aktivite yaptığını saptanmıştır. Yapılan çalışmalara göre, obez hastalara yönelik tedavi planında, fiziksel egzersiz danışmanlık eğitimleri hastaların en çok fayda sağladığı alandır. Obezite ile mücadelede egzersiz kültürü ve alışkanlığının geliştirmesi oldukça önemlidir (Kolcu, Yıldırım ve Uğur, 2015). Obezite tedavisinde fiziksel aktivitenin önemi apaçık ortadadır. Diyet tedavisiyle birlikte yürütülen egzersiz programları sayesinde hastaların kilo vermesinde başarı oranı artış gösterecek, sedanter yaşam tarzı değişerek daha aktif bir yaşam tarzı gelişecek, stres, depresyon ve benlik saygısı durumlarında iyileşme sağlayacaktır.

Blaz ve Svab (2015)'in 346 katılımcı ile gerçekleştirmiş olduğu çalışmanın sonuçlarına göre, obezite tedavisinde multidisipliner yaklaşımın benimsenmesinin etkili olduğu görülmüştür. Birçok faktöre bağlı olarak gelişen obezitenin tedavisinde multidisipliner bir tedavi yaklaşımının benimsenmesi önem arz etmektedir. Bu kapsam da araştırmaya katılan hastalar tedavi aldıkları kurumlarda yer alan uzmanlıklar açısından tıbbi tedavi sunan sağlık profesyonellerinin yer aldığını ifade ederken, %63,1'i yaşam koçunun, %72,9'u spor eğitmeninin, %66,5'i nefes terapisti gibi tamamlayıcı tedaviler kapsamında hizmet verecek uzmanların yer almadığını ifade etmişlerdir. Bu araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinin de obez hastalara yönelik planlanan sağlıklı yaşam merkezinde obezite tedavisinde tamamlayıcı tedaviler kapsamında yaşam

koçunu (n=30), spor eğitmeni (n=40) ve masaj terapisti (30) uzmanların ekip içerisine dâhil olmasını istediği saptanmıştır.

Obezite tedavisinde tamamlayıcı ve alternatif tedavilerinin kullanılması diyetisyen, cerrahi, farmakolojik tedavi gibi tıbbi tedavilere destek sağlamak ve bireyin psikolojik olarak rahatlamasını, sosyalleşmesini, kişilerarası ilişkilerinin güçlenmesini sağlamak açısından önemlidir. Sanat terapileri, yoga ve meditasyon gibi ruhsal açıdan iyileşmesini sağlamak, benlik saygısını yükseltmek, akupunktur ve masaj terapileri ile toksin atılımı sağlama, depresyon, stres ve anksiyete gibi fiziksel, psikolojik, ruhsal ve sosyal açıdan rehabilite etmek gibi bilimsel anlamda kanıtlanmış yöntemlerdendir.

Öztaş vd., (2018)'nin yapmış olduğu çalışmaya göre, akupunktur tedavisi uygulanan obez bireylerin ortalama VKİ değeri tedavi öncesi $29,54 \pm 3,99$ kg/m²'den tedavi sonrası $27,98 \pm 3,68$ kg/m²'e düşmüştür. Çalışma kapsamında araştırmaya katılan hastaların mevcut tedavi aldıkları kurumlarda %78,4'ü akupunktur tedavisinin olmadığı ifade etmiştir. Araştırmaya katılanların planlanan obezite merkezinde ise %71,2'si akupunktur tedavisinin yer alması gerektiğini ifade etmişlerdir.

He vd., (2015)'nin 65 yetişkin obez hasta üzerinde gerçekleştirdiği çalışmaya göre, 8 hafta boyunca günde bir kez karın ve refleks bölgelerine uygulanan masaj ile bireylerin vücut ağırlığının $68,54 \pm 10,45$ kg'dan $57,66 \pm 8,63$ kg'a düştüğü gözlenmiştir. Bu çalışma kapsamında araştırmaya katılan hastaların mevcut tedavi aldıkları kurumlarda %78,9'u masaj terapisinin olmadığını ifade etmiştir. Çalışmamız da önerilen sağlıklı yaşam merkezi modelinde ise katılımcıların %81,4'ü masaj terapisinin gerekliliğini belirtmektedir.

Muler-Pinget vd., (2012)'nin 18 obez hasta üzerinde yapmış olduğu çalışmaya göre, 36 hafta (haftada 2 saat) süren bir dans terapisi programı sonucunda obez bireylerin kaybolan yaşam kalitesi, beden imajı algısı ve kendi vücut bilincinde anlamlı düzeyde iyileşmelerin sağlandığı bildirilmiştir. Çalışmaya katılan hastaların tedavi aldıkları kurumlarda %80,5'i aerobik/zumba gibi fiziksel aktivite uygulamasının olmadığını ve %89,5'i dans terapisinin olmadığını ifade etmektedir. Planlanan sağlıklı yaşam merkezinde ise, araştırmaya katılanların %71,6'sı dans gibi fiziksel aktivite uygulamasının olması gerektiğini belirtmişlerdir.

Bunların yanı sıra obezite rahatsızlığı olan bireylerde, beden hoşnutsuzluğu, düşük benlik saygısı, özgüven eksikliği, kişilerarası ilişkilerin zayıflığı, sosyal yaşamdan uzaklaşma, depresyon gibi obezitenin psikososyal boyutu kişinin yaşam kalitesinin düşmesine yol açabilmektedir. Nitekim yapılan çalışmalar bunun boyutunu ortaya koymaktadır (Myers ve Rosen, 1999; Tezcan, 2009; Güven, 2014; Altınok ve Kara, 2017; Mermi, 2018).

Değirmenci vd., (2015)'nin yapmış olduğu çalışmanın sonuçlarına göre ise VKİ arttıkça benlik saygısının azaldığı tespit edilmiştir. Çalışmaya katılan hastaların tedavi aldıkları kurumlarda benlik saygısını arttırmak için resim, seramik, ebru kursları, müzik dersleri, dikim atölyesi ve hobi bahçeleri gibi değişkenlerin yarısından fazlası kurumlarda yer almadığını ifade etmiştir. Aynı zaman da çalışmaya katılanların %74,2'si resim kursu, %74,2'si müzik dersleri, %77,5'i hobi bahçelerinin sağlıklı yaşam merkezinde olması gerektiğini ifade etmiştir.

Nihayetinde çalışmaya katılan hasta ve sağlık profesyonellerinden ve literatür araştırmasıyla elde edilen verilerden yola çıkılarak obez hastalar için geliştirilen sağlıklı yaşam merkezi modeli Ek 4'de yer almaktadır. Buna göre hastaların tıbbi ve tamamlayıcı tedavilerin yanında sosyal ve kültürel olarak da rehabilite edilmesi amacıyla terapötik yaklaşımlar da modele dâhil edilmiştir.

Bununla birlikte EK 3'de yer alan tabloya göre obez hastaların tedavisinin uzun dönemli başarısında bu alanda hizmet veren bir merkezde verilmesi gereken tıbbi tedaviler yanı sıra tamamlayıcı tedaviler (Çanakçı ve Cebeci, 2017; Şişman, Şişman ve Ersoy, 2017; Güngör, 2019; Bertisch, Wee ve McCarthy, 2008; Cho vd., 2009; Esteghamati vd., 2015) ile birlikte bireyin yaşam tarzında değişikliğin (Hall ve Kahan, 2018) sağlaması amacıyla da bulunması gereken fiziksel ve sosyal olanakları ve özelliklerin önemi vurgulanmıştır. Literatür doğrultusunda bu önemli sağlık sorununun daha iyi anlaşılması için, gerekli tüm faktörleri dikkate alan multidisipliner bir yaklaşıma (Şişman, Şişman ve Ersoy, 2018; Ansari ve Elhag, 2021; Flore vd., 2022) dayalı olarak obez hastaların tedavisine yönelik bir merkezde bulunması gereken özelliklere de vurgu yapılmaktadır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Obezite tedavisinde önemli olan kişinin sadece kilo vermesi sağlamak değildir. Obezite tedavisinde başarının sağlanabilmesi için kişiye yeni bir yaşam tarzı kazandırılması etkili olacaktır. Bu bağlamda çalışmanın temel amacı, sağlık turizmi kapsamında obez hastalar için yeni bir yaşam tarzı geliştirmesinde yardımcı olabilecek tıbbi, psikolojik, sosyal ve kültürel açıdan bütünsel bir yaklaşım içerisinde bulunacak bir sağlıklı yaşam merkezi modeli oluşturmaktır.

Obezite birçok faktöre bağlı gelişen bir rahatsızlık olduğundan tedavisinde ve yönetilmesinde birçok uzmanın bir arada bulunduğu bir ekip çalışmasını gerektiren, multidisipliner bir yaklaşımın önemli olduğu hastalıktır. Çalışma kapsamında tedavi alan hastaların görüşlerine göre, obezite tedavisi veren kurumlarda yeterli uzmanlık alanların bir arada bulunmadığı, gerekli olan tıbbi tedavilerin yanında psikolojik danışmanlık, fiziksel rehabilite, spor faaliyetleri, sosyal ve kültürel olanakları aynı merkez altında alamadığı görülmektedir. Çalışma kapsamında sunulan obez hastalar için sağlıklı yaşam merkezi modelinde hem tıbbi tedavi hem de sosyal ve kültürel olanakların bir arada bulunması hastanın ek maliyetlere katlanmayacağı, tedavinin sürekliliği sağlaması açısından sürekli kontrol altında olacağı bir merkezin gerekliliği saptanmaya çalışılmıştır.

Çalışmada elde edilen verilerine göre araştırmaya katılanlar tarafından obezite tedavisinde tıbbi tedaviler, tamamlayıcı ve destekleyici tedaviler, sosyal ve kültürel faaliyetlerin bir merkez çatısı altında bir arada sunulmasının gerekliliği ve önemi saptanmıştır.

Çalışmadan elde edilen sonuçlar ışığında şunlar önerilmektedir;

- Obezite sadece fizyolojik açıdan kilo almanın sonucunda ortaya çıkan bir durum olmadığından dolayı tedavi yaklaşımında kişiye özel ve multidisipliner bir yaklaşım sergilenmesi gerekmektedir.
- Kilo durumu ile TAT kullanımı arasındaki ilişkiyi daha fazla değerlendirmek için TAT tedavileri hakkında daha fazla veri içeren uzunlamasına bir çalışmaya ihtiyaç vardır. Kullanım bildiren katılımcının çok az olduğu veya hiç olmadığı

bu tedaviler için, kullanım eksikliği nedenlerinin araştırılması bu alanı daha fazla araştırmak için yardımcı olacaktır.

- Obezite kişiyi sadece fizyolojik açıdan değil aynı zamanda ekonomik açıdan da yıpratıcı bir süreç olmaktadır. Gerek obezitenin oluşumunda tüketilen gıdaların maliyetleri gerekse tedavisi için harcanan fonlar düşünüldüğünde bireylere yük getiren bir hastalık olarak karşımıza çıkmaktadır. Tedavisine yönelik olarak multidisipliner bir tedavi yaklaşımı içerisinde birçok uzmanlarla işbirliği şeklinde sürdürülecek olan tedavi yaklaşımı uzun süreyi kapsayabilmesi açısından kişilere de bir ekonomik yük getirebilmektedir. Ortaya çıkan ekonomik ve sosyal gerekçeler ülkeleri ve bireyleri sağlık problemlerini gidermek amacıyla farklı ülkelerden ya da bölgelerden sağlık ihtiyacını giderme yoluna gitmektedir. Dolayısıyla sağlık turizmi kapsamında obez hastalara yönelik sağlıklı yaşam merkezi modeli ile sağlık turizmi faaliyetinde bulunulabilir.
- Dünyada ve ülkemizde obezite eğilimlerinin arttığı günümüzde bu konunun anlamlı avantajlar sağlayacağı açıktır. Bu modelin uygulamaya geçirilmesi ile gerek bu tür hastalara hizmet verilerek önemli bir sağlık probleminin ortaya çıkaracağı ekonomik ve sosyal maliyetlerden korunulabilir gerekse de uluslararası sağlık turizmi çeşitliliği sunarak önemli turizm gelirleri elde edilebilir. Ayrıca sağlık turizmi çeşitliliği sunması yönüyle de sektöre önemli bir iş fikri olacağı düşünülmektedir. Bu yönüyle de ülke ekonomisine katkı sağlayacak bir fırsat olarak değerlendirilebilir.
- Çalışma da çözüm önerisi olarak sunulan obez bireyler için sağlıklı yaşam merkezinin ülkelerin ve dünyanın katlandığı ve gelecekte artarak katlanmak zorunda kalacağı bu maliyetleri hem engellemeyi hem de sağlık turizmi çeşitliliği sağlayarak ülkeye bir gelir alanı oluşturması öngörülmektedir.
- Obezite kişinin hem fizyolojik hem psikolojik durumları üzerinde olumsuz etkiye sahip olan kişinin yaşamsal faaliyetlerini kısıtlayarak, sosyal yaşamını olumsuz etkileyen bir rahatsızlık olarak, üzerinde durulması ve hükümetlerin önemle tedbirler alıp gerekli iyileştirmelerin yapması gerekli olduğu bir alandır.

- İleriki çalışmalara olanak sağlaması ve hizmet sunucuların değerlendirmeleri de dikkate alınarak böyle bir merkezin sahip olması gereken özelliklerinin belirlenmesine yönelik kapsamlı çalışmalar planlanabilir.



KAYNAKÇA

- Abanoz, H., Beylerbeyi, M., Şahin, G., Çelik, N.M. (2018). Isınma öncesi yapılan lokal spor masajının futbolcularda bazı performans değerlerine etkisinin incelenmesi. *Social Sciences Studies Journal*, 4(18), 1774-1779.
- Adaş, M. & Mert, M. (2014). Obezite medikal tedavi. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 30 (Ek sayı 1), 50-55.
- Adıyaman, F. (2006). Dünya sağlık örgütü avrupa obezite ile mücadele bakanlar konferansının öncesi ve sonrasında obezitenin gazetelerde sunumu. *Selçuk İletişim Dergisi*, 9(3), 204-223.
- Akar S. (2015). Obezite ile mücadelede vergilendirme: Türkiye’de mümkün mü?. *Journal Of Life Economics*, (6), 29-46.
- Akarcalı, S. (2016). Tüm yönleriyle sağlık turizmi Katar ülke raporu. *T.C. Sağlık Bakanlığı (SATURK)*.
- Akbulut, G., Özmen, M. & Besler, T. (2007). Çağın hastalığı obezite. *Bilim ve Teknik Dergisi*, 2(7), 2-15.
- Akça R. (2016). *Sağlık turizmi, özel ilgi turizmi kitabı içerisinde 11.bölüm*. Ankara: Detay Yayıncılık.
- Akhan, L.U. (2012). Psikopatolojik sanat ve psikiyatrik tedavide sanatın kullanılışı. *Yükseköğretim ve Bilim Dergisi*, 2(2), 132-135.
- Akkurt, S. (2012). Obezite ve egzersiz tedavisi. *Spor Hekimliği Dergisi*, (47), 123-130.
- Akman, G. (2019). *Fazla kilolu ve obez bireylerde beden algısı, benlik saygısı ve algılanan sosyal desteğin yaşam doyumuyla ilişkisinin incelenmesi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). T.C. Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Akman, G. (2019). *Fazla kilolu ve obez bireylerde beden algısı, benlik saygısı ve algılanan sosyal desteğin yaşam doyumuyla ilişkisinin incelenmesi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). T.C. Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı, İstanbul.
- Aktar, N., Qureshi, N.K. & Ferdous, H.S. (2017). Obesity: A Review of Pathogenesis and Management Strategies in Adult. *Delta Medical College Journal*, 5 (1), 35-48.
- Alkan, M. (2007). Major depresyon ve yineleyici depresyonda kişilerarası ilişkiler terapisi. *Türkiye Klinikleri Dergisi*, 3(29), 52-59.

- Alp, H. & Çamlıyer, H. (2015). Sosyal uyum bozukluğu gösteren çocukların uyumsal davranışlarına kaynaştırılmış ders dışı hareket eğitimi ve oyun etkinliklerinin etkisi. *Akademik Bakış Dergisi*, (9), 339-349.
- Altınok, A. & Kara, A. (2017). Beden İmajı ile Psikolojik Belirti Düzeyi ve Kişilerarası Tarz Arasındaki İlişkiler: Alternatif Modeller. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nöroloji Bilim Dergisi*, 30(3), 170-180.
- Altunkaynak, B.Z. & Özbek, E. (2006). Obezite: Nedenleri ve Tedavi Seçenekleri. *Van Tıp Dergisi*, 3(4), 138-142.
- Anantpavan, J., Sacks, G., Moodie, M. & Carter, R. (2014). Economics of Obesity Learning from the Past to Contribute to a Better Future. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, (11), 4007-4025.
- Annagür, B. (2010). Obezitede Çeşitli Risk Faktörleri ve Dürtüsellik. *Psikiyatri ve Güncel Yaklaşımlar Dergisi*, 2(4), 572-582.
- Ansari, W.E. & Elhag, W. (2021). Weight regain and insufficient weight loss after bariatric surgery: definitions, prevalence, mechanisms, predictors, prevention and management strategies, and knowledge gaps a scoping review. *Obesity Surgery*, (31), 1755–1766.
- Anzules, C., Haenni, C. & Golay, A. (2007). An experience of art therapy for patients suffering from obesity. *European Diabetes Nursing*, 4(2), 72-76.
- Arankalle, D. (2013). Integrating Naturopathy and Yoga in Management of Musculoskeletal Disorders. *Int J Prev Med*. 4(1), 120–121.
- Ataman, H., Esen, M.F. & Vatan, A. (2017). Medikal turizm kapsamında sunulan sağlık hizmetlerinde kalite ve hasta güvenliği. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 3(1), 28-44.
- Atan, G. (2018). Kronik hastalık yönetiminde tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanımı ve hemşirenin rolü. *Van Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(2), 21-24.
- Aydın, E. (2005). Müzik terapi: işleyiş ve yaklaşımlar. Erişim adresi: http://www.sanatpsikoterapileridernegi.org/uploads/6/4/5/5/6455557/aydin_esm_a_muzik_terapi_isleyis_ve_yaklasimlar.pdf (Erişim tarihi: 07.08.2021).
- Aygün, N. (2014). Obezite Tanımı, Komplikasyonları, Endokrin Kontrolü ve Beslenme Tedavisi. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 30(Ek sayı 1), 45-49.
- Azizoğlu, G. (2019). Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının obezite ile ilişkisinde kars ili lise öğrencileri modeli. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Türkiye Cumhuriyeti Kafkas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Fizyoloji Anabilim Dalı, Kars.
- Babaoğlu, K. & Hatun, Ş. (2002). Çocukluk çağında obezite. *Türk Tabipleri Birliği Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 11(1), 8-10.

- Bahar, Z., Beşer, A., Gördes, N., Ersin, F. & Kıssal, A. (2008). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II'nin geçerlilik ve güvenirlik çalışması. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(1), 1-13.
- BAKA (2013). Sağlık turizmi kalkınma raporu. Erişim adresi: <https://silo.tips/download/salik-turizm-sektr-raporu> (Erişim tarihi: 16.06.2021).
- Balcı, U.G. (2013). Obezite sempozyumu ve obezite ile savaş platform'undan izlenimler. *Smyrna Tıp Dergisi*, (2), 60-61.
- Balcıoğlu, İ. & Başer, Z. (2008). *Obezitenin psikiyatrik yönü*. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi.
- Baltacı, D., Ünalacak, M., Kara, İ.H. & Sarıgüzel, Y.C. (2015). Birinci basamakta obezite tedavisi. *Türkiye Klinikleri Aile Hekimliği Dergisi*, 6(3), 96-102.
- Baran, G.G. & Özoğlu, G. (2019). Beş yıldızlı kıyı tatil yeri (resort) otel işletmelerinin suyla sağlıklı ve zinde olma (spa ve wellness) bölüm hizmetlerinde yöneticiler tarafından algılanan sorunlar. *Türk Turizm Araştırmaları Dergisi*, 3(2), 135-145.
- Başa, B.A. (2009). *Türk hamam kültürünün spa & wellness mekânlarının tasarımına etkileri*. Zeitschrift für die Welt der Türken Journal of World of Turks, 1(1), 207-220.
- Başarangel, İ. & Öztürk, H. (2017). Terapatik rekreasyon amaçlı aktiviteler ve turistik gezilerin değerlendirilmesi: *Kırıkkale ili örneği*. *Journal of Recreation and Tourism Reseach (JRTR)*, 4(4), 53-65.
- Başıoğlu, C. & Buldukoğlu, K. (2015). Depresif bozukluklarda psikososyal girişimler. *Psikiyatriye Güncel Yaklaşımlar Dergisi*, 7(1), 1-15.
- Baydıl, B., Gürses, V.V. & Koç, M.C. (2017). Masajın bazı toparlanma parametrelerine etkisi. *Sportif Bakış: Spor Ve Eğitim Bilimleri Dergisi*, (1), 63-69.
- Benzeş, D., Özcan, F., Aşkun, D., Aksu, M. & Büyükgeniz, A. (2007). *Acıbadem hastanesi çocuk obezite kampı etkinliğinin değerlendirilmesi*. 43. Ulusal Diyabet Kongresi, Antalya. Erişim adresi: http://www.acibademhemsirelik.com/edergi/yeni_tasarim/files/diyabet%20%C3%A7al%C4%B1%C5%9Fmas%C4%B1.pdf (Erişim tarihi: 05.01.2019).
- Berberoğlu, Z. & Hocaoglu, Ç. (2021). Küresel sağlık sorunu 'obezite': güncel bir gözden geçirme. *Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 8(3), 543-552,
- Berk, Ş.B., Yücel, B. & Deveci, E. (2016). Ergenlik döneminde obezite; bilişsel davranışçı kuramlar ve motivasyon kuramları açısından karşılaştırmalı bir inceleme. *Türkiye Klinikleri J Psychol-Special Topics Journal*, 1(2), 50-58.

- Bernstein, A.M. (2013). Yoga in the management of overweight and obesity. *Amerivan Journal of Lifestyle Medicine*, 8(1), 33-41.
- Berthoud, H.R. & Klein, S. (2017). Advances in obesity: causes, consequences, and therapy. *Gastroenterology Journal*, 152(7), 1635-1637.
- Bertich, S.M., Wee, C.C. & McCarthy, E.P. (2008). Use of complementary and alternative therapies by overweight and obese adults. *Obesity (Silver Spring)*, 16(7), 1610-1615.
- Beyaz, B. & Koç, A. (2009). *Obezitenin ekonomisi: güncel durum, mücadele politikaları ve ekonomik analizler*. Anadolu Uluslararası İktisat Kongresi, Eskişehir.
- Biçer, İ. & Balçık, P.Y. (2019). Geleneksel ve tamamlayıcı tıp: türkiye ve seçilen ülkelerinin incelenmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 22(1), 245-257.
- Bilge, A. & Öğce, F. (2008). Dansın beden ve ruh sağlığı açısından önemi. *Halkbilimi Dergisi*, 1(2), 123-134.
- Birkan, I. (2014). Müzikle tedavi, tarihi gelişimi ve uygulamaları. *Ankara Akupunktur ve Tamamlayıcı Tıp Dergisi*, 37-49.
- Bischoff, S.C., Boirie, Y., Cederholm, T., Chourdakis, M., Cuerda, C., Delzenne, N.M., Deutz, N.E., Fouque, D., Gentron, L., Gil, C., Koltecko, B., Lean-Sanz, Ö., Shamir, R., Singer, J., Stroebele-Benschop, N., Thorell, A., Weimann, A., Barazzoni, R. (2016). Towards a multidisciplinary approach to understand and manage obesity and related diseases. *Clinical Nutrition Journal*, 36(4), 917-938.
- Blaz, M.K. & Svab, I. (2015). A multidisciplinary approach to treating obesity in a community health centre. *National Institute of Public Health*, 54(4), 252-258.
- Bostancıoğlu, B. & Kahraman, M.E. (2017). Sanat terapisi yönteminin ve tekniklerinin sağlık – iyileştirme gücü üzerindeki etkisi. *Beykoz Akademi Dergisi*, 5(2), 150-162.
- Cabioğlu, M.T. & Ergene, N. (2003). Akupunkturun etki mekanizmaları ve klinik uygulamaları. *Genel Tıp Dergisi* 13(1), 35-40.
- Cash, T.F. (2004). Body image: past, present, and future. *Body Image Journal*, 1(1), 1-5.
- Castelnuova, G., Pietrabissa, G., Manzoni, G.M., Cattivelli, R., Rossi, A., Novelli, M., Varallo, G., Molinari, E. (2017). Cognitive behavioral therapy to aid weight loss in obese patients: current perspectives. *Psychology Research and Behavior Management*. (10), 165-173.
- Castelnuovo, E. & Tran, T. D. (2017). Google it up! a google trends-based uncertainty index for the united states and australia. *Economics Letters*, (161), 149-153.

- Ceyhan, D. & Yiğit, T.T (2016). Güncel tamamlayıcı ve alternatif tıbbi tedavilerin sağlık uygulamalarındaki yeri. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 6(3), 178-189.
- Cheng, F.K. (2018). Efficacy of acupuncture on treating obesity and adipose-incurred illnesses. *TMR Integrative Medicine*, 2(4), 410-167.
- Cho, S.H., Thabane, J.L. & Lee, J. (2009). Acupuncture for obesity: a systematic review and meta-analysis. *Int J Obes (Lond)*, 33(2), 183-196.
- Correa, A.,H., Levia, F. M. & Bakucz, M. (2018). Past themes and future trends in medical tourism research: a co-word analysis. *Tourism Management Journal*, (67), 200-111.
- Corwin., R.L. & Grigson, P.S. (2009). Symposium overview—food addiction: fact or fiction?. *In The Journal of Nutrition*, 139(3): 617-619.
- Çakmak, S. & Nural, N. (2017). Kronik hastalıklarda tamamlayıcı ve alternatif tedavi uygulamaları. *Türkiye Klinikleri Internal Medicine Nursing-Special Topics*, 3(2), 57-64.
- Çakmak, B.B. & Dönmez, A. (2014). Obeziteye multidisipliner yaklaşım. *JCBPR*, (3),142-149.
- Çakmur, H. & Güneş, Ü.B. (2018). Poliklinik başvurularında obezite ve depresyon ilişkisinin incelenmesi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 22(2), 58-65.
- Çanakçı, E. & Cebeci, Z. (2017). Obezite tedavisinde ve akupunktur'un yeri. *Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi*, 9(4), 23-30.
- Çayır, A., Atak, N. & Köse, S.K. (2011). Beslenme ve diyet kliniğine başvuranlarda obezite durumu ve etkili faktörlerin belirlenmesi. *Dahili Bilimler Dergisi*, 64(1), 13-19.
- Çayır, Y. & Gürsoy, P.G. (2018). İn vitro fertilizasyon ve akupunktur. *Konuralp Tıp Dergisi*, 10(3), 420-423.
- Çelebi, M.M., Akkurt, S., Gençbay, M.B. & Küçük, M.Ö. (2019). Obezite tedavisinde auriküler akupunktur uygulamasının etkinliği. *Spor Hekimliği Dergisi*, 54(1), 45-51.
- Çelik, S. (2018). Alternatif turizm. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 11(56), 193-204.
- Çelikbaş, E.Ö. (2019). Dışavurumcu sanat terapisi. *Safran Kültür ve Turizm Araştırmaları Dergisi*, 2(1), 20-37.
- Çetintaş M. (2016). *Depresif fazla kilolu ve obez kadınların diyet tedavisi sonucunda psikolojik durumlarının değerlendirilmesi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

- Çoşkun, S., Yıldız, Ö. & Yazıcı, A. (2010). Psikiyatrik rehabilitasyonda fotoğrafın kullanımı: bir ön proje. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 1(3), 121-172.
- Çömlekçi, N. (2011). *Kilolunun yaşam kalitesi üzerine etkisi ölçeği (ıwqol-lite) Türkçe versiyonunun psikometrik değerlendirilmesi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). T.C. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Hemşireliği Programı, İstanbul.
- Çukur A. & Erdem, A.İ. (2017). Obezite vergilerinin obezite ile mücadelede yeri: Türkiye için bir değerlendirme. *Sayıştay Dergisi*, (6), 121-146.
- Dalkıran, B.G. (2017). Bir sağlık turizmi destinasyonu olarak Trakya Bölgesi. *Social Sciences Research Journal*, 5(4), 162-178.
- Dedeli, Ö. (2010). *Obez bireylerin kilo vermeye yönelik tutum ve inançların incelenmesi: sağlık inanç modelinin uygulanması*. (Yayımlanmamış Doktora Tezi). T.C. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Değirmenci, T., Oğuzhanoglu, K.N., Varma, S.G., Özdel, O. & Fenkçi, S. (2015). Obezitede psikolojik belirtiler ve ilişkili etmenler. *Nöro Psikiyatri Arşivi*, 52(1), 42-46.
- Demir, V. (2017). Dışavurumcu sanat terapisinin psikolojik belirtiler ile bilişsel işlevlere etkisi. *Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, 7(1), 575-598.
- Deveci, A., Demet, M.M., Özmen, B., Özmen, E. & Hekimsoy, Z. (2015). Obez hastalarda psikopatoloji, aleksitimi ve benlik saygısı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, (6), 84-91.
- Doğan R. (2012). *Eskişehir Büyükdere aile sağlığı merkezine başvuran gebelerde obezite sıklığının ve obezitenin yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). T.C. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Eskişehir.
- Doruk, P., Yıkılkan, H., Güneş, N.A., Aypak, C. & Görpeoğlu, S. (2014). Obez çocuklar daha mı mutsuz? depresyon, beden algısı ve kaygı durumları. *Avrasya Aile Hekimliği Dergisi*, 4(2), 91-98.
- Edinsel, S. & Adıgüzel, O. (2014). Türkiye'nin sağlık turizmi açısından son beş yıldaki dünya ülkeleri içindeki konumu ve gelişmeleri. *Çankırı Karatekin Üniversitesi Çankırı İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 4(2), 167-190.
- Eker, E. & Şahin, M. (2002). Birinci basamakta obeziteye yaklaşım. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi*, 11(7), 246-249.
- Elinder, L.S. & Jansson, M. (2008). Obesogenic environments – aspects on measurement and indicators. *Public Health Nutrition Journal*, 12(3), 307-315.

- Emre, N. & Öner, M. (2018). Kırsalda yaşayan kadınlarda obezite, yaşam kalitesi ve ruhsal durum ilişkisi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 22(4), 176-184.
- Erbaş, M.K., Ünlü, H. & Davarcı, T. (2015). Beden eğitimi öğretmen adaylarının benlik saygısı düzeylerinin farklı değişkenler açısından incelenmesi. *Gazi Üniversitesi Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 35(2), 267-281.
- Erbay, L.G., Akyüz, M., Şahin, İ., Evren, B., Kayaalp, C. & Karlıdağ, R. (2018). Bariatrik cerrahi adayı morbid obezite hastalarının yaşam doyumunun beden algısı ve benlik saygısı ile ilişkisi. *Fırat Tıp Dergisi*, 23(1), 1-5.
- Erdem, B., Gülcan, B. & Chykynov, S. (2015). Konaklama işletmelerinde spa & wellness hizmetlerinde çalışan işgörenlerin profili: Antalya'daki beş yıldızlı otel işletmelerinde bir araştırma. *Akademik Bakış Dergisi*, (48), 238-257.
- Erdim, L., Ergun, A. & Kuşuoğlu, S. (2014). Çocuklarda obezitenin önlenmesi ve yönetiminde hemşirenin rolü. *Sağlık Bilimleri ve Mesleki Dergisi*, 1(2), 115-126.
- Eren, İ. & Erdi, Ö. (2003). Obez hastalarda psikiyatrik bozuklukların sıklığı. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 6(3), 152-157.
- Erge, S. (2003). Obezlerde yeme davranışı ve obezitede davranışçı tedavisi ilkeleri. *Beslenme ve Diyet Dergisi*, 32(1), 47-59.
- Ergül, Ş. & Kalkım, A. (2011). Önemli bir kronik hastalık: çocukluk ve ergenlik döneminde obezite. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 10(2), 223-230.
- Ergün, A., Gür, K., Erol, S. & Kadioğlu, H. (2012). Okul temelli fiziksel etkinlik programının çocukların fiziksel etkinlik bilgi ve davranışlarına etkisi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 4(2), 2-17.
- Ergüven, M.H. (2010). Wellness, medical wellness ve turizm. *Sosyal Ve Beşeri Bilimler Dergisi*, 2(2), 87-95.
- Ergüven, M.H., N. (Eds.). (2013). *Termal ve spa hizmetleri*. Eskişehir: T.C. Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Yayını.
- Eriş, H.M. & Anıl, D. (2016). Üniversite Öğrencilerinin Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 31(3), 91-504.
- Erkol, A. & Khorshid, L. (2004). Obezite; predispozan faktörler ve sosyal boyutun değerlendirilmesi. *SSK Tepecik Hastanesi Dergisi*, 14(2), 101-107.
- Eroğlu, O. & Koyuncu, C. (2018). Obezite vergisi ve türk vergi sisteminde obeziteye yönelik uygulamalar. *Ömer Halisdemir Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 11(2), 178-194.
- Erol, A. & Yazıcı, F. (1999). Bulimia nervozada tedavisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 2(3), 72-178.

- Esteghamati, A., Mazaheri, T., Rad, M.V. & Noshad, S. (2015). Complementary and alternative medicine for the treatment of obesity: a critical review. *Int J Endocrinol Metab*, 13(2).
- Esteghamati, A., Mazaheri, T., Rad, M.V. & Noshad, S. (2015). Complementary and Alternative Medicine for the Treatment of Obesity: A Critical Review. *Int J Endocrinol Metab*, 13(2), 1-9.
- Ettinger, A.K., Riley, A.W. & Price, C.E. (2018). Increasing maternal employment influences child overweight/obesity among ethnically diverse families. *Journal of Family Issues*, 1-26.
- Fishbein, L. (2001). Causes of obesity. *The Lancet Journal*, 357(9272), 1987-1988.
- Flore, G., Preti, A., Carta, M.G., Deledda, A., Fosci, M., Nardi, A.E., Loviselli, A. & Velluzzi, F. (2022). Weight maintenance after dietary weight loss: systematic review and meta-analysis on the effectiveness of behavioural intensive intervention. *Nutrients*, 14(6), 2-17.
- Garaulet, M. & Heredia, F.P. (2010). Behavioural therapy in the treatment of obesity (11): role of the mediterranean diet. *Nutricion Hospitalaria Journal*, 25(1), 9-17.
- Gençay, C., M. (Eds). (2007). *Sağlık turizmi, sürdürülebilir rekabet avantajı elde etmede turizm sektörü*. İstanbul: Kazancı Hukuk Yayınevi.
- Gençel, Ö. (2006). Müzikle tedavi. *Kastamonu Eğitim Dergisi*, 14(2), 697-706.
- Gergerlioğlu, U. (2014). Bireysel ve toplumsal maliyetler perspektifinden obezite vergilemesinin iktisadi etkilerinin değerlendirilmesi. *Karadeniz Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Bilimler Dergisi*, (7), 135-141.
- Gibson, E.L. (2006). Emotional influences on food choice: sensory, physiological and psychological pathways. *Physiol Behavior Journal*, 89(1), 53-91.
- Godwin, B. (2015). Hogewey: a 'home from home' in the Netherlands. *The Journal of Dementia Care*, 23(3), 28-31.
- Gökbunur, R., Doğan, A. & Utkuseven, A. (2015). Obezite ile mücadelede bir kamu politikası aracı olarak vergilerin değerlendirilmesi. *Yönetim ve Ekonomi Dergisi*, 22(2), 581-602.
- Gündüz, T. (2015). Akupunktur ile obezite tedavisi. *Ankara Akupunktur ve Tamamlayıcı Tıp Dergisi*, 3(1), 1-5.
- Gündüzoğlu, N.Ç. (2008). *Obezilere özgü yaşam kalitesi ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirliğinin incelenmesi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). T.C. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

- Gündüzoğlu, N.Ç., Fadıoğlu, Ç. & Yılmaz, C. (2014). Obezilere özgü yaşam kalitesi ölçeğinin geçerlilik ve güvenirliğinin incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, (15), 63-68.
- Güngör, Ş. (2019). Obezitenin tedavisinde geçmiş ve güncel bariatrik cerrahi uygulamaları. *MSU Fen Bil. Dergisi*, 7(2), 697-705.
- Gürsoy, Y., Akgöz, E. & Topuz, Ç. (2017). Giresun ili sağlık turizmi potansiyelinin değerlendirilmesi. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 10(49), 773-785.
- Güven, S.P. (2014). *Obezitenin temel boyutları, diyarbakır'da obezite ve obeziteye karşı alınması gereken önlemler*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). T.C. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı, Hastane Ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, İstanbul.
- Hall, K. & Kahan, S. (2018). Maintenance of lost weight and long-term management of obesity. *Med Clin North Am.*, 102(1), 183–197.
- Hamurcu, P., Öner, C., Telatar, B. & Yeşildağ, Ş. (2015). Obezitenin benlik saygısı ve beden algısı üzerine etkisi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 9(3), 122-128.
- Hasgül, E. (2016). Sosyal hizmet uygulamalarında sanatın önemi. *International Journal of Innovative Research in Education*, 3(2), 55-60.
- He, J., Zhang, X., Qu, Y., Huang, H., Liu, X., Du, J. & Guo, S. (2014). Effect of combined manual acupuncture and massage on body weight and body mass index reduction in obese and overweight women: a randomized, short-term clinical trial. *Journal of Acupuncture and Meridian Studies*, 8(2), 61-65.
- Hiçdurmaz, D. & Öz, F. (2011). Benliğin bilişsel yaklaşımla güçlendirilmesi. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 18(2), 68-78.
- HSGM (Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü). Obezite ve egzersiz. <https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-hareketli-hayat-db/Yayinlar/kitaplar/fiziksel-aktivite-bilgi-serisi/obezite-ve-egzersiz.pdf> (10.09.2019).
- İlhan, B.Ö. (2018). *Obezite cerrahisinin benlik saygısı ve yaşam kalitesine etkisi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). T.C. Maltepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı, İstanbul.
- Kaçmaz, N., Ersü, A., Balcı, U.G. & Öngel, K. (2014). Sağlıklı yaşam ve obezite cerrahisi: olgu sunumu. *Smyrna Tıp Dergisi*, (1), 38-40.
- Kahraman, G. (2014). *Obeziteye yönelik tutum ve inançların geliştirilmesinde sağlık programlarının etkisi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). T.C. Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sakarya.

- Kahraman, G., Baş, T. & Akbolat, M. (2015). Obeziteye yönelik tutum ve inançların geliştirilmesinde sağlık programlarının etkisi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(2), 89-98.
- Kahraman, M.S., Güriz, S.O. & Özdel, K. (2014). Yetişkinlerde obezite: biyolojik ve psikolojik tedaviler için genel bir gözden geçirme. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, (17), 28-40.
- Kalyon, T.C. (2007). Akupunktur tedavisi. *Turkish Journal of Physical Medicine and Rehailitation*, 53(2), 52-57.
- Kara, A. (2016). Sosyal görünüş kaygısı ile utangaçlık arasındaki ilişkilerin incelenmesi. *Birey ve Toplum Dergisi*, 6(11), 95-106.
- Kara, A. & Eryılmaz, A. (2018). Beliren yetişkinlerin gözünden olumlu beden imajı oluşturma yöntemleri. *Eğitimde Nitel Araştırmalar Dergisi*, 6(3), 94-409.
- Kara, E. & Ünver, G. (2019). Masaj ve toparlanmaya etkileri. *Gaziantep Üniversitesi Spor Bilimleri Dergisi*, 4(1), 28-49.
- Karaçil, M.Ş. & Şanlıer, N. (2014). Obeziteye çevre ve sağlık üzerine etkileri. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(2), 786-803.
- Karam, J.G. & McFarlane, S.I. (2007). Secondary causes of obesity. *Therapy Journal* 4(5), 641-650.
- Karam, J.G. & McFarlane, S.I. (2010). Tackling obesity: new therapeutic agents for assisted weight loss. diabetes, metabolic syndrome and obesity. *Targets and Therapy Journal*, (3), 95-112.
- Karnik, S. & Kanedar, A. (2012). Childhood obesity: a global public health crisis. *International Journal of Preventive Medicine*, 3(1), 1-7.
- Kasa, Ö. (2013). Spa ve wellness otelleri. *Turizm&Yatırım Dergisi*. Erişim adresi http://www.turizmyatirimdergisi.com.tr/images/dergi/ek/ek_spa--wellness-otelleri-15ek1.pdf (Erişim tarihi: 09.10.2020).
- Kavaklı, A. (2010). Akupunktur. *Fırat Tıp Dergisi*, 5(1), 1-4.
- Kayar, H. & Utku, S. (2013). Çağımızın hastalığı obezite ve tedavisi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(2), 1-8.
- Kaul, K.K. (2018). Yoga therapy of obesity and diabetes. *Journal of Nursing and Health Science*, 7(6), 23-33.
- Kessler, D.A. (2009). The end of overeating. *The Journal of Clinical Investigation*, 119(10), 2867.
- Kılıç, S., Aytaç, D. & Çakargöz, K.M. (2017). Devletin obeziteyle mücadele politikalarının etki düzeylerinin nörogörüntüleme yöntemiyle

değerlendirilmesine yönelik deneysel bir çalışma. *Finans-Politik & Ekonomik Yorumlar Dergisi*, 54(629), 51-62.

Kılınç, F. & Gözel, N. (2018). Obezite ve genetik. *Fırat Tıp Dergisi*, (23), 9-13.

Kim, S., Arcodia, C. & Kim, I. (2019). Critical success factors of medical tourism: the case of south korea. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 16(24), 4964.

Kitiş Y., Bilgili N., Hisar F. & Ayaz S. (2010). Yirmi yaş ve üzeri kadınlarda metabolik sendrom sıklığı ve bunu etkileyen faktörler. *Anadolu Kardiyol Dergisi*, (10), 111-119.

Kocaman, F. (2015). *Demans dostu toplumlar*. Alzheimer Haber, Alzheimer Derneği Periyodik Yayın, 5.Ulusal Alzheimer Kongresi, Muğla.

Kolcu, G., Yıldırım, A.E. & Uğur, Ş. (2015). Obezite ile mücadelede yaşam tarzı değişikliklerinin değerlendirilmesi. *Smyrna Tıp Dergisi*, (1), 15-20.

Kördeve, M. (2016). Sağlık turizmine genel bir bakış ve Türkiye'nin sağlık turizmindeki yeri. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Derneği*, 2(1), 51-61.

Kraff, M.T., Willfley, D.E., Young, J.F., Mufson, L. Yanovski, S.Z., Glasofer, D.R., Salaita, C.G., Schvey, N.A. (2010). A pilot study of interpersonal psychotherapy for preventing excess weight gain in adolescent girls at-risk for obesity. *Journal of Eating Disorders*, 43(8), 701-706.

Kumsar, A.K., Yılmaz, T. & Olgun, N. (2011). Obezitede güncel yaklaşımlar. *Diyabet, Obezite ve Hipertansiyonda Hemşirelik Forumu Dergisi*, 3(1), 21-29.

Lyon, H. & Hirschhorn, J.N. (2005). Genetics of common forms of obesity: a brief overview. *The American Journal of Clinical Nutrition*, (82), 215-217.

Madenci, E. (2007). Klasik masaj. *Türk Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*, 53(2), 58-61.

Mannucci, E., , Petroni, M.L., Villanova, N., Rotella, C.M., Giovanni Apolone, G. & Marchesini, G. (2010). Clinical and psychological correlates of healthrelated quality of life in obese patients. *Health and Quality of Life Outcomes*, 8(90), 2-9.

McGowan, B.M. (2016). *A practical guide to engaging individuals with obesity*. *The European Journal of Obesity*, 9(3), 183-192.

Mercanlıgil, S.M. (2008). *Şişmanlığın tedavi yöntemleri: doğrular ve yanlışlar*. Ankara: Klasmat Maatbacılık.

Merdol, T.K. (2003). Obezitede diyet tedavisi temel ilkeleri ve eğitim. *Turkish Journal of Endocrinology and Metabolism*, 7(2), 33-38.

Mermi, O. (2018). Obezite ve psikiyatri. *Fırat Tıp Dergisi*, 23(Özel sayı), 54-60.

- Mert, G. (2013). Sağlık turizmi ve uygulanabilirliği. *IAAOJ, Social Science*, 1(1), 103-126.
- Mo-suwan, L. & Geater, A.F. (1996). Risk factors for childhood obesity in a transitional society in Thailand. *Int J Obes Relat Metab Disord*, 20(8), 697-703.
- Muller-Pinget, S., Punt, I., Edelsten, C. & Allet, L. (2016). Dance therapy combined with patient education improves quality of life of persons with obesity: A pilot feasibility study for a randomised controlled trial. *Obesity Research & Clinical Practice*, 11(1), 1-9.
- Müezzinoğlu, T. (2005). Yaşam kalitesi. *Üroonkoloji Bülteni*, (1), 25-29.
- Myers, A. & Rosen, JC. (1999). Obesity stigmatization and coping: relation to mental health symptoms, body image, and selfesteem. *International Journal of Obesity*, (23), 221-230.
- Oğuz, G., Karabekiroğlu, A., Kocamanoğlu, B. & Sungur, M.Z. (2016). Obezite ve bilişseş davranışçı terapi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar Dergisi*, 8(2), 133-144.
- Oksel, E., Kolcu, Z., Yorulmaz, S. & Paşaoğlu, Ş. (2008). Obez bireylerde yaşam kalitesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 24(3), 115-123.
- Okumuşoğlu, S. (2017). Diyet yapan kadınlarda beden algısı, benlik saygısı, yaş ve vücut kitle indeksi ilişkisinin araştırılması. *Ulakbilge Sosyal Bilimler Dergisi*, 5(13), 1171-1181.
- Ongun B. (2013). *Turizm ve sağlık turizmi (Denizli örneği)*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). T.C. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, İstanbul.
- Öncü, İ. (2009). *Çocukluk çağı obezitesinde metabolik parametrelerin diyet ve egzersizle ilişkisi*. (Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi). T.C. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Adana.
- Özbece, H. & Sevensan, F. (2009). Evaluation of researches about complementary and alternative medicine in children. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, (52), 183-194.
- Özdel, O., Varm, G.S., Fenkçi, S., Değirmenci, T., Karadağ, F., Oğuzhanoğlu, K. & Ateşçi, F. (2011). Obez kadınlarda psikiyatrik tanı sıklığı. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, (14), 210-217.
- Özer, Ö. & Songur, C. (2012). Türkiye'nin dünya sağlık turizmindeki yeri ve ekonomik boyutu. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 4(7), 69-81.

- Özkan, İ. (1994). Benlik saygısını etkileyen etmenler. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nöroloji Bilim Dergisi*, 7(3), 4-9.
- Özsarı, S.H. & Kartana, Ö. (2013). Sağlık turizmi açısından Türkiye'nin durumu. *Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi (J Kartal TR)*, 24(2), 136-144.
- Öztaş, D., Erdoğan, S., Köroğlu, F.T., Mollahaliloğlu, S. & Erel, Ö. (2018). Obezite tedavisinde vücut ve akupunkturun vücut ağırlığını belirgin azaltılmasıyla oksidan-antioksidan sistem ilişkisi. Türkiye Aile Hekimliği Vakfı, 12. Aile Hekimliği Kongresi, Antalya.
- Öztürk, Y. & Yazıcıoğlu, İ. (2002). Gelişmekte olan ülkeler için alternatif turizm faaliyetleri üzerine teorik bir çalışma. *Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi*, 5(2), 183-95.
- Peters, T. & Verderber, S. (2016). Territories of engagementin the design of ecohumanisthealthcare environments. *Health Environments Research & Design Journal*, 10(2), 107-123.
- Radwan, H., Hasan, H.A., Ismat, H., Hakim, H., Khalid, H., Al-Fityani, L., Mohammed, R., Ayman, A. (2019). Body mass index perception, body image dissatisfaction and their relations with weight-related behaviors among university students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(9), 2-11.
- Rančić, M., Popov-Raljić, J. & Pavić, L. (2013). Spa-wellness center as part of the hotel facility. *TURIZAM*, 17(2), 45-59.
- Rioux, J. & Ritenbaugh, C. (2013). Narrative review of yoga intervention clinical trials including weight-related outcomes. *Altern Ther Health Med*, 19(3), 32-46.
- Rönn, M. (2013). *Environmental contaminants and obesity*. Digital Comprehensive Summaries of Uppsala Dissertations from the Faculty of Medicine. Erişim adresi: <http://uu.diva-portal.org/smash/get/diva2:659846/FULLTEXT01.pdf> (Erişim tarihi:11.08.2021)
- Sabuncu, T., Kıyıcı, S., Eren, M.A., Sancak, S., Sönmez, A., Güldiken, S., Kutlutürk, S., Şahin, İ., Yılmaz, M., Bayram, F. (2017). Summary of bariatric surgery guideline of the society of endocrinology and metabolism of Turkey. *Turk J Endocrinol Metab.*, (21), 140-147.
- Sağlam, F. & Güven, H. (2014). Obezitenin cerrahi tedavisi. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 30(Ek sayı 1), 60-65.
- Sarıçay, N.Y. (2011). Sanus per aquam sudan gelen sağlık “SPA”. *Ar&Ge Bülten*. Erişim adresi: http://www.izto.org.tr/portals/0/iztogenel/dokumanlar/sanus_per_aquam_n_saricay_4-17-2012%206-53-23%20pm.pdf (Eerişim tarihi: 11.12.2020)

- Sarıkaya, N.A., Ayhan, C.H. & Sukut, Ö. (2017). Farklı gruplarda dans ve hareket terapisinin kullanımı ve etkileri. *Journal of Academic Research in Nursing (JAREN)*, 3(Ek sayı), 1-5.
- Saygılı, G., Kesecioğlu, T.İ. & Kırıktaş, H. (2015). Eğitim düzeyinin benlik saygısı üzerindeki etkisinin incelenmesi. *Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi*, 4(2), 210-217.
- Sedef, M. (2018). A model proposal for the development of health tourism in Pamukkale: "Pamukkale health free zone". *International Journal Of Health Management And Tourism*, 3(3), 133-146.
- Set, T. & Avşar, Ü. (2015). Obezitede tamamlayıcı ve alternatif tıp. *Türkiye Klinikleri Family Medicine - Special Topics*, 6(3), 108-111.
- Sevim, E. & Sevim, E. (2019). Medikal turizm tercihini etkileyen faktörlerin incelenmesi: Türkiye örneği. *Hacettepe Sağlık İdarisi Dergisi*, 22(3), 633-652.
- Shimamoto, H., Adachi, Y., Takahashi, M. & Tanaka, K. (1998). Low impact aerobic dance as a useful exercise mode for reducing body mass in mildly obese middle-aged women. *Appl Human Sci.*, 17(3), 109-114.
- Somer, P. & Vatanoğlu-Lutz, E.E. (2016). Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları yönetmeliği'nin hukuki ve etik açıdan değerlendirilmesi. *Anadolu Kliniği Dergisi*, 22(1), 58-65.
- Strauss, R. (2000). Childhood obesity and self-esteem. *Official Journal of American Academy of Pediatrics*, 105(1), 1-5.
- Şahin, M.K., Şahin, G. & Yarış, F. (2014). Obezitenin önlenmesinde diyetetik yaklaşımlar. *Türkiye Klinikleri Dergisi*, 5(6), 61-67.
- Şengönül M, Arancıoğlu İÖ, Maviş Ç.Y. & Ergüden B. (2019). Obezite ve psikoloji. *Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(3) 1-12.
- Şengül, H. & Bulut, A. (2019). Dünyada ve Türkiye'de sağlık turizmi. *Yönetim, Ekonomi ve Pazarlama Araştırmaları Dergisi*, 3(1), 45-62.
- Şişman, P., Şişman, M. & Ersoy, C. (2018). Bariatric surgery: outcomes and follow-up. *Eur Arch Med Res.*, 34 (3), 167-74.
- SB (T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü). (2010). *Türkiye obezite (şişmanlık) ile mücadele ve kontrol programı*. Erişim adresi: <http://tekinakpolat.com/wp-content/uploads/2017/12/turkiye-sismanlikla-mucadele.pdf> (Erişim tarihi: 05.09.2021).
- SB (T.C. Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu). (2013). *Türkiye sağlıklı beslenme ve hareketli hayat programı* (2013-2017). Erişim adresi: <https://dosyaism.saglik.gov.tr/Eklenti/8861,turkiye-saglikli-beslenme-ve-hareketli-hayat-programipdf.pdf?0> (Erişim Tarihi: 04.01.2019).

- SB (T.C. Sağlık Bakanlığı). (2018). *Obezite merkezlerinin açılması, tescil edilmesi, çalışma usul ve esasları hakkında genelge*. Erişim adresi: <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/27905,obezite-merkezlerinin-acilmasi-tescil-edilmesi-calisma-usul-ve-esaslari-pdf.pdf?0> (Erişim tarihi: 10.12.2018).
- Tam, A.A. & Çakır, B. (2012). Birinci basamakta obeziteye yaklaşım. *Ankara Medical Journal*, 12(1), 37-41.
- Tedik, S.E. (2017). Fazla kilo / obezitenin önlenmesinde ve sağlıklı yaşamın desteklenmesinde hemşirenin rolü. *Türkiye Diyabet ve Obezite Dergisi*, (2), 54-62.
- TEMD (Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği). (2018). Obezite tanı ve tedavi kılavuzu. Ankara: TEMD Obezite, Lipid Metabolizması, Hipertansiyon Çalışma Grubu, 6.Baskı.
- Tezcan, B. (2009). *Obez bireylerde benlik saygısı, beden algısı ve travmatik geçmiş yaşantılar*. (Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi)T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi 2. Psikiyatri Kliniği, İstanbul.
- Tomer, J. (2011). What causes obesity? and why has it grown so much?. *Challenge*, 54(4), 22-49.
- Top, M.Ş., Özden, S.Y. & Sevim, M.E. (2003). Psikiyatride yaşam kalitesi. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nöroloji Bilim Dergisi*, 16(1), 18-23.
- Topsöğüt, M.B. (2019). *Türkiye'deki sağlık turizmi çeşitliliğini artırmak için yeni bir model önerisi; sağlıklı yaşam kampüsü (SAYKA)*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). T.C. Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, İstanbul.
- Tözün, M. (2010). Geniş açı: benlik saygısı. *Actual Medicine Popüler Sağlık Dergisi*, 18(7), 52-57.
- Tremmel, M., Gerdtham, U.G., Nilsson, P.M. & Saha, S. (2017). Economic burden of obesity: a systematic literature review. *International Journal of Environmental Research and Public Health Review*, 14(435), 2-18.
- Tütüncü, Ö. (2013). Rekreasyon ve rekreasyon terapisinin yaşam kalitesindeki rolü. *Anatolia: Turizm Araştırmaları Dergisi*, 23(2), 248-252.
- Uçaner, B. & Jelen, B. (2015). Müzik terapi uygulamaları ve bazı ülkelerdeki eğitimi. *Folklor/Edebiyat Dergisi*, 21(81), 35-46.
- Uskun, E., Öztürk, M., Kişioğlu, A.N., Kırbıyık, S. & Rena, D. (2005). İlköğretim öğrencilerinde obezite gelişimini etkileyen risk faktörleri. *S.D.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi*, 12(2), 19-25.

- Uyar, M. & Korhan, E.A. (2011). Yoğun bakım hastalarında müzik terapinin ağrı ve anksiyete üzerine etkisi. *Ağrı Dergisi*, 23(4), 139-146.
- Uzun, N. (2014). *Ergenlerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları, algılanan ebeveyn kontrolü ve depresyon ile obezitenin ilişkisi: obezite için koruyucu ve risk faktörleri*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). T.C. Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Anabilim Dalı, Aydın.
- Ünal, Ş. (2016). *Bariatrik cerrahi sonrası kilo geri alımının, gece yeme, duygusal yeme, yeme endişesi, depresyon ve demografik özellikler tarafından yordanması*. (Yayımlanmamış Doktora Lisans Tezi). T.C. İstanbul Arel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı / Klinik Psikoloji Programı, İstanbul.
- Üstündağ, H., Demir, N., Zengin, N. & Gül, A. (2007). Stomalı hastalarda beden imajı ve benlik saygısı. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, (27), 522-527.
- Üzümcü, T.P. & Çimen, S. (2019). Kocaeli sağlık turizmine yönelik nitel bir çalışma. *Uluslararası Turizm, İşletme, Ekonomi Dergisi*, 3(2), 97-116.
- Weinberger, N.A., Kersting, A., Riedel-Heller, R. & Luck-Sikorski, C. (2016). Body dissatisfaction in individuals with obesity compared to normal-weight individuals: a systematic review and meta-analysis. *The European Journal of Obesity*, (9), 424-441.
- WHO. (1999). *Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a who consultation: report of a who consultation*. Erişim adresi: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42330> (Erişim tarihi: 22.08.2020).
- WHO. (2000). *Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a who consultation*. Switzerland: WHO Technical Report Series, 894.
- Widén, S. & Haseltine, W.A. (2015). *The estonian ehealth and egovernance system*. Access Health International. Erişim adresi: <http://www.askhealth.com.cn/wp-content/uploads/2016/04/Estonian-eGovernance-Case-Study.compressed.pdf> (Erişim tarihi: 22.08.2020).
- Yeşilyaprak, S.S. (2015). *Manuel masaj teknikleri. Türkiye Klinikleri Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*, 1(2), 1-10.
- Yıldırım, A. (2009). *Önemli bir halk sağlığı sorunu olan fazla tartılı ve obez kadınlarda akupunktur tedavisinin etkinliği*. (Yayımlanmamış Doktora Lisans Tezi). T.C. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Konya.
- Yıldız, D., Fidancı, B.E. & Suluhan, D. (2015). Çocukluk dönemi obezitesi ve önleme yaklaşımları. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 14(5), 338-345.
- Yıldız, S. (2013). Uluslararası kuruluşlara göre akupunktur. *İntegratif tıp dergisi turkish journal of integrative medicine*, 1(1):11-17.

- Yılmaz, B.Ş. & Duy, B. (2013). Psiko-eğitim uygulamasının kız öğrencilerin benlik saygısı ve akılcı olmayan inançları üzerine etkisi. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 4(39), 68-81.
- Yılmaz, M. (2003). Beslenme eğitiminin obez hastalarda ağırlık kaybı üzerine etkisi. *Turkish Journal of Endocrinology and Metabolism*, (2), 83-85.
- Yiğit, R. (2011). Çocukluk dönemi obezitesinin yönetiminde hemşirenin rolü. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 13(1), 71-80.
- Zhang, Y., Li, J., Mo, G., Liu, J., Yang, H., Chen, X., Liu, H., Cai, T., Zhang, X., Tiab, X., Zhou, Z., Huang, W. (2018). Acupuncture and related therapies for obesity: a network meta-analysis. *Evidence-based Complementary and Alternative Medicine Journal*. doi:10.1155/2018/9569685.
- Zhong, Y.M., Lai, D.L, Chen, Y., Luo, X.C., Lu, W.T., Shang, Y.N., Zhang, L.L., Zhou, H.Y. (2019). Acupuncture vs sham acupuncture for simple obesity. *Postgrad Med J.*, 96(1134), 221-227.

EKLER

EK 1: Anket Formu

ANKET FORMU

Sayın Katılımcı;

Bu araştırma “Sağlık Turizmi Kapsamında Obez Hastalara Yönelik Sağlıklı Yaşam Merkezi Model Önerisi” oluşturmak amacıyla yapılmıştır. Soruların tamamının yanıtlanması araştırmanın uygulanabilirliği açısından önemlidir. Bu araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Sorulara verdiğiniz yanıtlar tamamen gizli tutulacak, kişi ya da kurumlarla paylaşılmayacaktır. Bu çalışmaya isteyerek katılmanız, bu alanda yapılan bilimsel çalışmaların geliştirilebilmesi için önemli bir etkiye sahiptir.

Katılımınız için teşekkür ederim.

Eyüp ERDOĞAN
Sağlık Yönetimi Bölümü

Prof. Dr. Selma ALTINDİŞ
Sağlık Yönetimi Bölümü

1. Cinsiyetiniz:	☐ Erkek ☐ Kadın
2. Medeni Durumunuz:	☐ Evli ☐ Bekâr
3. Yaşınız:	
4. Eğitim Durumunuz:	☐ İlköğretim ☐ Ortaöğretim ☐ Lise ☐ Lisans ☐ Lisansüstü
5. Boyunuz (cm):	
6. Vücut Ağırlığınız (kg):	
6.1. Tedavi aldıysanız tedavi almadan önceki vücut ağırlığınız (kg)	
7. Sosyal Güvenceniz:	☐ Emekli ☐ SGK ☐ Özel Sigorta ☐ Yok
8. Çalışma Durumunuz:	☐ Çalışıyor ☐ Çalışmıyor
9. Ekonomik Durumunuz:	☐ Gelir giderden az ☐ Gelir gidere eşit ☐ Gelir giderden fazla
10. Alkol Kullanım Durumu:	☐ Kullanmıyorum ☐ Sosyal içici ☐ Bağımlılık
11. Sigara Kullanım Durumu:	☐ Kullanıyorum Sayı (Günlük): Süre (Yıl): ☐ Kullanmıyorum ☐ Çekirdek aile

12. Aile Yapınız:	☐ Geniş aile ☐ Yalnız yaşıyor
13. Ailedeki Birey Sayısı:	
14. Anne-Baba:	☐ Beraber ☐ Boşanmış ☐ Ayrı yaşıyor ☐ Anne ex ☐ Baba ex ☐ Her ikisi de ex
15. Ailede Fiziksel Hastalık Öyküsü:	☐ Var ☐ Yok
16. Kronik Rahatsızlık Durumunuz:	☐ Hipertansiyon ☐ Diyabet ☐ KOAH ☐ Astım ☐ Troid Fonksiyon Bozukluğu ☐ Kanser ☐ Kalp Rahatsızlığı ☐ Kolesterol ☐ Diğer ☐ Yok
17. Fiziksel Aktivite Yapma Durumunuz:	☐ Yapmıyorum ☐ Ara sıra yapıyorum ☐ Düzenli olarak yapıyorum ☐ Yapmıyorum
18. Eğer fiziksel aktivite yapıyorsanız en çok tercih ettiğiniz fiziksel aktivite türü hangisidir? (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)	☐ Dışarıda yürümek ☐ Koşmak ☐ Yürümek ☐ Yüzmek ☐ Dışarıda bisiklet sürmek ☐ Bisiklete binmek (aletli) ☐ Aerobik ☐ Dans
19. Aşağıdakilerden hangisi hobileriniz arasındadır? Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz	☐ Yemek yapmak ☐ Doğa yürüyüşü ☐ Resim sanatı ☐ Heykel sanatı ☐ Yazmak ☐ Koşmak ☐ Yüzmek ☐ Dans etmek ☐ Yoga ☐ Okumak ☐ Video oyunları ☐ Bahçe işleri ☐ Örgü örmek ☐ Tahta işlemeciliği

Açıklama: Aşağıda yer alan ankette üç ayrı sütundan oluşmaktadır. Birinci sütunda cevaplamanız gereken sorular, ikinci sütunda mevcut kurumlarda var olan mimari yapı, hizmet alanları, hizmet veren ekip, fiziksel aktivite uygulamaları, mevcut tedavi ve destekleyici tedavi uygulamaları, gerçekleştirilen kültürel faaliyetler; üçüncü sütunda ise planlanan “obez hastalara yönelik sağlıklı yaşam merkezi” modelinde yer almasını düşündüğünüz mimari yapı, hizmet alanları, hizmet veren ekip, fiziksel aktivite

uygulamaları, tedavi ve destekleyici tedavi uygulamaları, gerçekleştirilen kültürel faaliyetlere yönelik işaretleme yapacağınız seçenekler yer almaktadır.

Aşağıda yer alan sorulara yandaki seçeneklere uygun olarak işaretleme yapınız.		CEVAPLAR
1. Tedavi aldığınız kurumun tasarımı ve mimari yapısında hangisi ya da hangileri bulunmaktadır?	Açık bahçe alanı	O Evet O Hayır
	Kapalı bahçe alanı	O Evet O Hayır
	Kapalı alan yüzme havuzu	O Evet O Hayır
	Spor merkezi	O Evet O Hayır
	Masaj odası	O Evet O Hayır
	Gastronomi mutfağı	O Evet O Hayır
2. Obezite Merkezinin tasarımı ve mimari yapısında hangisi ya da hangileri sizce bulunmalıdır?	Açık bahçe alanı	O Evet O Hayır
	Kapalı bahçe alanı	O Evet O Hayır
	Kapalı alan yüzme havuzu	O Evet O Hayır
	Spor merkezi	O Evet O Hayır
	Masaj odası	O Evet O Hayır
	Gastronomi mutfağı	O Evet O Hayır
3. Tedavi aldığınız kurum içerisinde aşağıdaki hizmet alanlarında hangisi ya da hangileri bulunmaktadır?	Misafirhaneler	O Evet O Hayır
	İbadethaneler	O Evet O Hayır
	Hobi atölyeleri	O Evet O Hayır
	Market	O Evet O Hayır
	ATM alanları	O Evet O Hayır
	Kuaför	O Evet O Hayır
	Ekim/biçim bahçesi-hobi bahçesi	O Evet O Hayır
	Eczane destek hizmeti	O Evet O Hayır
	Restoran	O Evet O Hayır
	Kuru temizleme	O Evet O Hayır
4. Obezite Merkezinde aşağıdaki hizmet alanlarından hangisi ya da hangileri sizce bulunmalıdır?	Misafirhaneler	O Evet O Hayır
	İbadethaneler	O Evet O Hayır
	Hobi atölyeleri	O Evet O Hayır
	Market	O Evet O Hayır
	ATM alanları	O Evet O Hayır
	Kuaför	O Evet O Hayır
	Ekim/biçim bahçesi-hobi bahçesi	O Evet O Hayır
	Eczane destek hizmeti	O Evet O Hayır
	Restoran	O Evet O Hayır
	Kuru temizleme	O Evet O Hayır
5. Tedavi aldığınız kurumda hizmet veren ekip içerisinde aşağıdakilerden hangisi ya da hangileri bulunmaktadır?	Diyetisyen	O Evet O Hayır
	Psikolog	O Evet O Hayır
	Fizyoterapist	O Evet O Hayır
	Genel cerrah	O Evet O Hayır
	Gastroenterolog	O Evet O Hayır
	Uzman hekim	O Evet O Hayır
	Yaşam koçu	O Evet O Hayır
	Spor eğitmeni	O Evet O Hayır
	Hemşire	O Evet O Hayır
	Hasta bakıcısı	O Evet O Hayır
	Masaj terapisti	O Evet O Hayır
	Metabolik uzman	O Evet O Hayır
	Geriatrist	O Evet O Hayır
	Pedagog /Çocuk Psikoloğu	O Evet O Hayır
	Nefes terapisti	O Evet O Hayır
	Halkla ilişkiler koordinatörü	O Evet O Hayır
	Kardiyoloji	O Evet O Hayır
	Endokrin	O Evet O Hayır
6. Obezite Merkezi içerisinde hizmet	Diyetisyen	O Evet O Hayır

veren ekip içerisinde aşağıdakilerden hangisi ya da hangileri sizce olmalıdır?	Psikolog	O Evet O Hayır
	Fizyoterapist	O Evet O Hayır
	Genel cerrah	O Evet O Hayır
	Gastroenterolog	O Evet O Hayır
	Uzman hekim	O Evet O Hayır
	Yaşam koçu	O Evet O Hayır
	Spor eğitmeni	O Evet O Hayır
	Hemşire	O Evet O Hayır
	Hasta bakıcısı	O Evet O Hayır
	Masaj terapisti	O Evet O Hayır
	Metabolik uzman	O Evet O Hayır
	Geriatrist	O Evet O Hayır
	Pedagog /Çocuk Psikoloğu	O Evet O Hayır
	Nefes terapisti	O Evet O Hayır
	Halkla ilişkiler koordinatörü	O Evet O Hayır
	Kardiyoloji	O Evet O Hayır
	Endokrin	O Evet O Hayır
7. Tedavi aldığınız kurumda fiziksel aktivite uygulamaları olarak aşağıdakilerin hangisi ya da hangileri yapılmaktadır?	Orta yoğunlukta (şiddette) aktiviteler	O Evet O Hayır
	Tempolu yürüyüş (15 dakikalık mesafede)	O Evet O Hayır
	Bahçe/ ev işleri	O Evet O Hayır
	Bisiklet sürmek	O Evet O Hayır
	Hafif yüzmek ya da havuz etkinliği	O Evet O Hayır
	Yüksek yoğunlukta (şiddette) aktiviteler	O Evet O Hayır
	Futbol/voleybol/masa tenisi basketbol gibi rekabetçi sporlar	O Evet O Hayır
	Koşu yapmak	O Evet O Hayır
	Doğa yürüyüşü	O Evet O Hayır
	Bisiklet sürmek	O Evet O Hayır
	Aerobik /zumba vs	O Evet O Hayır
8. Obezite Merkezinde fiziksel aktivite uygulamaları olarak aşağıdakilerin hangisi ya da hangileri sizce olmalıdır?	Orta yoğunlukta (şiddette) aktiviteler	O Evet O Hayır
	Tempolu yürüyüş (15 dakikalık mesafede)	O Evet O Hayır
	Bahçe/ ev işleri	O Evet O Hayır
	Aletli Bisiklet sürmek	O Evet O Hayır
	Hafif yüzmek ya da havuz etkinliği	O Evet O Hayır
	Yüksek yoğunlukta (şiddette) aktiviteler	O Evet O Hayır
	Futbol/voleybol/masa tenisi basketbol gibi rekabetçi sporlar	O Evet O Hayır
	Koşu yapmak	O Evet O Hayır
	Doğa yürüyüşü	O Evet O Hayır
	Bisiklet sürmek	O Evet O Hayır
	Aerobik /zumba vs	O Evet O Hayır
9. Tedavi aldığınız kurumda toksin atılımını arttırmak ve rehabilite etmek amacıyla destekleyici tedavi programları olarak aşağıdaki uygulamalardan hangisi ya da hangileri yer almaktadır?	Masaj	O Evet O Hayır
	Buhar banyosu	O Evet O Hayır
	Türk hamamı	O Evet O Hayır
	Kızılötesi sauna	O Evet O Hayır
	Kolonhidroterapi	O Evet O Hayır
	Akupunktur	O Evet O Hayır
10. Obezite Merkezinde toksin atılımını arttırmak ve rehabilite etmek amacıyla destekleyici tedavi programları olarak aşağıdaki uygulamalardan hangisi ya da hangileri sizce yer almalıdır?	Masaj	O Evet O Hayır
	Buhar banyosu	O Evet O Hayır
	Türk hamamı	O Evet O Hayır
	Kızılötesi sauna	O Evet O Hayır
	Kolonhidroterapi	O Evet O Hayır
	Akupunktur	O Evet O Hayır
11. Tedavi aldığınız kurumda psikolojik destek sağlayacak aşağıdaki uygulamalardan hangisi ya da hangileri bulunmaktadır?	Stresle mücadele	O Evet O Hayır
	Meditasyon	O Evet O Hayır
	Yoga	O Evet O Hayır
	Solunum/nefes egzersizi	O Evet O Hayır

	Kendini gözlemlene	O Evet O Hayır
	Bilişsel yeniden yapılandırma	O Evet O Hayır
	Gevşeme egzersizleri	O Evet O Hayır
	Zaman yönetimi	O Evet O Hayır
	Problem çözme yetisi kazandırma	O Evet O Hayır
	Sosyal destek sağlama	O Evet O Hayır
	DKBY uygulaması (Değiştir, kabul et, boşver, yaşam tarzını yönet)	O Evet O Hayır
	Hobi edindirme	O Evet O Hayır
	Kişilerarası destek	O Evet O Hayır
	Ortak amaçlar belirlemek	O Evet O Hayır
	Destek grubu toplantılarının oluşturulması	O Evet O Hayır
	Benlik saygısını arttırmak	O Evet O Hayır
	Bilgilendirme yapmak	O Evet O Hayır
	Grup tartışmaları düzenlemek	O Evet O Hayır
	Zihinde canlandırma uygulamaları gerçekleştirmek	O Evet O Hayır
	Rol oynama (tiyatro gösterileri gibi)	O Evet O Hayır
	Ödev tekniklerini kullanma	O Evet O Hayır
12. Obezite Merkezinde psikolojik destek sağlayacak aşağıdaki uygulamalardan hangisi ya da hangileri sizce bulunmalıdır?	Stresle mücadele	O Evet O Hayır
	Meditasyon	O Evet O Hayır
	Yoga	O Evet O Hayır
	Solunum/nefes egzersizi	O Evet O Hayır
	Kendini gözlemlene	O Evet O Hayır
	Bilişsel yeniden yapılandırma	O Evet O Hayır
	Gevşeme egzersizleri	O Evet O Hayır
	Zaman yönetimi	O Evet O Hayır
	Problem çözme yetisi kazandırma	O Evet O Hayır
	Sosyal destek sağlama	O Evet O Hayır
	DKBY uygulaması (Değiştir, kabul et, boşver, yaşam tarzını yönet)	O Evet O Hayır
	Hobi edindirme	O Evet O Hayır
	Kişilerarası destek	O Evet O Hayır
	Ortak amaçlar belirlemek	O Evet O Hayır
	Destek grubu toplantılarının oluşturulması	O Evet O Hayır
	Benlik saygısını arttırmak	O Evet O Hayır
	Bilgilendirme yapmak	O Evet O Hayır
	Grup tartışmaları düzenlemek	O Evet O Hayır
	Zihinde canlandırma uygulamaları gerçekleştirmek	O Evet O Hayır
	Rol oynama (tiyatro gösterileri gibi)	O Evet O Hayır
	Ödev tekniklerini kullanma	O Evet O Hayır
13. Tedavi aldığınız kurumda doğru beslenme davranışı ve alışkanlığı kazandırmak için aşağıdaki uygulamalardan hangisi ya da hangileri yapılmaktadır?	Kendini izleme becerisinin sağlanması	O Evet O Hayır
	Uyaran kontrolünün sağlanması	O Evet O Hayır
	Yeme davranışının kontrolü	O Evet O Hayır
	Pekiştirme ve güçlendirme	O Evet O Hayır
	Bilişsel yeniden yapılandırmanın sağlanması	O Evet O Hayır
	Doğru beslenme eğitiminin verilmesi	O Evet O Hayır
	Fiziksel aktiviteyi artırma uygulaması	O Evet O Hayır
	Erişilen ve/veya ideal kiloyu sürdürme yöntemlerinin kazandırılması	O Evet O Hayır
	Sosyal desteğin sağlanması	O Evet O Hayır
14. Obezite Merkezinde doğru beslenme davranışı ve alışkanlığı kazandırmak için aşağıdaki uygulamalardan hangisi ya da hangileri sizce yapılmalıdır?	Kendini izleme becerisinin sağlanması	O Evet O Hayır
	Uyaran kontrolünün sağlanması	O Evet O Hayır
	Yeme davranışının kontrolü	O Evet O Hayır
	Pekiştirme ve güçlendirme	O Evet O Hayır
	Bilişsel yeniden yapılandırmanın sağlanması	O Evet O Hayır
	Doğru beslenme eğitiminin verilmesi	O Evet O Hayır
	Fiziksel aktiviteyi artırma uygulaması	O Evet O Hayır

	Erişilen ve/veya ideal kiloyu sürdürme yöntemlerinin kazandırılması	O Evet O Hayır
	Sosyal desteğin sağlanması	O Evet O Hayır
15. Tedavi aldığınız kurumda sağlıklı yaşam biçimi davranış kazandırmak için aşağıdaki uygulamalardan hangisi ya da hangileri yapılmaktadır?	Sağlık sorumluluğunu kazandırmak	O Evet O Hayır
	Fiziksel aktivite/egzersiz alışkanlığı kazandırmak (yüzme kursları, açık hava spor etkinlikleri vb.)	O Evet O Hayır
	Kendini ifade etme yetisi kazandırmak (kitap okuma, diksiyon eğitimi vb.)	O Evet O Hayır
	Doğru beslenme alışkanlığının kazandırılması (düzenli beslenme, bilinçli beslenme, kişiye özel beslenme vb.)	O Evet O Hayır
	Kişilerarası ilişkilerin güçlendirilmesi (grup terapileri, soru-cevap toplantıları, sosyalleşme faaliyetleri vb.)	O Evet O Hayır
16. Obezite Merkezinde sağlıklı yaşam biçimi davranış kazandırmak için aşağıdaki uygulamalardan hangisi ya da hangileri sizce yapılmalıdır?	Sağlık sorumluluğunu kazandırmak	O Evet O Hayır
	Fiziksel aktivite/egzersiz alışkanlığı kazandırmak (yüzme kursları, açık hava spor etkinlikleri vb.)	O Evet O Hayır
	Kendini ifade etme yetisi kazandırmak (kitap okuma, diksiyon eğitimi vb.)	O Evet O Hayır
	Doğru beslenme alışkanlığının kazandırılması (düzenli beslenme, bilinçli beslenme, kişiye özel beslenme vb.)	O Evet O Hayır
	Kişilerarası ilişkilerin güçlendirilmesi (grup terapileri, soru-cevap toplantıları, sosyalleşme faaliyetleri vb.)	O Evet O Hayır
17. Tedavi aldığınız kurumda kültürel faaliyeti sağlamak için aşağıdakilerden hangisi ya da hangileri sizce bulunmalıdır?	Opera	O Evet O Hayır
	Bale	O Evet O Hayır
	Tiyatro	O Evet O Hayır
	Dans	O Evet O Hayır
	Doğa yürüyüşleri	O Evet O Hayır
	Açık hava veya kapalı alan sinema gösterimi	O Evet O Hayır
	Konser	O Evet O Hayır
18. Obezite Merkezinde kültürel faaliyeti sağlamak için aşağıdakilerden hangisi ya da hangileri sizce bulunmalıdır?	Opera	O Evet O Hayır
	Bale	O Evet O Hayır
	Tiyatro	O Evet O Hayır
	Dans	O Evet O Hayır
	Doğa yürüyüşleri	O Evet O Hayır
	Açık hava veya kapalı alan sinema gösterimi	O Evet O Hayır
	Konser	O Evet O Hayır
19. Tedavi aldığınız kurumda benlik saygısını artırıcı olarak aşağıdaki faaliyetlerden hangisi ya da hangileri bulunmaktadır?	Resim kursu	O Evet O Hayır
	Seramik yapım kursu	O Evet O Hayır
	Ebru kursu	O Evet O Hayır
	Müzik dersleri	O Evet O Hayır
	Dikim atölyesi	O Evet O Hayır
	Hobi bahçeleri	O Evet O Hayır
20. Obezite Merkezinde benlik saygısını artırıcı olarak aşağıdaki faaliyetlerden hangisi ya da hangileri sizce bulunmalıdır?	Resim kursu	O Evet O Hayır
	Seramik yapım kursu	O Evet O Hayır
	Ebru kursu	O Evet O Hayır
	Müzik dersleri	O Evet O Hayır
	Dikim atölyesi	O Evet O Hayır
	Hobi bahçeleri	O Evet O Hayır

EK 2: Etik Kurul Onay Belgesi

Evrak Tarih ve Sayısı: 18/03/2020-E.3585



T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Etik Kurulu

Sayı :61923333/050.99/
Konu :21/17 Eyüp ERDOĞAN

Sayın Eyüp ERDOĞAN

İlgi : Eyüp ERDOĞAN 25/02/2020 tarihli ve 0 sayılı yazı

Üniversitemiz Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulu Başkanlığının 13.03.2020 tarihli ve 21 sayılı toplantısında alınan "17" nolu karar örneği ekte sunulmuştur.
Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. Arif BİLGİN
Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulu
Başkanı

17. Eyüp ERDOĞAN " Sağlık Turizmi Kapsamında Obez Hastalar İçin Destinasyon Modeli" başlıklı çalışması görüşmeye açıldı.

Yapılan görüşmeler sonunda Eyüp ERDOĞAN " Sağlık Turizmi Kapsamında Obez Hastalar İçin Destinasyon Modeli " başlıklı çalışmasının Etik açıdan **uygun** olduğuna oy birliği ile karar verildi.

Evrak Doğrulamak için : <http://193.140.253.232/envision.Sorgula/BelgeDogrulama.aspx?V=BEZPB07LH>

Etik Kurulu Esentepe Kampüsü 54187 Serdivan SAKARYA / KEP Adresi:
sakaryauniversitesi@hs01.kep.tr
Tel:0264 295 50 00 Faks:0264 295 50 31
E-Posta :ozelkalem@sakarya.edu.tr Elektronik Ağ :www.sakarya.edu.tr



Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

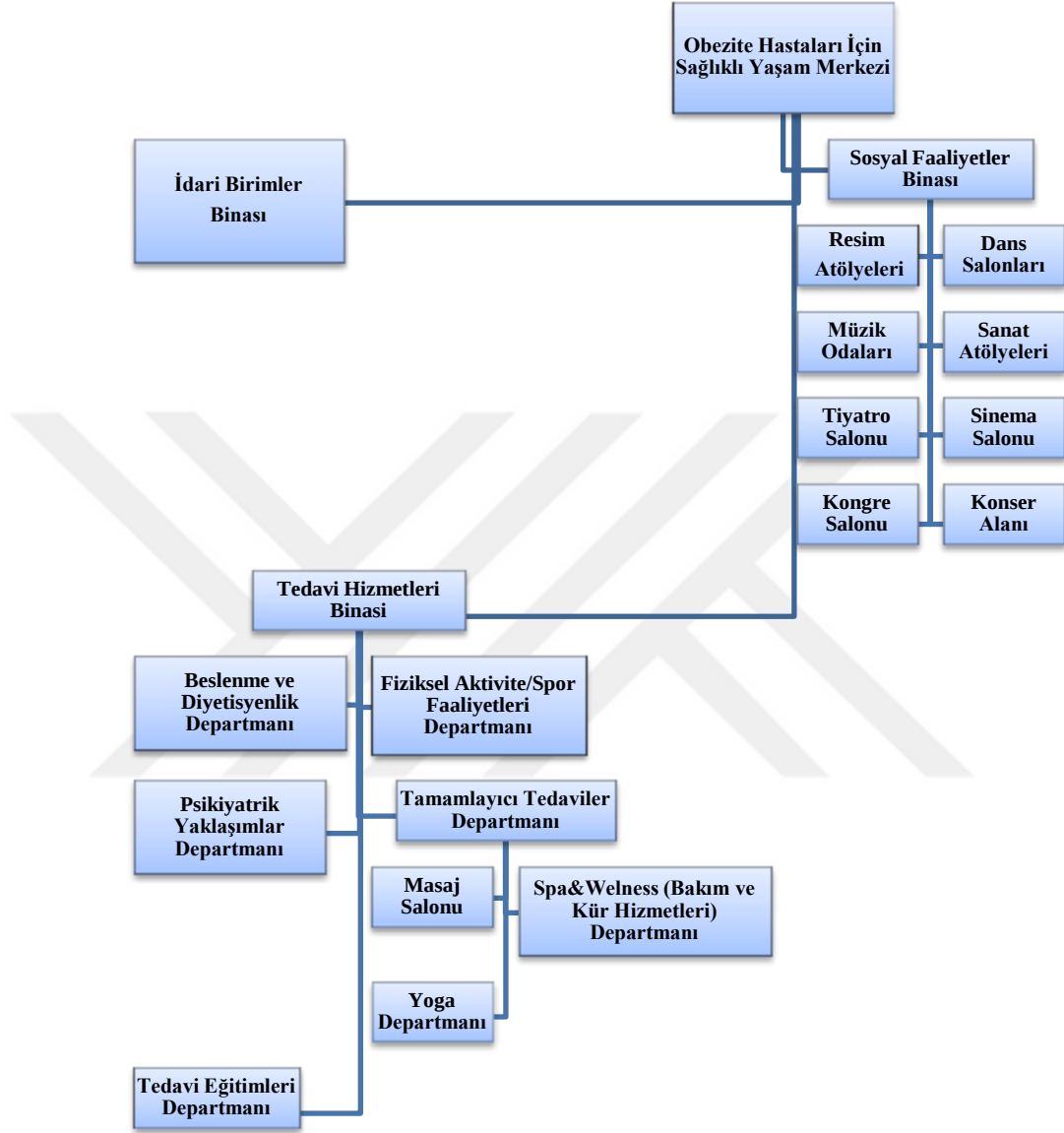
EK 3: Obezite Tedavisine İlişkin Yapılan Çalışmaların İncelenmesi

Kaynak	Çalışma	Çalışma İçeriği (Giriş, Sonuç, Öneri)
Şişman, Şişman ve Ersoy, 2018.	Bariatric Surgery: Outcomes And Follow-Up (Bariatrik Cerrahi: Sonuçlar Ve Takip)	Obezite tedavisinde en etkili tedavi yöntemi cerrahi müdahaledir. Bariatrik cerrahi de klinisyen ekip, cerrahlar, psikiyatristler ve diyetisyenleri içeren multidisipliner bir yaklaşım, perioperatif dönemin her aşamasında düşünülmelidir. Ameliyat sonrasında kilo kaybının sürdürülmesini sağlamak için postoperatif diyet ve takip hakkında hastalar bilgilendirilmeli ve deneyimli merkezlerde takibi yapılmalıdır.
Sabuncu vd., 2017.	Summary Of Bariatric Surgery Guideline Of The Society Of Endocrinology And Metabolism Of Turkey (Türkiye Endokrinolojisi Ve Metabolizması Bariatrik Cerrahi Kılavuzu Özeti)	Özet: Bariatrik cerrahi sonrası hastaların yaşam boyu süreli takibi gereklidir. Uzun süre takip içerisinde ülser, kolelitiazis, böbrek taşı, depresyon, stenoz, beslenme yetersizlikleri ve kilo alımı gibi çeşitli komplikasyonlar ortaya çıkabilmektedir. Bariatrik cerrahi sonrasında, hastanın yeni yaşam tarzı değişikliğine uyumunun azalması, kilo alımına neden olabilecek ilaçların kullanımı, uyumsuz yeme davranışlarının gelişimi, psikolojik durumlar cerrahi operasyon sonrasında oluşabilen komplikasyonlar operasyonun yetersizliğine neden olabilmektedir.
Güngör, 2019.	Obezitenin Tedavisinde Geçmiş Ve Güncel Bariatrik Cerrahi Uygulamaları	Sonuç: Bariatrik cerrahi tedavisi; morbid obezite de diyet ve farmakolojik tedavi seçeneklerinden oldukça daha başarılı sonuçları olan ve cerrah, diyetisyen, hemşire, fizyoterapist, psikolog gibi birçok uzmandan oluşan multidisipliner bir ekip çalışmasıdır. Obezite tedavisinde cerrahi operasyonun başarılı olması için operasyon sonrasında hastanın kapsamlı bir şekilde takibinin yapılması, gerekli eğitimlerin verilmesi, hastanın güncel gereksinimleri göz önünde bulundurularak diyetisyenler tarafından beslenme programlarının güncellenmesi ve hastanın takibinin sürdürülmesi önemlidir.
Bertisch, Wee ve McCarthy, 2008	Use Of Complementary And Alternative Therapies By Overweight And Obese Adults (Kilolu Ve Obez Yetişkinlerde Tamamlayıcı Ve Alternatif Tedavilerin Kullanımı)	Sonuç: Obezitesi olan kişilerin yoga ve masaj dâhil olmak üzere TAT kullanımının daha az görülmesi obezite nedeniyle kişilerin sağlıklı yaşam tarzı davranışlarına katılımlarının az olmasıyla ilişkilendirilebilir. Ancak yapılan çalışmalar, TAT kullanıcılarının fiziksel aktiviteye katılımının daha yüksek olduğu göstermektedir. Çalışma sonuçlarına göre, obezitesi olan yetişkin bireylerin TAT kullanma olasılığının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Aynı zamanda obezitesi olan bireylerin masaj ve yoga gibi TAT kullanımı özellikleri arasında bel ağrıları, hipertansiyon gibi obezite ile ilişkili bazı durumların tedavisinde etkinliğine dair kanıtlar da bulunmaktadır.
Cho vd., 2009.	Acupuncture For Obesity: A Systematic Review And Meta-Analysis (Obezite İçin Akupunktur: Sistematik Bir İnceleme Ve Meta-Analiz)	Öneri: Obezite ve obezite ile ilgili durumların tedavisinde TAT'ın rolüne ilişkin anlayışımızı geliştirmek için daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır.
Esteghamati vd. 2015.	Complementary And Alternative Medicine For The Treatment Of Obesity: A Critical Review (Obezite Tedavisinde Tamamlayıcı Ve Alternatif Tıp: Eleştirel Bir İnceleme)	Sonuç: Akupunktur ile ilgili mevcut literatür araştırması sonucunda elde edilen bilgilere göre obezite ve diğer ilişkili rahatsızlıkları olan hastalarda akupunktur uygulamasının farmakoterapinin de yan etkilerini ortadan kaldıran bir tedavi yöntemi olduğu görülmektedir. Bunun yanında akupunktur obezite tedavisi sonrasında tekrar kilo almanın nüksetmesini önleme konusunda kilo verme programlarının bakım aşamasında ek tedavi olarak düşünülebilir.
Baig vd. 2019.	Role Of Complementary And Alternative Medicine In Treatment And Prevention Of Obesity; Molecular Strategies To Recommended Acceptance (Obezite Tedavisinde Ve Önlenmesinde Tamamlayıcı Ve Alternatif Tıbbın Rolü; Önerilen Kabul İçin Moleküler Stratejiler)	Öneri: Obezite tedavisinde akupunkturun etkinliğini ele almak için iyi planlanmış, uzun vadeli çalışmalara ivedilikle ihtiyaç vardır.
DeFain, 2017	Complementary And Alternative Medicine (Cam) And Adolescent Body Mass Index (Bmi): A National Population-Based Study (Tamamlayıcı Ve Alternatif Tıp (TAT) Ve Ergen Beden Kitle İndeksi (VKİ): Ulusal	Obezite tedavisinde akupunkturun etkinliğini 1017 katılımcı üzerinde inceleyen bir çalışmada, akupunkturun kalori alımı ve enerji harcanmasında ki dengesizlik için güvenli bir tamamlayıcı tedavi olduğu ortaya çıkarılmıştır. Aynı zamanda akupunkturun obeziteyi önleyici ilaçlarla (Orlistat ve Sibutramin) karşılaştırıldığında daha az sayıda yan etkisi ve nüks etme konusunda olumlu sonuçlar da verdiği saptanmıştır.
		Öneri: TAT kilo verme teknikleri, obez bireylere verilen tedavi stratejisini içerisinde sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivitenin bir kombinasyonu olmalıdır.
		Öneri: Obezitenin mevcut kapsamına ve farklı popülasyonlardaki yüksek insidansına bakıldığında, obezite tipine ve obezitede rol oynayan mekanizmalara göre TAT tedavileri için rapor edilen kanıtların belirlenmesine ihtiyaç vardır. Enflamasyonun ve ilgili genlerin rolü, yalnızca obez deneklerin metabolik olarak stabilizasyonunda değil, aynı zamanda VKİ'lerini azaltarak onları sosyal olarak daha istikrarlı ve kabul edilebilir hale getirmede hayati bir rol oynayabilir.
		Çalışma kapsamında TAT tedavileri şu şekilde sınıflandırılmıştır: 1-Alternatif tıbbi sistemler/enerji iyileştirme terapileri (akupunktur, ayurveda, homeopati, naturopati, geleneksel şifacılar), 2- Biyolojik temelli tedaviler (şelasyon, bitkisel veya vitaminsiz takviyeler, vitaminler/mineraller) , özel diyetler)

Nüfus Temelli Bir Çalışma)	3-Manipülatif ve vücut temelli terapiler (kayropraktik veya osteopatik manipülasyon, masaj terapisi, kraniyosakral terapi, hareket veya egzersiz teknikleri), 4-Zihin-beden terapileri (biyofeedback, hipnoz, meditasyon, güdümlü imgeleme, progresif gevşeme, yoga, tai chi, qi gong) Sonuç: Obeziteyi yönetmek, verilen kiloyu sürdürmek ve yeme bozukluklarını önlemeye yardımcı olmak için sağlık hizmeti sağlayıcılarının aile temelli müdahalelere ve sağlıklı yaşam tarzı seçimlerine odaklanmaları önerilmektedir. TAT kullanımı ve BMI arasındaki ilişki hakkında artan bilgi ve farkındalık, hem sağlık hizmeti sağlayıcılarına hem de bakıcılara, obezite riski taşıyan veya obezite ile yaşayan çocukların aileleri için etkili ve elde edilebilir TAT yöntemlerini seçmede yardımcı olacaktır. Öneri: Kilo durumu ile TAT kullanımı arasındaki ilişkiyi daha fazla değerlendirmek için bireysel TAT tedavileri hakkında daha fazla veri içeren uzunlamasına bir çalışmaya ihtiyaç vardır. TAT ile ilgili hasta ve toplum eğitimi, hem çocuklukta hem de yetişkinlikte yaşam boyunca VKİ ve hastalıkların önlenmesi üzerinde bir etkiye sahip olabilir. Çalışmaya dayanarak, ek çalışmalardan elde edilen sonuçlar, halkı kilo yönetimi ile ilgili sağlık sorunları konusunda eğitmek için tasarlanmış topluluk sosyal yardım programlarının ve müdahalelerin oluşturulmasını kolaylaştırmaya yardımcı olabilir. Obeziteyi önleme çabaları, biyolojik temelli tedavilerin mevcut eğitim programlarına dâhil edilmesi ve gelecekteki politika değişiklikleri ile gelişebilir. Obezitenin önlenmesi ve TAT modaliteleriyle müdahale hakkında bilgi vermek için daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır.
Maintenance Of Lost Weight And Long-Term Management Of Obesity (Kaybedilen Kilonun Korunması Ve Obezitenin Uzun Vadeli Yönetimi)	Giriş: Uzun vadeli davranış değişiklikleri ve obezite yönetimi, sürekli dikkat gerektirir. En yüksek kalitede kısa vadeli müdahalelerin bile, sürekli müdahale ve destek olmaksızın sürekli olumlu sonuçlar vermesi olası değildir. Obezite tedavisinde uzun vadeli başarı sağlama davranış terapisiyle mümkün olabilmektedir. Davranış terapisiyle ilişkili kilo verme davranışları; sık kendi kendini izleme ve kendi kendine tartma, azaltılmış kalori alımı, gün boyunca daha küçük ve daha sık öğünler/atıştırmalıklar, artan fiziksel aktivite, sürekli kahvaltı yapmak, restoran ve fast food yemekleri ile karşılaştırıldığında evde daha sık yemek yemek, porsiyon kontrollü yemeklerin veya yemek ikamelerinin kullanımını içermektedir. Öneri: Kilo kaybının derecesi ve sürdürülmesi, obezite tedavisi başarısının tek ölçüsü olmamalıdır. Bunun yerine doktorlar, hastaları diyet kalitelerinde ve fiziksel aktivitelerinde sürdürülebilir iyileştirmeler yapmaları için desteklemeli ve teşvik etmelidir. Uzun vadede bu tür yaşam tarzı değişiklikleri, büyük bir kilo kaybının olmadığı durumlarda bile hastaların sağlığını iyileştirecektir.
Ansari ve Elhag, 2021	Weight Regain And Insufficient Weight Loss After Bariatric Surgery: Definitions, Prevalence, Mechanisms, Predictors, Prevention And Management Strategies, And Knowledge Gaps A Scoping Review (Bariatrik Cerrahi Sonrası Kilo Alma Ve Yetersiz Kilo Kaybı: Tanımlar, Yaygınlık, Mekanizmalar, Öngörüler, Önleme Ve Yönetim Stratejileri Ve Bilgi Boşlukları Kapsam Belirleme İncelemesi) Bariatrik Cerrahi sonrasında hastanın kilo almasında çeşitli nedenler bulunmaktadır. Bunlar; -hormonal ve metabolik değişimler, -diyete uyumsuzluk (mide kapasitesinin azalması, açlığın azalması ve tokluğun artması nedeniyle postoperatif erken dönemde kalori alımını azaltır. Bununla birlikte, bazı hastalar için kalori alımı kademeli olarak artar, dolayısıyla kilo almaya katkıda bulunur. Diyete uyumsuzluk ve ameliyat öncesi yeme alışkanlıklarının devam edildiğinde bu da yetersiz kilo kaybına neden olabilmektedir), -fiziksel hareketsizlik, -zihinsel sağlık üzerinde ki değişimler (psikolojik faktörler, motivasyonu, diyetle uyumu, fiziksel aktiviteyi ve kilo almayı sürdürmek için kritik olan diğer davranışları engelleyerek kilo kaybını zayıflatır). Öneri: Diyet, davranış terapisi, farmakolojik tedavi, cerrahi önleme ve yönetim stratejilerinin etkinliğinin ve güvenliğinin daha iyi anlaşılması, kilo alma ve yetersiz kilo kaybını azaltmak için gerekli müdahalelerin seçiminde yardımcı olacaktır. Kilo alma ve yetersiz kilo kaybına katkıda bulunan bu tür faktörlerin kombinasyonunun her hasta için benzersiz olması muhtemel olduğundan, bu tür yeni kazanılan bilgilerin multidisipliner bir ekip içinde uygulanması, sorunların çözümüne ulaşmak için hastalara göre uyarlanmış bireyselleştirilmiş yönetim planlarına yönelik bir adım olabilir.
Flore vd., 2022.	Weight Maintenance After Dietary Weight Loss: Systematic Review And Meta-Analysis On The Effectiveness Of Behavioural Intensive Intervention (Diyetle Kilo Verdikten Sonra Kilo Bakımı: Sistematik Davranışsal Etkililiğin Gözden Geçirilmesi Ve Meta-Analiz Yoğun Müdahale) Bu çalışmanın amacı, fazla kilolu veya obeziteden etkilenen bir hastanın kilo verdikten sonra yoğun bir şekilde takip edilmesinin daha önce elde edilen kilo kaybını daha fazla sürdürüp sürdürmediğini değerlendirmektir. Kaybedilen kilonun korunmasında önemli olan faktörlerden olan davranışsal bir yaklaşımın kilit bir rol oynadığı görülmektedir. Hastalar ve sağlık profesyonelleri arasındaki ilk temastan itibaren sağlıklı bir yaşam tarzının hem fiziksel hem de psikolojik sağlık üzerindeki önemi konusunda motivasyon ve farkındalık odaklı çalışmaya başlamak, uzun vadeli sonuçları iyileştirebilir. Uluslararası kılavuzlara göre gerçekleştirilen

		düzenli bir fiziksel aktivite uygulaması, aynı zamanda hoş ve tatmin edici bir tipoloji bulurken, uzun vadede verilen kiloyla uyumu garanti etmek için temel gibi görünmektedir. Öneri: Bu önemli sağlık sorununun daha iyi anlaşılması için, gerekli tüm faktörleri dikkate alan multidisipliner bir yaklaşıma dayalı protokollerle tasarlanmış uzun vadeli daha ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.
Homer vd., 2016.	Expectations And Patients' Experiences Of Obesity Prior To Bariatric Surgery: A Qualitative Study (Obezite Cerrahisi Öncesi Hastaların Obezite İle İlgili Beklentileri Ve Deneyimleri: Kalitatif Bir Çalışma)	Sonuç: Çalışmaya katılanlar, bariatrik cerrahi ile fiziksel ve psikolojik acidan iyileşme ile sonuçlanmasını bekler. Fakat cerrahi öncesi süreçte karşılaştıkları damgalanma, utanç, başarısız kilo verme girişimleri, kötü fiziksel görünüm ve sağlık algısı gibi durumların cerrahi müdahale sonrası dönemdeki beklentilerini de etkilediğini bildirmişlerdir. Hastalar açısından bariatrik cerrahinin en büyük beklentilerinin "normallik" olduğunu. Öneri: Gerçekçi olmayan beklentiler, bariatrik cerrahi sonrası sonuçları da olumsuz etkileyebilir. Çalışma bulgularına göre, utanç ve damgalanma duygularına hitap eden ve postoperatif dönem için hastanın beklenti ve hedeflerini değiştiren hizmetlerin önemine işaret etmektedir.
Munscha, Biedert ve Keller, 2003.	Evaluation Of A Lifestyle Change Programme For The Treatment Of Obesity In General Practice (Genel Pratikte Obezite Tedavisi İçin Bir Yaşam Tarzı Değişikliği Programının Değerlendirilmesi)	Obezite tedavisinde yaşam tarzı değişim programının araştırdığı çalışmada, her biri 90 dakikalık 16 grup seansından oluşan tedavi programını içermektedir. Bu program kapsamında, dengeli beslenme, günlük yaşamda daha fazla aktivitenin entegrasyonu için yaşam tarzı aktivitesi değişim aktiviteleri, problem çözme stratejileri ve beden algısına yönelik işlevsel olmayan bilişin bilişsel yeniden yapılandırılması ile ilgili psiko-eğitim öğelerini kapsamaktadır. Yaşam tarzı değişim programına dahil olan grup üzerinde istatistiki anlamda bir farklılık saptanmıştır. Buna göre kilo verme, verilen kiloyu 1 yıl boyunca koruma, yeme davranışını kontrol edebilme, beden algısında pozitif değişim, hoşnut olma gibi durumları olumlu yönde değiştirmiştir.
Çanakçı ve Cebeci, 2017.	Obezite Tedavisinde ve Akupunktur'un Yeri	Sonuç: Akupunktur tedavisi, obez hastaların iştahını azaltmakta, diyet ve egzersiz uyumunu artırmaktadır. Aynı zamanda vücutta homeostazisi sağladığından metabolizmayı hızlandırarak hastaların kilo vermesini hızlandırabilmektedir. Öneri: Obezite tedavinin başarılı ve kalıcı olması için dünya genelinde kabul gördüğü gibi birçok yöntemin birlikte kullanıldığı multidisipliner bir tedavi yaklaşımı gerekmektedir. Akupunkturun alternatif /tamamlayıcı tıp kapsamında multidisipliner tedavi yaklaşımları içerisinde daha çok yer verilmesi oldukça faydalı olacaktır.
Vignolo vd., 2008.	Five-Year Follow-Up Of A Cognitive Behavioural Lifestyle Multidisciplinary Programme For Childhood Obesity Outpatient Treatment (Çocukluk Çağı Obezitesi Ayaktan Tedavi İçin Bilişsel-Davranışçı Yaşam Tarzı Multidisipliner Programının Beş Yıllık Takibi)	Çalışma, obez çocuklarda yaşam tarzı merkezli bir yaklaşım, ebeveyn katılımı, beslenme eğitimi ve bilişsel-davranışçı stratejileri birleştiren tedavi programları ile olumlu kalıcı sonuçların elde edilebileceğine dair daha fazla kanıt sunmaktadır. Uzunlamasına bir klinik deneyime dayanan bu çalışma, obez çocuklarda yaşam tarzı merkezli bir yaklaşım, ebeveyn aktif katılımı, beslenme eğitimi, bilişsel davranışçı stratejiler ve bir egzersiz planını bir araya getiren çok yönlü tedavi programları ile olumlu kalıcı sonuçların elde edilebileceği düşünülmektedir. Sonuç: Çocuklar üzerinde yapılan bu çalışmaya göre, çocukların yaşam tarzında değişikliğin yapılması ise aile alışkanlıkları önemli ölçüde düzeldiği, enerji alımının azaldığı, obezite ile ilgili davranışların duygusal ve sosyal yönleri olumlu değişiklikler gösterdiği ve çocukların motor becerilerinde iyileşmelerin olduğu gözlenmiştir.
Yaralı, Hacıaloğlu ve Kılınç, 2022.	Obezite Cerrahisi Sonrası Hastaların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Yeme Tutumları Ve Kilo Durumlarının Değerlendirilmesi	Obezite tedavisinde cerrahi müdahale, kilo verme, fiziksel fonksiyonlarda artış sağlama ve yaşam kalitesini iyileştirme yönünde etkili tedavi yöntemlerinden biridir. Obezite cerrahisinin başarı sadece cerrahi müdahale değil, ameliyat sonrasında kişinin yaşam tarzı değişikliğini sağlayabilmesi ve sürdürülebilirliğiyle yakından ilişkilidir. Aynı zamanda hastanın yeni yaşam tarzını benimsemesi ve sürdürülebilirliği için bilgilendirmenin sağlanması ve hastanın desteklenmesi de önemlidir. Bunların sağlanabilmesi için hastanın ameliyat sonrası erken dönemde verilen eğitimler ile hastanın yaşam tarzında değişiklik sağlayarak kilo vermesini sağlayabildiğini göstermektedir. Sonuç: Yapılan bu çalışmaya göre hastanın obezite cerrahisi sonrasında diyetisyen desteği alması, egzersiz yapması sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını olumlu yönde etkilemiştir. Öneri: Obezite cerrahisinden önce ve sonra hastalara sağlıklı yaşam biçimi davranışları konusunda eğitimlerin sağlanması, obezite tedavisinde başarının sağlanması, verilen kilonun korunması için uzun süreli multidisipliner bir tedavi yaklaşımının benimsenmesi önerilmektedir.

EK 4: Sağlık Turizmi Kapsamında Obez Hastalar İçin Sağlıklı Yaşam Merkezi Model Önerisi



ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Eyüp ERDOĞAN

ÖĞRENİM DURUMU

Derece	Eğitim Birimi	Mezuniyet Yılı
Yüksek Lisans	Sakarya Üniversitesi/İşletme Enstitüsü/Sağlık Yönetimi	2022
Lisans	Marmara Üniversitesi /Sağlık Bilimleri Fakültesi/Sağlık Yönetimi	2017
Lise	Hüsnü Mehmet Özyeğin Lisesi	2013

İŞ DENEYİMİ

Yıl	Yer	Görev
2022-Halen	Berkay Tulpar Clinic	Saç Ekimi Hasta Danışmanlığı
2019-2022	Maya Estetik	Hasta Hakları Temsilcisi
2017-2019	Centrium Tıp Merkezi	Hasta Danışmanı
2017	Kartal Lutfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Stajyer

ESERLER

1. Pilavcı, M.A., Erdoğan, E., Altındış, S. & Taş, A.T. (2020). Hasta kan yönetimi; neden, nereden ve nasıl başlamalıyız?. *J Biotechnol & Strategic Health Res.*, 4(3), 232-239.

