

**T.C.
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**BESLENME VE DİYETETİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS BİTİRME TEZİ**

**ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE ÇALIŞAN HEKİMLERİN
YEME TUTUM DAVRANIŞI VE BEDEN ALGISİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Fatma FİDAN

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Emel Tüfekçi ALPHAN**

İSTANBUL, 2016

**T.C.
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**BESLENME VE DİYETETİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS BİTİRME TEZİ**

**ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE ÇALIŞAN HEKİMLERİN
YEME TUTUM DAVRANIŞI VE BEDEN ALGISİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Fatma FİDAN
132039021**

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Emel Tüfekçi ALPHAN**

İSTANBUL, 2016

TEZ ONAYI

T.C
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ


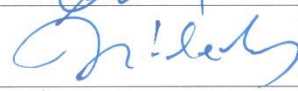

Y Ü K S E K L İ S A N S
T E Z O N A Y I

ÖĞRENCİNİN

Adı ve Soyadı : Fatma Fidan Öğrenci No : 132039021
Anabilim/Bilim Dalı : Beslenme ve Diyetetik Tez Savunma Tarihi : 22.03.2016
Danışman : Prof. Dr. Emel Tüfekçi Alphan Tez Savunma Saati :14.00

Tez Konusu : "Özel Üniversite Hastanesi ve Devlet Üniversite Hastanesinde Çalışan Hekimlerin Yeme Tutum Davranışı ve Beden Algısının Değerlendirilmesi"

TEZ SAVUNMA SINAVI, Lisansüstü Öğretim Yönetmeliği'nin 33.Maddesi uyarınca yapılmış, sorulan sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin KABUL 'ne OYBİRLİĞİ / ~~OYÇOKLUĞUYLA~~ karar verilmiştir.

JÜRİ ÜYESİ	KANAATI (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA
Prof. Dr. Emel Tüfekçi Alphan	Kabul	
Prof. Dr. Dilek Öztürk	Kabul	
Yrd. Doç. Dr. Esin Şeker	Kabul	

YEDEK JÜRİ ÜYESİ	KANAATI (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA
Yrd. Doç. Dr. Funda Şensoy		

ÖZET

Biri özel diğeri devlet üniversitesine ait iki hastanede çalışan hekimlerin sağlıklı beslenme tutum ve davranışlarının belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmaya 220 hekim katılmıştır. Hekimlere sosyodemografik değişkenler ve beslenme alışkanlıklarına yönelik anket formu ve 40 soruluk yeme tutum testi (YTT) uygulanmıştır. Hekimlerin yaş ortalamaları erkeklerde $33,2 \pm 9,6$; kadınlarda $32,1 \pm 7,9$ bulunmuştur. Hekimlerin %42,7'si kilosundan memnun değilken, %38,2'si kilo vermek için girişimlerde (diyetisyene başvurmak, spor yapmak vb.) bulunmuştur. Beslenme alışkanlıklarına bakıldığında %65' inin düzenli kahvaltı yaptığını, %72,3'ünün düzenli olarak öğle yemeği yediğini, %85,9' unun da düzenli olarak akşam yemeği yediği saptanmıştır. Zayıf olarak nitelendirilen doktorların sadece 1'i (%8,3) kilosundan memnun değilken, bu oran normal kiloda 44 kişi (%31,7), kilolu grupta ise 49 kişidir (%71,0) ($p < 0,001$). Kilo memnuniyetini etkileyen bir diğer durumda hastalık mevcudiyeti olduğu bulunmuştur ($p = 0,023$). Hekimlerin YTT skoru ortalaması $11,8 \pm 8,1$ bulunmuştur. Skalanın eşik değeri 30 alındığında olası yeme bozukluğu sıklığı %3,6 bulunmuştur. Araştırma sonucunda hekimlerin uzman olmayan kişilerden yardım alarak zayıflamaya çalıştığı, sağlıksız bir şekilde bazı öğünleri atlayabildiği ve düşük oranda da olsa olası beslenme bozukluğuna sahip olabileceği ortaya çıkmıştır. Hekimlerin beslenme alışkanlıklarının düzeltilmesine yönelik çalışmalar ülkemizde yeterince yapılmamaktadır ve bu çalışmanın gelecek çalışmalara ışık tutması beklenmektedir.

Anahtar Kelimeler: Beslenme alışkanlıkları, Hekim, Yeme tutumu.

ABSTRACT

EVALUATION OF THE EATING ATTITUDE BEHAVIOR AND BODY IMAGE OF DOCTORS WORKING IN UNIVERSITY HOSPITAL

In this research, in order to evaluate healthy eating attitudes of physicians, 220 physicians from one state hospital and one private hospital participated. We applied a questionnaire about sociodemographic characteristics and eating habits of the physicians and eating attitude test (EAT) that contains 40 questions. Mean age of male physicians was $33,2\pm 9,6$ and female physicians was $32,1\pm 7,9$. 42,7% of the participants were not pleased with their weight and 38,2% were trying to lose weight. When we look for eating attitudes of the physicians we saw that 65% were having breakfast regularly, 72,3% were having lunch regularly and 85,9% were having dinner regularly. 8,3% of the physicians that are underweight; 31,7% of the physicians that have normal weight; and 71,0% of the overweight physicians were not pleased with their weight ($p<0,001$). Another factor that affecting weight pleasure was having an illness ($p=0,023$). The mean of the EAT scores of the physicians was $11,8\pm 8,1$. When we take the test score threshold as 30 we found that 3,6% of the physicians have eating disorder. In conclusion, we found that in order to lose weight the physicians take assistance from unprofessional people and they may skip some meals and -although it is low- they may have eating disorders. There is not enough researches about attitudes of physicians in Turkey and we assume that this research will enlighten future researches.

Keywords: Eating habits, Physicians, Eating attitudes

ÖNSÖZ

Yüksek Lisans tezimi hazırlama sürecinde tez danışmanı hocam Prof. Dr. M. Emel Tüfekçi Alphan hocama tez boyunca her türlü katkı ve yardımlarından dolayı saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Tezimin başlangıcından sonuna kadar her aşamasında yardımlarını esirgemeyen, her şeyden öte koşulsuz desteğiyle hep yanımda olduğunu hissettiğim değerli hocam Yakın Doğu Üniversitesi Rektör Yardımcısı Prof.Dr. Şenol Baktaş hocama, saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Tüm bunların yanında en sıkıntılı günlerimde bile desteği ve anlayışı ile bana güç veren vefakar ailem; canım babam ve canım anneme, sonsuz teşekkürler...

Fatma FİDAN

BEYAN

Bu çalışmanın, kendi tez çalışmam olduğunu, tezde kullanılan bilgileri etik kurallar içinde elde ettiğimi daha önce üretilmiş olan ve yararlandığım bütün bilgi, fikir ve yorumları akademik kurallar içinde kullandığımı ve kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

Fatma FİDAN



İÇİNDEKİLER

SAYFA NO

ÖZET	ii
ABSTRACT.....	iii
ÖNSÖZ	iv
BEYAN	v
TABLolar LİSTESİ	vii
ŞEKİLLER LİSTESİ	viii
İÇİNDEKİLER.....	vi
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ	ix
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1 Sağlık	3
2.2 Beslenme.....	3
2.2.1 Besin çeşitleri ve besin piramidi	4
2.2.2 Beslenme modelleri.....	5
2.2.3 Yeme bozuklukları	7
2.2.4 Obezite	12
2.3 Beden algısı	15
2.4 Beden memnuniyetsizliği	16
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	17
4.BULGULAR.....	20
5. TARTIŞMA	39
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	43
KAYNAKÇA.....	44
EKLER	52

TABLolar LİSTESİ

SAYFA NO

Tablo 1. Enerji ve besin öğelerini karşılayacak günlük besinlerin yaklaşık miktarları (g/gün) (12).....	5
Tablo 2. Etnik gruplara göre bel çevresi değerleri (39).....	14
Tablo 3. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri.....	20
Tablo 4. Katılımcıların fiziksel özelliklerinin cinsiyetlere göre dağılımı	21
Tablo 5. Katılımcıların branşlara göre dağılımı	22
Tablo 6. Katılımcıların sağlık durumunu etkileyen faktörler.....	23
Tablo 7. Katılımcıların ağırlık durumu hakkındaki bilgilerin dağılımı	25
Tablo 8. Katılımcıların kilo verme yöntemleri.....	27
Tablo 9. Katılımcıların beslenme alışkanlıkları ile ilgili özellikler	28
Tablo 10. Katılımcıların sosyo-demografik verileri ile kilo memnuniyeti arasındaki ilişki	30
Tablo 11. YTT puanı 30 ve üzeri olanlar ile normal olan hekimler arasındaki farklar	32
Tablo 12. Katılımcıların sosyodemografik verileri ile YTT skorları arasındaki ilişki	34
Tablo 13. Katılımcıların çalıştıkları hastanelere göre sosyodemografik verilerinin karşılaştırılması.....	35
Tablo 14. Katılımcıların cinsiyetleri ile beslenme alışkanlıklarının karşılaştırılması	37

ŞEKİLLER LİSTESİ

SAYFA NO

Şekil 1. Dört yapraklı yonca modeli (12. Kaynaktan alınmıştır).....	6
Şekil 2. Besin piramidi.....	7
Şekil 3. Obez ve normal kilolu bireylerde radyolojik olarak yağ dokusu görüntülenmesi (34).....	13
Şekil 4. Katılımcıların BKİ gruplarının dağılımı.....	25



SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

AN	:Anoreksiya Nervoza
BKİ	:Beden Kitle İndeksi
BN	:Bulimia Nervoza
Cm	:Santimetre
DSM	:Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DSÖ	:Dünya Sağlık Örgütü
Dyt	:Diyetisyen
Kg	:Kilogram
SS	:Standart Sapma
TR	:Türkçe
TURDEP	:Türkiye Diyabet Epidemiyoloji Çalışması
TV	:Televizyon
YTT	:Yeme Tutum Testi

1. GİRİŞ

Küreselleşme süreciyle birlikte yaşam kalitesini artırmak için toplumun sağlıklı beslenmeyi yaşam biçimi haline getirmesi gerekmektedir. Sağlıklı yaşam ve ekonomik refah, toplumun sağlıklı olmasına etki eden faktörlerdendir. Sağlığın temelinde de yeterli ve dengeli beslenme (sağlıklı beslenme) etkin bir rol alır. Dolayısıyla hayat boyu toplumu oluşturan fertlerin sağlıklarının iyileştirilmesi ve geliştirilmesi için yaşam kalitelerinin arttırmaları ve sağlıklı yaşam biçimlerinin benimsemeleri gerekir. Bunun yanı sıra, sağlıklı yaşamı tehdit altına alan ve günümüzde 'fast food' kültürünün de giderek yaygınlaşmasıyla etkisini artıran beslenme sorunları ile mücadele edilmesi gerekmektedir (1, 2).

İnsan vücudu belli bir denge içinde çalışır ve bu denge herhangi bir nedenle bozulduğu zaman hastalıklar ortaya çıkmaya başlar. Diyet ve çevresel etkenler bu dengenin bozulmasına yol açan önemli etkenler arasındadır. Gelişmekte olan ülkelerde olduğu gibi ülkemizde de besinlere kolay ulaşılması, anksiyete nedeniyle yiyerek rahatlama çalışmaları gibi sebeplerle obezite sıklığında artış gözlemlenmektedir. Bu durumun sebepleri arasında aç olmanın yanı sıra psikolojik rahatlama isteği de söz konusudur (3).

Çocukluk çağından itibaren kilo almak veya zayıf olmamak, ebeveynler için bir sağlık göstergesi olarak görülmüştür. Hatta çocuğa sürekli daha çok yemek yedirmek istenmesi, bundan dolayı kişi büyüdüğünde içsel olarak yemek yemeye daha çok yönelmektedir. Aslında yemek yemede ruhsal, fiziksel, dışsal ve içsel birçok faktör vardır. Erişkin yaşta kişilerin sosyal hayatlarının ve ilgi alanlarının kısıtlı olduğu durumlarda da besin alımı kişinin kendisi için bir ödül olarak algılanmaktadır.

Beden algısı içinde bulunulan çağa ve yaşanan topluma göre değişmektedir. Eski çağlarda tanrıçalar aşırı kilolu ve bu halleriyle beğeni toplarken, günümüzde kadınlar ince ve narin bir beden yapısına özendirilmektedir (4). Dolayısıyla kişinin beden algısının gerçekle uyum gösterme zorunluluğu yoktur. Beden algısı kişiye göre değişmekte olup o kişinin kendisini nasıl algıladığı ile alakalıdır. Ayrıca günümüzde neredeyse tüm dünya uluslarında güzellik ince olmakla eş değer görülmekte, bedenlerine ve kilolarına dikkat edenlerin bedenlerini ve kendilerini sevdikleri, buna

bağlı olarak da benlik saygılarının yüksek olduğu düşünülmektedir (5). Toplumda kabul görmüş olan algı ise kadınlar için ince bir vücuda sahip olmak iken erkeklerde kaslı ve sportmen bir vücut yapısıdır. Kişilerin yaşı, sağlıklı ya da hasta olmaları, içinde bulunduğu psikososyal durumu bu tip algıyı etkilemektedir. Kendini fiziksel olarak olumlu bulanların, insan ilişkilerinde daha özgüvenli ve işlerinde daha başarılı olduğu buna karşın kendini beğenmeyen, kendisinde birçok kusur olduğunu düşünen kişilerin ise yaşamlarının belli dönemlerinde veya sürekli olarak güvensizlik, huzursuzluk ve değersizlik hissi yaşadıkları bilinmektedir. Kendi bedenlerinden memnun olmayan kişilerde ruhsal hastalıkların görülme sıklığı da artmaktadır (4).

Yapılan bir çalışmada hekimlerin genelde stresi azaltmak için kullandıkları yöntemler olarak; işe ara verme (dinlenme), arkadaşlarıyla sohbet, pasif rahatlama, gülme-rahatlama, egzersiz yapma, kızma, stres yapan durumdan uzaklaşma, alkol, zaman yönetimi, fazla yeme, hızlı araba kullanma, insanları rahatsız etme, işlerini başkalarına devretme, danışma alma (profesyonel yardım) olduğu bulunmuştur (6). Bu çalışmadan da anlaşılacağı üzere hekimler günlük yaşamlarında karşılaştığı stresli durumu azaltmak için fazla yeme gibi bir takım davranışlara yönelmektedir. Yapılan çalışmalar, yüksek anksiyete riski olan tıp fakültesi öğrencileri, diyetisyen ve hekimler gibi gruplarda ortoreksiya nevroza (yeme bozukluğu) belirtilerine daha sık rastlandığını göstermektedir (7).

Bu araştırmada bir özel üniversite, bir devlet üniversite hastanesinde çalışan hekimlerin sağlıklı beslenme tutum ve davranışlarının belirlenmesi amaçlanmaktadır. Bu amaçla sağlıklı beslenme tutum ve davranışlarının belirlenmesine yönelik olarak hazırlanmış anket formu uygulanmış ayrıca katılımcıların boy, vücut ağırlığı, bel çevresi ve kalça çevresi ölçümleri yapılarak sonuçlar karşılaştırılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlık

Dünya Sağlık Örgütüne (DSÖ) göre sağlık; "Sadece hastalıklardan ve mikroplardan korunma değil, bir bütün olarak fiziki, ruhi ve sosyal açıdan iyi olma halidir". Sağlıklı olmak, bireyin mutlu olabilmesi için öncelik taşıyan bir durumdur ve sağlıklı olmanın genel manada birtakım kuralları vardır. Bu kurallardan bazıları; sağlıklı beslenme, düzenli egzersiz ve spor yapma, beden temizliği, çevre temizliği, bedensel ve zihinsel çalışma, düzenli ve planlı bir yaşam, kilo kontrolü, alkol, sigara, stimüle edici ve uyuşturucu gibi bazı zararlı maddelerden uzak durma, kazalardan korunma ve gerekli önlemler alma, günlük yaşamda karşılaşılan sorunlarla başa çıkmak için doğru ve uygulanabilir yöntemler kullanma şeklinde genellenebilir (8).

2.2. Beslenme

Beslenme en yalın haliyle, vücudumuzun çalışması için gerekli olan besinlerin vücuda alınmasını, sindirimini, emilimini ve metabolizmasını ifade eder (2).

Vücudun büyümesi, yenilenmesi ve çalışması için gerekli olan besin öğelerinin her birinin yeterli miktarda alınması ve vücutta uygun şekilde kullanılmasına ise "yeterli ve dengeli beslenme" denir (9).

Yetersiz ve dengesiz beslenme durumlarında vücudun gelişmesi, büyümesi ve normal düzeninde çalışmasında birtakım aksaklıklar olabilir. Bundan dolayı birçok hastalığın örneğin; beriberi, pellegra, skorbüt, marasmus, kwashiorkor, raşitizm, xerophthalmia vb. genelde vitamin alım eksikliği ile giden ve metabolik sendrom gibi ciddi hastalıkların direkt sebebi olmakla birlikte başka birçok hastalığın ise örneğin; verem, ishal, kızamık, boğmaca vb. gibi genel vücut savunmasından dolayı kolayca yerleşmesinde ve hastalıkların ağır seyretmesinde önemli rol oynar. Bu yüzden "yeterli ve dengeli beslenme sağlığın temelidir" denebilir (9).

Hekimler gerek yoğun iş yükü nedeniyle rahatlamak, mutlu olmak gerekse vücutlarının ihtiyacı olan enerji için beslenmektedir. Temel yaşam belirtilerinin devamı için gereken beslenme bazen hobi olarak yeme, bazen stresle başa çıkma, tatmin olma için beslenme şekilde ortaya çıkabilir. Hatta bazen çok aşırı ve dengesiz beslenme görülebilir bunun sonucu olarak Beden Kütle İndeksi (BKİ) artabilir hatta obezite görülebilir. Hekim kendi vücudunu beğenmemekle birlikte bu yanlış beslenme

sonucunda sağlığı olumsuz etkilenebilmekte ve beden algısında değişiklikler görülebilmektedir. Bunun için toplumun diğer kesimlerinde olduğu gibi hekimler için de dengeli ve yeterli beslenme hem beden hem ruh sağlığı açısından çok önemlidir.

2.2.1. Besin eşitleri ve besin piramidi

Besin, yaşamı devam ettirebilmek için ihtiyaç duyulan organik ve inorganik kimyasal maddelere verilen genel terimdir. İnsanların fizyolojik olarak ihtiyaı olan bu besin ögeleri altı grupta toplanabilir (10).

1. Proteinler
2. Yağlar
3. Karbonhidratlar
4. Mineraller
5. Vitaminler
6. Su

Besinler içerdikleri besin ögelerine göre birbiriyle yakın olanlar bir araya toplanarak 4 gruba ayrılabilir (şekil 1) (11). Bunlar;

1. Ekmek ve tahıl rnleri
2. Sebze ve meyveler
3. Süt ve süt ürünleri, et ve et rnleri
4. Yağlar ve tatlılar

Tablo 1. Enerji ve besin ögelerini karşılayacak günlük besinlerin yaklaşık miktarları (g/gün) (12)

Yaş	Erkek 10-18	Kız 10-18	Yetişkin Erkek 19-65	Yetişkin Kadın 19-65
Besin Grupları				
1. Grup (Süt Grubu)				
Toplam	600	600	450	450
Süt, Yoğurt	450	450	300	450
Peynir, Çökelek	30	30	30	30
2. Grup (Et, Yumurta)				
Toplam	165	155	140	150
Et, Tavuk, Balık	100	100	100	100
Yumurta	25	25	10	25
Kurubaklagil	40	30	30	25
3. Grup (Taze Sebze & Meyve)				
Toplam	500	500	600	600
Yeşil ve Sarı	150	150	200	200
Diğerleri	350	350	400	400
4. Grup (Tahıllar)				
Ekmek	350	300	300	250
Pirinç, Bulgur, Makarna, Un	100	60	80	75
Günlük Yağ ve Şeker Tüketim Miktarı				
Yağlar Toplam	60	50	40	40
Katı Yağ	30	25	20	20
Sıvı Yağ	30	25	20	20
Şeker	40	30	30	30
Bal, Pekmez, Reçel vb.	30	30	20	20

2.2.2. Beslenme modelleri

Çağımızda sanayileşme, kentleşme, ekonomik gelişme ve küresel pazarların etkisiyle yeme içme ve yaşam tarzında büyük değişiklikler olmaktadır. Bu değişiklikler milletlerin, toplulukların veya ülkelerin beslenme ve sağlık durumuna önemli etkiler yapmaktadır.

Beslenme alışkanlıkları, kültürel farklılıklar, besinlerin temin edilme yöntemleri ve sağlık sorunlarındaki farklılıklar her ülkenin kendisine has bir besin rehberi geliştirmesini sağlamıştır. Ülkemizdeki besin rehberi dört yapraklı yonca (Şekil 1) ile betimlenirken değişik ülkelerde besin piramidi (Şekil 2), beslenme bayrağı, besin evi, besin rehberi topacı, besin pagodası, pusula, merdiven ve üç boyutlu piramit adı altında değişiklik gösterebilmektedir (13).



Şekil 1. Dört yapraklı yonca modeli (12. Kaynaktan alınmıştır).

Günümüzde özellikle de gelişmiş ülkelerde batı tipi beslenme olarak adlandırılan bir beslenme kavramının olduğu kabul edilmektedir. Batı tipi beslenme tipinde işlenmiş et, kırmızı et, tereyağı ve yüksek oranda yağ içeren süt ürünleri, yumurta ve rafine tahılların tüketimi daha yüksek oranda görülmekte iken batı tipi olmayan diğer tip beslenmede ise tam tahıllı gıdalar, kuru baklagiller, meyveler, sebzeler ve balık tüketimi daha yüksektir (14).



Şekil 2. Besin piramidi

2.2.3. Yeme bozuklukları

Yeme Bozuklukları “anoreksiya nervoza” , “bulimiya nervoza” ve son yıllarda tanımlanan “tıknırcasına yeme bozukluğu” gibi psikiyatrik hastalıkların içinde yer alan tanı grubudur. Bu hastalıklar asıl olarak ruhsal kaynaklıdır ve bedensel belirtiler ön planda gibi görünse de ciddi ruhsal sorunlarla birliktelik göstermektedir (15).

Ülkemizde herhangi bir yeme bozukluğu çeşidinin ergen ve genç erişkinlerde görülme sıklığı %4 olarak bildirilmektedir. Anoreksiya nervoza en sık ikinci on yaşın ortalarında başlamaktadır. Ergen kadın popülasyonunda %0,5-1 oranında görülmektedir ve bu oran aynı yaş grubundaki erkeklere göre 10-20 kat daha fazladır. Gelişmiş toplumlarda ve gelir düzeyi yüksek olan gruplarda daha sık görülmekle birlikte son yıllarda yapılan çalışmalarda yeme bozukluğu sıklığının gelir farklılığı olan gruplarda fark göstermediği görülmüştür. Bulimia nervoza sıklığı, anoreksiya nervozanın sıklığına göre daha fazla olup genç kadınlarda %1-3 oranında görülmektedir. Bulimia nervoza, anoreksiyaya göre daha sık olarak ergenliğin sonlarında başlamaktadır (16).

2.2.3.1. Anoreksiya Nevroza

Amerikan Psikiyatri Birliği'nin (American Psychiatric Association) DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) sınıflandırmasına göre; Anoreksiya nervoza bozukluğunun DSM-4 kılavuzundaki tanımı aşağıdaki gibidir:

"Yaşı ve boy uzunluğu için normal aralıkta kabul edilen en düşük kiloda veya bunun üzerindeki bir vücut ağırlığına sahip olmayı kabullenmeme. “Örneğin beklenen

vücut ağırlığının % 85' inin altında bir vücut ağırlığına sahip olmaya çalışma ya da büyüme dönemi sırasında, beklenenin % 85'inin altında bir vücut ağırlığına sahip olmak için beklenen kilo alımını engelleme, kilo almaktan ve zayıf olmasına rağmen şişmanlamaktan yoğun korku hissi duyma, beden algısında bozukluk ve kadınlarda 3 ardışık menstürel kanamanın olmaması (amenore). DSM-4'de tanı kriterlerinde amenore bulunması şartı vardı. Fakat Mayıs 2013' te yayımlanan şu an için en güncel olan DSM-5'te anoreksiya nervoza'nın tanı kriterlerinden amenore çıkartılmıştır ve tanı kriterlerinde bazı değişiklikler yapılmıştır. Dolayısıyla DSM-5' te artık kişide amenore olmasa bile anoreksiya nervoza tanısı konulabilmektedir. Anoreksiya nervozanın yeni tanı ölçütü DSM-5' te 'İhtiyaca göre enerji alımını kısıtlama davranışı, kişinin yaşı, cinsiyeti, gelişimsel olarak izlediği yol ve beden sağlığı açısından belirgin bir biçimde düşük bir vücut ağırlığının oluşmasına yol açar. Belirgin bir biçimde düşük vücut ağırlığı, olması gereken en düşüğün altında ya da çocuklar ve gençler için beklenen en düşüğün altında olması' olarak tanımlanır (17-19).

"Görüldüğü üzere DSM-5 klavuzunda, DSM-4'dekinden farklı olarak "beklenenin %85'in altında bir vücut ağırlığı" gibi ifadeler kaldırılmıştır ve tanı için gerekli şartlar biraz daha geliştirilmiştir. Ayrıca anoreksiya nervozanın DSM-4' deki "Beklenenin altında bir vücut ağırlığına sahip olmasına karşın kilo almaktan ya da şişman biri olmaktan aşırı korkma" ifadesi DSM-5'te şu hale getirilmiştir: "Kilo almaktan ya da şişmanlamaktan çok korkma ya da belirgin bir biçimde düşük vücut ağırlığında olmasına karşın kilo almayı güçleştiren sürekli davranışlarda bulunma." Görüldüğü üzere DSM-5'te tanı şartlarına "kilo almayı güçleştiren sürekli davranışlarda bulunma" gibi bir koşul da eklenmiştir (18,19). "

Anoreksiya nervozalı kişiler aldıkları besinlerin kilo yapma etkilerini azaltmak için laksatif (ishal yapıcı) veya diüretik (su atıcı) gibi ilaçlara yönebilirler. Bunun sonucunda beden sağlıklarını tehdit edecek düzeyde zayıflayabilirler. Vücutta elektrolit bozukluğu örneğin düşük potasyum düzeyleri gelişebilir. Bundan dolayı kalple ilgili sorunlar ortaya çıkabilir. Elektrolit bozukluğu olanlarda güçsüzlük, uyku hali, halsizlik, kalpte ritm bozuklukları görülebilir. Kalp ritmindeki bozukluklar kalbin durmasına ve ani ölümlere neden olabilir. Karaciğer dokusunda yağlanma oluşabilir. Serum lipid düzeyleri yükselebilir (20-22).

Ağız sağlığının bozulması, diş çürümeleri, kuru ve turgoru düşük cilt, kemik metabolizmasının bozulması sonucu osteoporoz ve patolojik kırıklar, mide boşalmasının gecikmesi, kabızlık, tiroid hormon metabolizmasının düşmesi sonucu

hipotiroidi, düşük beden ısı (hipotermi) besin alımının yetersiz olması sonucu anoreksiya nervozalı kişilerde gözlenebilen diğer birkaç komplikasyonlardır (23-25). Ayrıca çok fazla ve hızlı kilo kaybının olması, yukarıda sayılan çeşitli tıbbi sorunlarının olması, ayaktan yapılan tedavilerde iyileşme sağlanamaması ve yeme bozukluğu dışında başka bir psikiyatrik hastalığının olması durumunda kişinin hastanede yatarak tedavi olması gerekmektedir.

2.2.3.2. Bulimiya Nervosa (BN)

Bulimiya nervosa aşırı yemek yeme atakları ve sonrasında gelen kusmaların ön planda olduğu bir yeme bozukluğudur. Kelime anlamına bakacak olursak “bous (öküz)” ve “limos (açlık)” kelimelerinden türetilmiştir. Yani “bir öküzü bile yiyebilecek kadar büyük bir açlık” ya da “bir öküz kadar yiyebilmek” anlamına gelen patolojik bir iştahı artışı ifade eder (26). Kişi anoreksiya nervozada da olduğu gibi zayıf bir vücuda sahip olmak istediği için yediklerini dışarı atmak, kilo yapıcı etkilerinden kurtulmak için çeşitli yollara başvurabilir. Bu yollardan en sık görüleni ise yemek yedikten sonra kişinin kendini kusturmasıdır. Parmaklarını devamlı boğazına sokmaktan dolayı elin yüzeyinde soyulmalar ve yaralar oluştuğu gözlenebilir. Ayrıca idrar söktürücü (diüretik), ishal yapıcı (laksatif) ve vücut metabolizmasını hızlandırmak için tiroid ilaçları kullanabilirler. Aç kalmak veya aşırı egzersiz yapmak da gözlenebilir. Anoreksiya nervozadan farklı olarak kişi hafif kilolu veya normal vücut ağırlığındadır. Genellikle yenen besinler yüksek miktarda şeker ve karbonhidrat içeren besinlerdir.

DSM-4’ de yemek yeme ve ödünleyici davranış atakları için gerekli olan sıklık 3 aylık bir dönemde 2 kez iken bu durum DSM-5’ te 1’ e indirilmiştir. DSM-5’ teki bulimiya nervosa’ nın tanı ölçütü artık atak sıklığının ortalama, üç ay içinde, en az haftada bir kez olması gerekmektedir (18, 19). DSM-5’ e göre bulimia nervosa tanısı;

“A. Tekrarlayan tıknırcasına yeme dönemleri. Bir tıknırcasına yeme dönemi aşağıdakilerden 2 durum ile belirlenmektedir:

1. Benzer koşullarda, benzer sürede, çoğu kişinin yiyebileceğinden açıkça daha çok yiyeceği, ayrı bir zaman biriminde (örneğin herhangi iki saatlik bir sürede) yeme.
2. Bu dönem sırasında yemek yemeyle ilgili denetiminin kalktığı duyguyu olması (örneğin kişinin yemek yemeyi durduramadığı duygusu, ne ya da ne denli yediğini denetleyemediği duygusu).

B. Kilo almaktan sakınmak için, kendi kendini kusturma, ishal yapıcı (laksatif) ilaçları, idrar söktürücü (diüretik) ilaçları ya da diğer ilaçları yanlış yere kullanma, neredeyse hiç yememe ya da aşırı spor yapma gibi yineleyen, uygunsuz ödünleyici davranışlarda bulunma.

C. Bu tıkmırcasına yeme davranışlarının ve uygunsuz ödünleyici davranışların her ikisi de, ortalama, üç ay içinde, en az haftada bir kez olmalı.

D. Kendilik değerlendirmesi, vücut biçiminden ve ağırlığından yersiz bir biçimde etkilenir.

E. Bu bozukluk, yalnızca anoreksiya nervroza dönemleri sırasında ortaya çıkmamaktadır.

Bulimia nervozanın hastalık şiddetine göre 4 alt tipi vardır bunlar;

I. Ağır olmayan BN: Ortalama haftada bir-üç kez uygunsuz ödünleyici davranış olması.

II. Orta derecede BN: Ortalama haftada dört-yedi kez uygunsuz ödünleyici davranış olması.

III. Ağır BN: Ortalama haftada sekiz-on üç kez uygunsuz ödünleyici davranış olması.

IV. Aşırı düzeyde BN: Ortalama haftada on dört ya da daha çok kez uygunsuz ödünleyici davranış olması.

Çıkartma davranışlarına bağlı bulimia nervoza' da anoreksiya nervozadaki gibi benzer tıbbi sorunlar, dişlerde aşınma, ağız sağlığı bozulması, parotis bezi büyümesi, mide genişlemesi, gastrit, gastroözefageal reflü, özefajit, yemek borusu zedelenmesi hatta yırtılması, karın ağrıları, kalp yetersizliği, elektrolit bozuklukları ve buna bağlı kardiyak ritm problemleri vs. görülmektedir. Bulimiya nervozada ilk başlarda tedavi konusunda umutsuzluk ön planda iken, son yıllarda gerek ilaç tedavisinde gerekse de uygulanan terapiler sonrasında başarı oranlarında artış gözlenmiştir (19,27).”

2.2.3.3. Başka Türü Adlandırılmamış Yeme Bozuklukları

AN ve BN' nin tanı için gerekli şartlarını karşılamayan diğer yeme bozuklukları bu kategori içerisinde yer alır.

2.2.3.3.1. Tıkmırcasına Yeme Sendromu

İlk olarak DSM-5' de yer verilen tıkmırcasına yeme bozukluğu, BN' nin çıkartma olmayan tipinden şu özellikleri ayrılır; kilo almaktan kaçınmak için herhangi

bir telafi davranışının olmaması ve 6 ay süre ile haftada 2 kere tıknama şeklinde yeme olmasıdır. Çoğu zaman bu tıknırcasına yeme nöbeti kişilerde stres ile ilişkilidir. Aynı zamanda bu kişiler genellikle şişmandırlar. Ayrıca bu kişiler yeme atakları sırasında BN' lı hastalar gibi kontrol kaybı duygusu yaşarlar ve yeme eylemini durduramazlar (19).

2.2.3.3.2. Gece yeme sendromu

Gece yeme sendromu ilk olarak 1955' te Stunkard ve arkadaşları tarafından, tedaviye dirençli obezitesi olan hastalarda, sabahları anoreksi (yememe), akşamları ise hiperfaji (çok fazla yeme) ve insomnia (uykusuzluk) ile karakterize bir yeme bozukluğu olarak tanımlanmıştır (28). Tanı kriterlerine bakılacak olursa, sabahları ortaya çıkan anoreksi; kahvaltının ihmal edilebilir miktarda yenmesi (örneğin kahve veya meyve suyu) veya atlanması, akşam hiperfajisi; günlük toplam kalori miktarının en az % 50' sinin akşam yemeğinden sonra alınması, insomnia veya uykusuzluk ise haftada 3 veya daha fazla olması bu durumun en az 3 ay sürmesi, yedikten sonra suçluluk, sıkıntı, gerginlik, sinir olması ve diğer yeme bozuklukları kriterlerine uymama gibi özellikler vardır. Gece yenilen yiyeceklerin yaklaşık %70' ini karbonhidratlar oluşturmakta iken, bu oranın gündüzleri ise ancak %47 olduğu gösterilmiştir. Gece yeme sendromu olan kişilerin yaklaşık %50'si, gece yemekleri sırasında, ekmek, günlük ürünler ve şekerlemeler gibi yiyecekleri tercih ettiklerini ifade etmişlerdir. Akşam atıştırmalarında karbonhidrat/protein oranı da oldukça yüksektir (29). Gece yeme sendromunun erkek ve kadınlarda görülme sıklığının farklılığı ile ilgili veriler kısıtlıdır. Rand ve arkadaşlarının normal kilolu erişkinlerle yaptıkları bir çalışmada, her iki cinsiyette gece yeme prevalansını benzer şekilde bulmuşlardır (30). Gece yeme sendromu olanlar, olmayanlara göre depresif duygu durumunun daha sık olduğu bildirmiştir (31). Gece Yeme sendromunun tanımlamasında psikososyal stresör faktörlerin, gece yemedeki alevlenmelerde yaygın olarak bulunduğu bildirilmiştir (28). Özellikle hastaların stresli dönemlerinde, gece yeme sendromunun başladığı ve gece yemek yemesi olanlarda da stresin daha yüksek düzeyde olduğu gösterilmiştir.

2.2.3.3.3. Ortoreksiya nervoza

Ortoreksiya nervoza bir modern çağ hastalığı olarak düşünülebilir. İlk kez 1997 yılında Steven Bratman tarafından AN'yi çeşitlendirmek üzere tanımlanmıştır.

Yunanca “Orto” kelime olarak “doğru”, “gerçek” anlamına gelmektedir. Kişi her yediği yemeği abartılı bir şekilde kontrol eder. Biyolojik olarak saf, kanserojen madde içermeyen, işlem görmemiş, herbisit, pestisit veya yapay maddeler içermeyen sağlıklı besinlerin tüketilmesine karşı patolojik bir saplantı olarak da açıklanmaktadır (32).

2.2.3.3.4. Bigoreksiya

Kişinin kendini daha çekici hale gelmek amacıyla yaptığı kas geliştirme hastalığıdır. Zihin sürekli kas geliştirmeyele meşguldür. Bigoreksili kişi günde 5 veya daha fazla saat boyunca egzersiz yapar ve yaklaşık olarak 12 defa aynaya uzun süreli olarak bakar. Kas kitlesini artırmak amacıyla protein tozları, vitaminler, enerji verici takviye gıdaları kullanır. Sonuçta çok fazla kaslı bir yapıya sahip olsa bile bunun yeterli olduğuna inanmaz ve yağlarından şikayetçidir. Bu kişilerin hikayelerinde BN görülebilir. Fazla şekilde vücutlarıyla ilgilenirler. Günümüz toplumunda kadınların zayıf ince gösterilmesi gibi erkeklerin kaslı ve fit bir vücuda sahip olması özendirilmektedir (33).

2.2.4. Obezite

DSÖ, fazla kilolu olmak ve obezite tanımlarını BKİ’ye göre yapmaktadır. Obezite tanısı koymak için değişik yöntemler kullanılmıştır fakat hala günümüzde en geçerli yöntem olarak BKİ kullanılmaktadır (35). $BKİ = \frac{\text{Ağırlık (kg)}}{\text{Boy} \times \text{Boy (m}^2\text{)}}$ formülüne göre hesaplanmaktadır. Buna formüle göre; BKİ 30 kg/m² ve üzerinde bir değer obezite olarak tanımlanmaktadır (1). BKİ;

18.5 kg/m ² 'nin altında ise	Zayıf
18.5-24.9 kg/m ² arasında ise	Normal kilolu
25-29.9 kg/m ² arasında ise	Fazla kilolu
30-34.9 kg/m ² arasında ise	I. Derece obez
35-39.9 kg/m ² arasında ise	II. Derece obez
40 kg/m ² üzerinde ise	III. Derece morbid obez

olarak sınıflandırılmıştır (36).

Türkiye’de obezite prevalansı gelişmiş batı ülkelerinden aşağı kalmamaktadır. 1997-98 yıllarında 540 merkezde gerçekleştirilen, 20 yaş ve üzeri 24788 kişinin incelendiği Türkiye Diabet Epidemiyoloji Çalışması-I (TURDEP); erkeklerde %13, kadınlarda %30, genelde toplamda ise %22.3 oranında obezite prevalansı olduğunu bildirilmiştir. Obezite sıklığının yaş dağılımı incelendiğinde ise 30’lu yaşlarda artmakta olduğu ve 45-65 yaşları arasında pik yaptığı görülmüştür. Obezite prevalansı kentsel alanda %23.8 oranında iken kırsal alanda bu oran %19.6 olarak tespit edilmiştir. Ülke geneli değerlendirildiğinde ise Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinde daha düşük bezite oranlarına rastlandığı görülmüştür (37).

Aynı merkezlerde TURDEP-I çalışmasından 12 yıl sonra 26500 erişkinin katılımı ile yapılan TURDEP-II çalışmasında; kadınlarda obezite sıklığı %44, erkeklerde %27 ve genel toplumda ise %35 oranında bulunmuştur. Buna verilere göre son 12 yılda obezitenin kadınlarda %34, erkeklerde ise %107 oranında artmış olduğu görülmektedir. Bölgesel obezite sıklığı Doğu Anadolu’da en düşük diğer bölgelerde ise birbirine yakındır.(17) Bel çevresi veya bel/kalça oranı (BKO)’nun arttığı obezite tipi, santral (viseral ya da abdominal) obezite olarak isimlendirilir. Abdominal obezite, kalp-damar sağlığı açısından önemli bir risk faktörüdür ve bel çevresinin bu riski göstermede daha iyi olduğu kabul edilmektedir. Bel çevresinin normal değerleri DSÖ’ye göre kadınlarda 88 cm ve üzerinde, erkeklerde ise 102 cm veya üzerinde ise abdominal obezitenin olduğunu göstermektedir. TURDEP-I çalışmasında abdominal obezite



prevalansı erkeklerde %17, kadınlarda %49 ve genelde toplumda ise %34 olarak bildirilmiştir. TURDEP-II’de ise abdominal obezite sıklığı genel toplumda %53 olup

kadınların yaklaşık olarak %64'ü, erkeklerin ise %35'i abdominal obezdir (37,38). Etnik gruplara göre bel çevresi değerleri aşağıda gösterilmiştir (39).

Tablo 2. Etnik gruplara göre bel çevresi değerleri (39)

Bel Çevresi (cm)		
Toplum /Etnik Grup	Erkek	Kadın
ABD	≥102	≥88
Avrupa	≥94	≥80
Güney Asya ve Çin	≥90	≥80
Japon	≥85	≥90
Türk	≥90* (≥96**)	≥80* (≥91**)
Orta ve Güney Amerika	Topluma özgü veriler yoksa Güney Asya kesim noktaları önerilir.	
Sahra Afrikası	Topluma özgü veriler yoksa Avrupa kesim noktaları önerilir.	
Doğu Akdeniz ve Orta Doğu (Arap toplumları)	Topluma özgü veriler yoksa Avrupa kesim noktaları önerilir.	
*TEMĐ 2013 **TURDEP-II		

“Obezite, başta kardiovasküler sistem ve endokrin sistem olmak üzere vücudun bütün organ ve sistemlerini etkileyerek çeşitli hastalıklara ve hatta ölümlere neden olabilen ciddi bir sağlık sorunudur. Günümüzde önlenebilir ölümlerin sigaradan sonra gelen ikinci önemli nedeni obezitedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1998 Deklarasyonu’nda modernizasyon ve ekonomik büyümenin, standartlarda artışa yol açarak obeziteyi küresel bir epidemiy haline getirdiğini, 2002 yılında ise 21. yüzyılın en önemli sağlık sorunu olarak kalacağını bildirmiştir. Obezitenin yapılan epidemiyolojik çalışmalarda, morbidite ve mortalite artışından önemli derecede sorumlu olduğu, bireyin yaşam kalitesini azalttığı, sağlıksız geçen yıllarını artırdığını ve beklenen yaşam süresini azalttığı gösterilmiştir. Obezite nedeniyle oluşan tıbbi komplikasyonlar neredeyse bütün vücut sistemlerini etkilemektedir (40).”

Obezite tedavisinde ana amaç, vücudu fazla ağırlıktan kurtarmak, ideal vücut ağırlığına ulaşmak ve uzun dönemde de bu ideal vücut ağırlığını korumaktır. Bu tedavide yaşam tarzı değişikliğinin (fiziksel aktivite, bilinçli yeme, sosyal destek, stres

yönetimi vs.) yeri çok önemlidir. Kilo veremeyen hastalar için daha fazla kilo alımını engelleyecek bir diyet tedavisi alternatif olarak uygulanabilir. Başarılı bir obezite tedavisinde, abdominal yağ oranında azalma, obezite ile ilgili sağlık problemlerinde iyileşme, hayat kalitesinde artma ve ölüm oranında azalma görülmektedir (41).

2.3. Beden algısı

Beden algısı ile ilgili çeşitli tanımlar yapılsa da en sade anlamıyla, kendi bedenimizin zihnimize şekillendirdiğimiz resmidir. Başka bir ifadeyle de beden algısı, bireyin kendi vücudunu algılama şeklidir. İnsanın kendisini başkalarından ayırt etmeye başladığı birinci yaştan itibaren oluşmaya başlar ve hayat boyu sürekli gelişerek değişir. Psikanalist Jacques Lacan'ın ayna kuramına göre çocuk 1,5 yaş civarında kendisiyle başkalarını karşılaştırır. Beş yaş civarındaki çocukların diğer çocukları kilo ve görünümüne göre değerlendirdikleri saptanmıştır (42). Beden algısı genel olarak birbirine eşdeğer tanımlamalarla beden imgesi, beden kavramı, beden egosu, beden seması veya beden sınırı şeklinde birbirinin yerine geçen anlamlarla kullanılmaktadır. Beden algısı için başka bir tanımlama ise iki aşamalıdır:

Birincisi, beden algısı değerlendirmedir. Bu bireylerin fiziksel görünüşleri hakkındaki inançlarını ve düşüncelerini değerlendirmeyi içermektedir.

İkincisi, beden algısı yatırımıdır. Bu bireylerin görünmek istedikleri şekle ulaşmak için uğraştıkları, performans gösterdikleri bireysel davranışları açıklamaktadır.

Schilder' e göre beden algısı; kendi bedenimizin zihnimize biçimlendirdiğimiz resmidir, o beden kendimize görünen biçimini söylemektedir. Norris' in tanımına göre beden algısı; bir kişinin başka kişilerden ayrı olarak beden alanı hakkındaki bilinçli ve bilinç dışı bilgisinin, duygularının ve algılarının düzenli olarak değişimidir. Schwab ve Harmeling' e göre beden algısı; kişinin kendi bedeninin parçalarına ve onların işlevlerine karşı olumlu ve olumsuz duygularının kendisi tarafından değerlendirilmesidir. Slade ise beden algısını; beden şekli, ölçü ve biçim gibi karakteristik özelliklerini ve bunlarla ilgili olan duyguları içeren, zihinde var olan bir resim olarak tanımlamıştır (43-45).

Toplumların kültürel yapıları ve bireylerin içerisinde bulunduğu çağa göre dış görünüşe yüklenen anlam değişiklik gösterebilmektedir. Bununla beraber hemen her

dönemde kendilerini görsel açıdan yeterli olarak değerlendirenler çalışma hayatında daha başarılı ve insan ilişkilerinde daha güvenli hissederken; diğer taraftan kendini görsel açıdan beğenmeyen, kusurlu olduğunu düşünen bireylerinse, çoğunlukla güvensizlik ve değersizlik duyguları içerisinde oldukları belirtilmiştir (46).

Toplumlarda kültürel, ekonomik, sosyal ve geleneksel yapıların değişmesi o toplumdaki kişilerin bedensel algılarını değiştirebilir. Batılı toplumlarda güzellik kavramı, vücut ağırlığı ve biçimi olarak “zayıf” bir beden olarak algılanmakta ve bundan dolayı yeme bozuklukları da giderek artmaktadır. Birçok kişi zayıflamak için diyetler, egzersizler yapmakta ayrıca tüm dünyada görsel ve yazılı basın tarafından zayıf olmak özendirilmekte; bu konuda çeşitli “tarifeler” yayımlanmaktadır. Yalnızca orta sınıftan beyaz kadınlarda görüldüğü düşünülen yeme bozuklukları son zamanlarda tüm sosyal sınıflarda ve tüm ülkelerde artış göstermektedir (47).

2.4. Beden memnuniyetsizliği

Sosyal baskıların özellikle de görsel medyanın baskıları kadınların kendilerini şişman görmesinde etkili olmakta ve bununla beraber beden memnuniyetsizliğini artırarak bireyleri çeşitli arayışlara sürüklemektedir (48).

Bireyin kendi bedenini algılaması objektif olmaktan çok subjektiftir. Beden memnuniyetsizliği, benimsenen ideal ağırlık ile sahip olunan ağırlık arasındaki farklılıktan kaynaklanmaktadır (49). Fakat sahip olunan ağırlıktan başka algılanan vücut yapısı da memnuniyetsizliğin oluşumunda önemli bir yer tutmaktadır (50).

Obezlerdeki beden algısı ile ilgili yapılan çalışmalara bakıldığında; BKİ’ nin beden memnuniyetsizliğine anlamlı düzeyde etkisi olduğunu ve obez olan grubun, obez olmayan grupla karşılaştırıldığında obezlerin daha fazla beden memnuniyetsizliğine sahip oldukları görülmektedir (51). Yapılan başka bir çalışmada yüksek BKİ değerleri olan bireylerin beden memnuniyetsizliği ile BKİ değerleri arasında kuvvetli bir ilişki olduğu gösterilmektedir ve BKİ düzeyi arttıkça memnuniyetsizlik derecesi de artmaktadır (52). Ayrıca kendi bedenlerinden memnun olmayan bireylerde ruhsal hastalıkların görülme sıklığı da artmaktadır. Cinsiyet farklılıklarını inceleyen bir çalışmada ise erkeklerde beden memnuniyetsizliğinin kızlardakine göre daha az olduğu görülmüştür (49). Striegel-Moore ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada,

beden memnuniyetsizliğinin yeme bozukluğunda büyük bir risk faktörü olduğu gösterilmiştir (53).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Tipi: Araştırma Kesitsel tipte bir araştırmadır.

Araştırmanın yapıldığı yer: Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde (KKTC) bulunan Yakınoğu Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde çalışan hekimler ve Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışan hekimler

Araştırmanın Evreni: Araştırma 6 Temmuz 2015-20 Ağustos 2015 tarihleri arasında yapılmış olup, bu tarihlerde KKTC'de bulunan Yakınoğu Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde çalışan 220 hekim ve Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışan 980 hekim olmak üzere toplam 1200 hekim araştırmanın evrenini oluşturmaktadır.

Araştırmanın Örnekleme: KKTC'de bulunan Yakınoğu Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde çalışan hekimlerden 110 kişi ve Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışan hekimlerden 110 kişi olmak üzere toplam 220 hekim çalışma kapsamına alınmıştır.

Araştırmaya Alınma Kriterleri; Her iki hastanede çalışan 25-65 yaşları arasındaki kadın ve erkek hekimlerden gönüllülük esasına göre çalışma kapsamına alınan 220 kişiden oluşmaktadır. Bu kapsamda araştırmaya katılan herkesten aydınlatılmış onam alınmıştır (**Ek 1**).

Etik Kurul Onayı: Çalışmanın etik kurul onayı 11.05.2015 tarihli Okan Üniversitesi Etik Kurulu 'Kurul Kararları' ile alınmıştır (Ek 3). Sonrasında Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu İstanbul Anadolu Güney Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğinden alınan izinle çalışma 6 Temmuz 2015 - 20 Ağustos 2015 tarihleri arasında yürütülmüştür.

Araştırma Yöntemi:

Anket: Veriler, katılımcılara ait genel bilgiler, beslenme alışkanlıkları ve beden algıları ile ilgili bilgiler araştırmacı tarafından hazırlanmış anket formları ile toplanmıştır.

Ayrıca katılımcıların antropometrik ölçüleri Sinbo SBS-4430 dijital baskül ve mezura kullanılarak hesaplanmıştır (**Ek 2**).

Ölçekler (Ek 3): Yeme tutum davranışları ve beden algılarına yönelik olarak hekimlere yeme tutum testi olarak “The Eating Attidute Test-40” (YTT-40) Testi uygulanmıştır. YTT-40 testi Anoreksiya Nervoza ve Blumiya Nervoza belirtilerini değerlendirilmesi ve ölçülmesi için 1979 yılında Garner ve Garfinkel tarafından geliştirilen bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Klinik değerlendirmede de kullanıldığı gibi, hastalık için yüksek risk grubunu oluşturan topluluklarda önceden tanı konmamış anoreksiya nervoza olgularını araştırmak amacıyla bir tarama aracı olarak da kullanılmaktadır. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması, 1989 yılında Savaşır ve Erol tarafından gerçekleştirilmiştir. YTT, 40 maddeden oluşan, altı seçenek arasından çoktan seçmeli likert tipi bir ölçektir. Maddeler arasından 1,18,19,23,27,39 için “bazen” 1 puan, “nadiren” 2 puan ve “hiçbir zaman” 3 puan olarak, diğer seçenekler 0 puan olarak değerlendirilir. Ölçeğin diğer maddeleri için “çok sık” 1 puan olarak, “daima” ise 3 puan olarak ve diğer seçenekler 0 puan olarak değerlendirilir. Sonuç olarak ölçeğin her maddesinden alınan puanlar hesaplanarak ölçeğin toplam puanı elde edilir (54). Ölçeğin Türkçe versiyonunda YTT'nin kesim puanı 30 olarak saptanmıştır. Toplam puanın düzeyi psikopatolojinin düzeyi ile doğrudan ilişkili olan YTT klinik düzeyde “hasta” kabul edilebilecek bireyleri saptayabileceği gibi, kişinin bu bozukluğa ne kadar yatkın olduğunun da bir göstergesi olabilir. Analizler sırasında YTT puanları sürekli değişken olarak kullanılmıştır ayrıca eşik değere göre olası yeme bozukluğu “var” veya “yok” şeklinde gruplandırılarak analiz edilmiştir.

- **Toplam YTT skoru 30 ve üstü** olanlar ‘Bozulmuş yeme durumu’
- **Toplam YTT skoru 30’un altında** olanlar ‘Normal yeme durumu’ olarak kabul edilmiştir.

Ayrıca katılımcıların kilogram cinsinden kilo değeri ve metre cinsinden boyu kullanılarak hesaplanmıştır. **Beden kitle indeksi (BKİ);**

- BKİ < 18,5 ZAYIF
- 18,5 < BKİ < 24,99 NORMAL
- 25 < BKİ < 29,99 FAZLA KİLOLU
- 30 < BKİ < 39,99 OBEZ
- 40 < BKİ MORBİD OBEZ olarak sınıflandırılmıştır

Verilerin Analizi: İstatistiksel değerlendirme SPSS versiyon 11 yazılımı kullanılarak yapıldı. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu görsel (histogram ve olasılık grafikleri) ve analitik yöntemlerle (Kolmogorov-Smirnov/Shapiro-Wilk testleri) incelendi. Tanımlayıcı analizler normal dağılan değişkenler için ortalama ve standart sapmalar kullanılarak verildi. Normal dağılım göstermeyen değişkenler için ortanca ve 25-75 persentil kullanılarak sunulmuştur. 2x2 gözlerde Pearson Ki Kare Testi ile karşılaştırıldı. 2x2'den fazla gözlerde bonferroni düzeltmesi ve post-hoc analizler uygulandı. Çalışmamızdaki ölçümsel veriler normal dağılım göstermediği için birbiriyle karşılaştırmaları Spearman testi ile analiz edilirken, küme şeklindeki 2'li gruplarda normal dağılmadığında Mann Whitney U testi ile, 2'den fazla gruplarda ise Kruskal Wallis testi ile analiz yapılmıştır. Normal dağılım gösterenlerde ise analizlerde Bağımsız gruplarda T testi kullanılmıştır. P-değerinin 0.05'in altında olduğu durumlar istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar şeklinde değerlendirildi.

Verilerin sunumunda tabloların yanı sıra pasta grafik, sütun grafiklerden faydalanılmıştır.

4.BULGULAR

Tablo 3. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

		n	%
Üniversite	Devlet	110	50
	Özel	110	50
Cinsiyet	Kadın	109	49,5
	Erkek	111	50,5
Medeni durum	Bekar	125	56,8
	Evli	95	43,2
Akademik durum	Aile hekimi	76	34,5
	Uzman hekim	60	27,3
	Araştırma görevlisi	84	38,2
Yaşanılan yer	Evde tek	59	26,8
	Evde arkadaşlarıyla	18	8,2
	Ailesiyle	135	61,4
	Diğer	8	3,6
Toplam		220	100

220 hekimin katıldığı çalışmamızda katılımcıların yarısı devlet üniversitesinden kalan yarısı ise özel üniversitede çalışan hekimlerden oluşmuştur. Katılımcıların cinsiyet dağılımı hemen hemen homojendir (109 kadın, %49,5; 111 erkek, %50,5). Katılımcıların medeni durumuna bakıldığında ise 125'inin (%56,8) bekar, 95'inin (%43,2) ise evli olduğu görülmektedir. Hekimlerin akademik durumu göz önüne alındığında 76'sı (%34,5) aile hekimi, 60'ı (%27,3) uzman hekim, 84'ü (%38,2) ise araştırma görevlisi ve/veya akademisyen ünvanı taşımaktadır. Hekimler yaşadıkları yerleri en sık ailesiyle (135 kişi- %61,4) ve ikinci olarak evde tek başlarına (59 kişi - %26,8) olarak belirtmişlerdir. Ayrıca 18 hekim evde arkadaşlarıyla birlikte kaldıklarını belirtmiştir. Diğer seçenekler arasında akraba, arkadaş, yurt gibi seçenekler bulunmaktadır. Araştırmamıza katılan katılımcıların sosyodemografik özellikleri Tablo 3' de belirtilmiştir.

Tablo 4. Katılımcıların fiziksel özelliklerinin cinsiyetlere göre dağılımı

	Erkek		Kadın	
	Ortalama	± Standart Sapma	Ortalama	± Standart Sapma
Yaş (yıl)	33,24	9,64	32,10	7,91
Ağırlık (kg)	78,03	12,68	62,45	9,53
Boy (cm)	177,08	7,44	166,89	7,37
BKİ (kg/m²)	24,85	3,50	22,39	3,03
Bel Çevresi (cm)	83,30	9,62	76,94	8,58
Kalça Çevresi (cm)	98,40	8,73	95,40	8,21
Bel/Kalça Oranı	0,84	0,07	0,80	0,07

Araştırmamıza katılan hekimlerin fiziksel özellikleri değerlendirildiğinde; yaş ortalaması 32,68±8,83 yıl, ağırlık ortalaması 70,31±13,66 kg, boy ortalaması 172,03±8,98 cm, BKİ ortalaması 23,63 ±3,49 kg/m², bel çevresi ortalaması 80,15±9,64 cm, kalça çevresi ortalaması 96,91±8,59 cm, bel/kalça oranı 0,82 olarak bulunmuştur. Katılımcıların fiziksel özellikleri cinsiyetlere göre değiştiğinden ayrı ayrı Tablo 4’ de sunulmuştur.

Tablo 5. Katılımcıların branşlara göre dağılımı

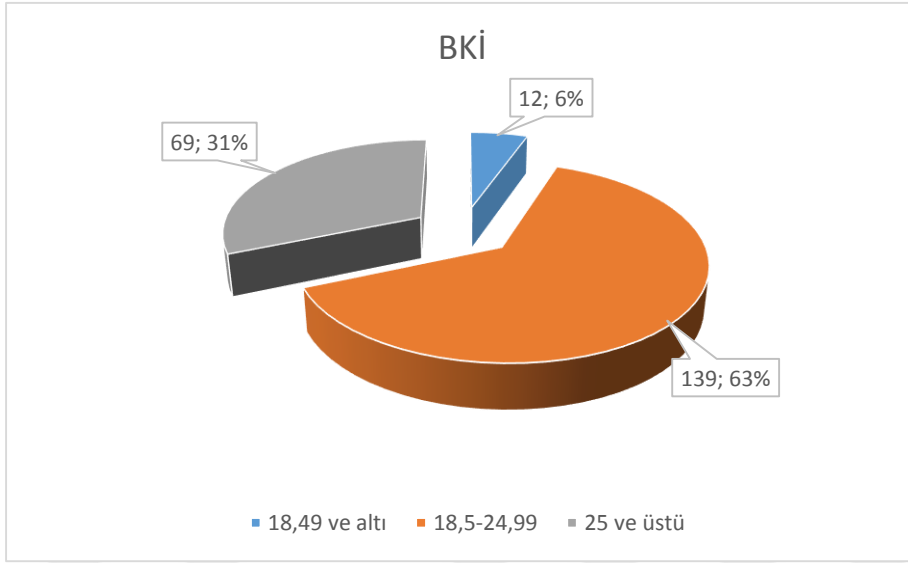
		n	%
Branş	Genel Cerrahi	12	8,2
	Dahiliye	27	18,4
	Kulak Burun Boğaz	7	4,8
	Göz	6	4,1
	Nöroloji	5	3,4
	Üroloji	4	2,7
	Kadın Doğum	10	6,8
	Psikiyatri	9	6,1
	Çocuk Hastalıkları	23	15,6
	Ortopedi	5	3,4
	Aile Hekimliği	8	3,6
	Biyokimya	1	0,5
	Cildiye	1	0,5
	Çocuk Cerrahisi	1	0,5
	Çocuk Diş Hekimi	1	0,5
	Diş Hekimi	11	5,0
	Fizik Tedavi	3	1,4
	Fizyoloji	1	0,5
	Göğüs Hastalıkları	2	0,9
	Halk Sağlığı	2	0,9
Kardiyoloji	3	1,4	
Nefroloji	2	0,9	
Radyoloji	3	1,4	

Pratisyen hekimler dışındaki hekimlerin branşları incelendiğinde en sık Dahiliye (27 kişi -%18,4), ikinci sıklıkta Pediatri (23 kişi- %15,6), üçüncü olarak Genel Cerrahi (12 kişi- %8,2) sonrasında sırayla Kadın Doğum, Psikiyatri, Aile Hekimliği, Kulak Burun Boğaz, Göz Hastalıkları ve diğer branşlar yer almaktadır.

Tablo 6. Katılımcıların sağlık durumunu etkileyen faktörler

		n	%
Hastalık	Var	27	12,3
	Yok	193	87,7
Hastalık Çeşidi	Diyabet	2	7,7
	Kanser	2	7,7
	Kardiyovasküler Hastalıklar	3	11,5
	Diğer Hastalıklar	19	73,1
Sigara	İçiyor	72	32,7
	İçmiyor/Bırakmış	148	67,3
Sigara Miktarı	Günde 2-3 adet	15	21,1
	Günde 1/2 paket	26	36,6
	Günde 1 paket	19	26,8
	Günde 2 paket	4	5,6
	Günde 2 paket üzeri	7	9,9
Alkol	Kullanıyor	105	47,7
	Kullanmıyor	115	52,3
Alkol Miktarı	1 kadeh/gün	7	6,9
	2-3 kadeh/gün	7	6,9
	3-4 kadeh/gün	2	2,0
	4-5 kadeh/gün	4	3,9
	1 kadeh/hafta	15	14,7
	2-3 kadeh/hafta	24	23,5
	3-4 kadeh/hafta	12	11,8
	4-5 kadeh/hafta	6	5,9
	1-2 kadeh/ay	25	24,5

Katılımcıların sağlık durumunu etkileyen faktörler incelendiğinde; hekimlerin 27'sinde (%12,3) bir hastalık varken, kalan 193' ünde (%87,7) herhangi bir hastalık olmadığı belirlenmiştir. En sık görülen hastalıklar %22,2 ile hipotiroidi, diyabet gibi endokrinolojik hastalıklar ve % 19,2 ile hipertansiyon ve iskemik kalp rahatsızlığı gibi kardiyovasküler hastalıklardır. Hekimlerin sigara ve alkol kullanma alışkanlıkları da belirlenmiştir. Buna göre katılımcıların 72'si (%32,7) sigara kullanırken, 105' i (%47,7) alkol kullanmaktadır. Sigara içen hekimlerin içme durumları; 15' i günde 2-3 adet, 26' sı günde yarım paket, 19'u günde bir paket, 4'ü günde 2 paket ve 7' si günde 2 paketten fazla sigara içtiğini belirtmiştir. Ayrıca alkol kullanım durumuna göre hekimlerin 67'si <1 kadeh/hafta, 15'i 1 kadeh/hafta, 7'si 1 kadeh/gün ve 13'ünün de >1 kadeh/gün içtikleri belirlenmiştir. Alkol çeşidine bakıldığında en sık şarap ve bira daha seyrek olarak da rakı, cin, votka ve viski içildiği saptanmıştır (Tablo 6).



Şekil 4. Katılımcıların BKİ gruplarının dağılımı

Tablo 7. Katılımcıların ağırlık durumu hakkındaki bilgilerin dağılımı

		Erkek		Kadın		P
		n	%	n	%	
BKİ	<18,5	2	1,8	10	9,2	0,007
	18,5-24,99	66	59,5	73	67,0	
	≥25,00	43	38,7	26	23,9	
Kilo Memnuniyeti	Memnun	47	42,3	47	43,1	0,907
	Memnun Değil	64	57,7	62	56,9	
Kilo Vermeye Teşebbüs	Var	65	58,6	71	65,1	0,315
	Yok	46	41,4	38	34,9	

BKİ'lerine göre katılımcıların yarıdan fazlasının normal ağırlıkta oldukları saptanmıştır. Erkek hekimlerin 2'si (%1,8) zayıf, 66'sı (%59,5) normal kiloda, 43'ü (%38,7) kilolu+obez sınıfına girmektedir. Kadın hekimlerin ise 10'u (%9,2) zayıf, 73'ü

(%67,0) normal kiloda ve 26'sı da (%23,9) kilolu+obez sınıfına girmektedir. Ayrıca katılımcıların tamamının BKİ şekil 4'de gösterilmiştir.

Cinsiyetlere göre BKİ, kilo memnuniyeti ve kilo vermeye teşebbüs arasındaki ilişki incelendiğinde; normal BKİ'ye sahip olanların oranı kadınlarda daha yüksekken, kilolu+obez oranı erkeklerde anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p= 0,007$). Cinsiyetlerle kilo memnuniyeti ve kilo verme girişimi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$) (Tablo 7).



Tablo 8. Katılımcıların kilo verme yöntemleri

	n	%
Diyetisyene başvurdum	24	30,4
Hekime başvurdum	10	12,7
Beslenme ile ilgili gazete/dergi yazılarındaki önerileri uyguladım	2	2,5
Beslenme ile ilgili radyo/TV önerilerini uyguladım	4	5,1
Diyet yaptım	8	10,2
Spor yaptım	19	20,4
Diğer	12	15,3

Araştırmaya katılan hekimler kilo verirken en sık olarak %30,4 ile diyetisyene başvurdıklarını belirtirken, ikinci sıklıkta %20,4 ile spor yaptıklarını söylemişlerdir. Daha az sıklıkla hekime başvurdıkları (%12,7), beslenme ile ilgili gazete/dergi yazılarındaki önerileri uyguladıklarını (%2,5), beslenme ile ilgili radyo/TV önerileri uyguladıklarını (%5,1) ve kendi kendilerine diyet yaptıklarını (%10,2) ifade etmişlerdir. Kilo verme yöntemi için alınan cevaplar Tablo 8’ de gösterilmiştir.

Tablo 9. Katılımcıların beslenme alışkanlıkları ile ilgili özellikler

		n	%
Kahvaltı sıklık	Her zaman	143	65
	Haftada 3-4 kez	59	26,8
	Hiçbir zaman	18	8,2
Öğle yemeği sıklık	Her zaman	159	72,3
	Haftada 3-4 kez	52	23,6
	Hiçbir zaman	9	4,1
Akşam yemeği sıklık	Her zaman	189	85,9
	Haftada 3-4 kez	31	14,1
	Hiçbir zaman	0	0
Kahvaltayı nerede yapar	Evde	126	57,3
	Hastanede	46	20,9
	Ev/hastane dışında	33	15,0
Öğle yemeğini nerede yer	Evde	12	5,5
	Hastanede	123	55,9
	Ev/hastane dışında	77	35,0
Akşam yemeğini nerede yer	Evde	188	85,5
	Hastanede	9	4,1
	Ev/hastane dışında	23	10,5

Katılımcıların beslenme alışkanlıkları incelendiğinde hekimlerin büyük çoğunluğunun öğün atlamadıkları öne çıkmaktadır. Araştırmamıza katılan hekimlerin %65' i düzenli kahvaltı yaparken, % 26,8' i haftada 3-4 kez, %8,2' si ise hiçbir zaman kahvaltı yapmadıklarını belirtmişlerdir. Hekimlerin kahvaltı yaptıkları yerler arasında ev ilk sırada iken (%57,3), hastane ikinci sıklıkla (%20,9) kahvaltının yapıldığı yer olarak belirtilmiştir. Öğle yemeğini her gün yapanların sıklığı %72,3 iken, haftada 3-4 kez öğle yemeği yiyenlerin oranı %23,6 ve hiçbir zaman öğle yemeği yemeyenlerin oranı %4,1 olarak saptanmıştır. Hekimler öğle yemeğini en sık hastanede (%55,9) yaparken, ikinci olarak ev/hastane dışında bir yerde (%35) yapıldığı belirtilmiştir. Akşam yemeği sorgulandığında ise katılımcıların %85,9' u her gün akşam yemeğini yediğini belirtirken, kalan %14,1' i ise haftada 3-4 kez akşam yemeğini belirtmişlerdir, hekimlerin hiçbiri akşam yemeğini atlamadığını belirtmiştir. Akşam yemeği en sık evde yapılırken (%85,5), en az hastanede yapıldığı belirtilmiştir (Tablo 9).

Tablo 10. Katılımcıların sosyo-demografik verileri ile kilo memnuniyeti arasındaki ilişki

		Kilosundan memnun				Toplam (n)	Toplam (%)	p*
		Hayır		Evet				
		n	%	n	%			
Cinsiyet	Erkek	47	42,3	64	57,7	111	50,5	0,907
	Kadın	47	43,1	62	56,9	109	49,5	
Medeni durum	Bekar	53	42,4	72	57,6	125	56,8	0,910
	Evli	41	43,2	54	56,8	95	43,2	
BKİ	18,49 ve altı	1	8,3	11	91,7	12	5,5	<0,001
	18,5-24,99	44	31,7	95	68,3	139	63,2	
	25,00 ve üstü	49	71,0	20	29,0	69	31,4	
Akademik durum	Aile hekimi	36	47,4	40	52,6	76	34,5	0,599
	Uzman hekim	24	40,0	36	60,0	60	27,3	
	Araştırma görevlisi	34	40,5	50	59,5	84	38,2	
Yaşanılan yer	Evde tek	23	39,0	36	61,0	59	26,8	0,825
	Evde arkadaşlarıyla	9	50,0	9	50,0	18	8,2	
	Ailesiyle birlikte	58	43,0	77	57,0	135	61,4	
	Diğer	4	50,0	4	50,0	8	3,6	
Hastalık	Var	17	63,0	10	37,0	27	12,3	0,023
	Yok	77	39,9	116	60,1	193	87,7	
Sigara	İçiyor	27	37,5	45	62,5	72	32,7	0,274
	İçmiyor/bırakmış	67	45,3	81	54,7	148	67,3	
Alkol	Kullanıyor	42	40,0	63	60,0	105	47,7	0,435
	Kullanmıyor	52	45,2	63	54,8	115	52,3	

*Pearson Ki-kare Testi

Hekimlerin kilo memnuniyeti ile sosyodemografik değişkenleri karşılaştırıldığında cinsiyet, medeni durum, akademik durum, yaşanan yer, sigara içme durumu ve alkol kullanma durumu arasında herhangi bir ilişki saptanamamıştır ($p > 0,05$).

Beklendiği gibi kilo memnuniyeti ile BKİ grupları arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Buna göre BKİ arttıkça hekimlerin kilosundan daha az memnun olduğu gözlenmektedir. Zayıf olarak nitelendirilen BKİ' si 18,5' in altında olan gruptakilerin sadece 1' i (%8,3) kilosundan memnun değilken, bu oran normal kiloda (18,5-24,99) 44 kişiye (%31,7) çıkmaktadır, kilolu grupta ise ($>BKİ=25,00$) 49 kişi (%71,0) olarak saptanmıştır, post-hoc analiz ile bonferroni düzeltmesi yaparak gruplar arasındaki ilişki incelenmiştir. Yapılan post-hoc analizlerde her 3 grubunda anlamlı bir şekilde ilişkili olduğu saptanmıştır ($\chi^2 = 35,327$, $p < 0,001$).

Kilo memnuniyeti ile arasında anlamlı bir ilişki saptanan diğer değişken ise hekimlerdeki hastalık mevcudiyetidir. Herhangi bir hastalığı olmayan hekimlerde kilosundan memnun olanların oranı % 60,1 iken, hastalığı bulunan hekimlerde bu oran %37' e kadar düşmüştür ($\chi^2 = 5,150$, $p = 0,023$). Kilo memnuniyeti ile sosyodemografik veriler arasındaki ilişki detaylı olarak tablo 9'da sunulmuştur.

Tablo 11. YTT puanı 30 ve üzeri olanlar ile normal olan hekimler arasındaki farklar

		Normal Yeme Tutumu (n=212)		Bozulmuş Yeme Tutumu (n=8)		P
Yaş (yıl)		32,69 ± 8,82		32,25 ± 9,52		0,757
Cinsiyet (E / K)		105 E	107 K	6 E	2 K	0,280
Medeni durum		119 Bekar	93 Evli	6 Bekar	2 Evli	0,471
Akademik durum		72 Aile Hek, 57 Uzm Hek, Arş Gör. 83		4 Aile Hek, 3 Uzm Hek, 1 Arş Gör.		0,312
Hastalık		27 Var	185 Yok	8 Hastalık yok		0,600
Sigara		68 İçiyor,	144 İçmiş/bırakmış	4 İçiyor,	4 İçmiş/bırakmış	0,443
Alkol		101 Kullanıyor,	111 Kullanmıyor	4 Kullanıyor,	4 Kullanmıyor	0,896
BKİ (kg/m ²)	Erkek	(n=105) :25,00 ± 3,49		(n=6) :22,37 ± 2,78		0,051*
	Kadın	(n=107) :22,39 ± 3,06		(n=2) :22,40 ± 1,70		0,866
Bel çevresi (cm)	Erkek	(n=105) :83,54 ± 9,69		(n=6) :79,00 ± 7,75		0,236
	Kadın	(n=107) :76,96 ± 8,63		(n=2) :76,00 ± 8,49		0,919
Kalça çevresi (cm)	Erkek	(n=105) :98,62 ± 8,84		(n=6) :94,50 ± 5,82		0,291
	Kadın	(n=107) :95,36 ± 8,28		(n=2) :90,00 ± 2,83		0,504
Bel / kalça oranı	Erkek	(n=105) :0,84 ± 0,07		(n=6) :0,83 ± 0,05		0,522
	Kadın	(n=107) :0,80 ± 0,07		(n=2) :0,77 ± 0,11		0,643

YTT skoru ≤ 30 olan normal yeme tutumu olan erkek hekimlerin BKİ ortalamaları (25 kg/m^2) normal sınırlarda olmakla birlikte, YTT skoru ≥ 30 olan ve bozulmuş yeme tutumu saptanan erkek ve kadınların BKİ'lerinin 22 kg/m^2 olması nedeniyle, istatistiki olarak anlamlı bulunmuştur. YTT puanı ≥ 30 olan olan hekimler ile normal olan hekimler karşılaştırıldığında; YTT puanı ≥ 30 olan hekimlerde bel çevresi, kalça çevresi ve bel/kalça oranlarında her iki cinsiyette de gruplar arasında fark saptanmamıştır. Bunun yanı sıra YTT puanı ≥ 30 olan hekimlerin %75'i erkek, %25'i kadın; %75'i bekar, %25'i evli; %100'ünde hastalık yok; %50'si sigara içiyor; %50'si alkol kullanıyor iken YTT puanı ≤ 30 olan hekimlerin %49,5'i erkek, %50,5'i kadın; %56,1'i bekar, %43,9'u evli; %87,3'ünde hastalık yok; %32,1'i sigara içiyor; %47,6'sı

ise alkol kullanıyordu istatistiksel açıdan her iki grup arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 11). Bununla birlikte YTT skoru ≥ 30 olan (bozulmuş yeme tutumu) 6 erkek ve 2 kadın hekim bulunmaktadır (Tablo 11).



Tablo 12. Katılımcıların sosyodemografik verileri ile YTT skorları arasındaki ilişki

		YTT Toplam Skoru		P
		Ortalama	± Standart Sapma	
Cinsiyet	Erkek	12,50	8,65	0,211
	Kadın	11,08	7,51	
Medeni durum	Bekar	12,34	8,11	0,152
	Evli	11,09	8,12	
BKİ (kg/m²)	18,49 ve altı	15,50	12,92	0,441
	18,5-24,99	11,98	8,36	
	25,00 ve üstü	10,80	6,31	
Akademik durum	Aile Hekimi	12,63	8,20	0,404
	Uzman hekim	11,35	9,00	
	Araştırma Görevlisi	11,37	7,38	
Yaşanılan yer	Evde tek	12,03	8,03	0,406
	Evde arkadaşlarıyla	13,17	6,37	
	Ailesiyle birlikte	11,33	8,17	
	Diğer	14,88	11,42	
Hastalık	Var	10,15	7,90	0,145
	Yok	12,03	8,14	
Sigara	İçiyor	13,39	9,28	0,082
	İçmiyor/bırakmış	11,03	7,40	
Alkol	Kullanıyor	10,90	8,06	0,021
	Kullanmıyor	12,62	8,12	

Hekimlerin sosyodemografik verileri ile YTT skorları arasındaki ilişki incelendiğinde erkeklerin YTT skoru ortalaması $12,5 \pm 8,65$ iken kadınların YTT skoru ortalaması $11,08 \pm 7,51$ bulunmuştur, cinsiyet ve diğer sosyodemografik değişkenler ile YTT skorları arasındaki fark anlamlı bulunamamıştır (Tablo 12).

Tablo 13. Katılımcıların çalıştıkları hastanelere göre sosyodemografik verilerinin karşılaştırılması

		Devlet		Özel		p*
		n	%	n	%	
Cinsiyet	Erkek	58	52,3	53	47,7	0,500
	Kadın	52	47,7	57	52,3	
Medeni durum	Bekar	62	49,6	63	50,4	0,892
	Evli	48	50,5	47	49,5	
BKİ	18,49 altı	6	50,0	6	50,0	0,907
	18,5-24,99	68	48,9	71	51,1	
	25,00 üstü	36	52,2	33	47,8	
Akademik durum	Aile hekimi	44	57,9	32	42,1	0,117
	Uzman hekim	31	51,7	29	48,3	
	Araştırma görevlisi	35	41,7	49	58,3	
Yaşanılan yer	Evde tek	34	57,6	25	42,4	0,525
	Evde arkadaşlarıyla	9	50,0	9	50,0	
	Ailesiyle birlikte	64	47,4	71	52,6	
	Diğer	3	37,5	5	62,5	
Hastalık	Evet	16	59,3	11	40,7	0,304
	Hayır	94	48,7	99	51,3	
Sigara	Evet	25	34,7	47	65,3	0,002
	Hayır	85	57,4	63	42,6	
Alkol	Evet	37	35,2	68	64,8	<0,001
	Hayır	73	63,5	42	36,5	
Kilo memnuniyet	Hayır	54	57,4	40	42,6	0,056
	Evet	56	44,4	70	55,6	
Kilo verme girişimi	Hayır	64	47,1	72	52,9	0,267
	Evet	46	54,8	38	45,2	

*Pearson Ki-kare Testi

Çalışmamızda ana öğrenim hedeflerinden olan hekimlerin çalıştıkları hastanelerin statüleri ile beslenme durumu arasındaki ilişkinin yanı sıra sosyodemografik verilere bakıldığında katılımcıların hemen hemen homojen olarak dağıldıkları gözlenmiştir. Cinsiyet, medeni durum, BKİ, akademik durum, yaşanılan yer ve hastalık mevcudiyeti ile hekimlerin çalıştıkları hastanelerin statüleri arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Fakat sigara ve alkol kullanım oranları ile hastane statüleri arasında anlamlı bir fark gözlenmiştir (sırasıyla $p=0,2$, $p<0,01$) ve bu çalışmamız için bir kısıtlılık oluşturabilir. Bunu yanı sıra yapılan analizlerde kilo memnuniyeti ve kilo verme girişimi ile hekimlerin çalıştıkları hastane statüleri arasında da herhangi bir ilişki saptanamamıştır ($p>0,05$) (Tablo 13).



Tablo 14. Katılımcıların cinsiyetleri ile beslenme alışkanlıklarının karşılaştırılması

		Devlet		Özel		p
		n	%	n	%	
Kahvaltı sıklık	Her zaman	65	58,6	78	71,6	0,119
	Haftada 3-4 kez	36	32,4	23	21,1	
	Hiçbir zaman	10	9,0	8	7,3	
Öğle yemeği sıklık	Her zaman	75	67,6	84	77,1	0,072
	Haftada 3-4 kez	33	29,7	19	17,4	
	Hiçbir zaman	3	2,7	6	5,5	
Akşam yemeği sıklık	Her zaman	97	87,4	92	84,4	0,525
	Haftada 3-4 kez	14	12,6	17	15,6	
	Hiçbir zaman	0	0,0	0	0,0	
Kahvaltı nerede	Evde	64	62,7	62	59,6	0,770
	Ev/hastane dışında	16	15,7	17	16,3	
	Hastanede	22	21,6	24	23,1	
Öğle yemeği nerede	Evde	0	0,0	1	1,0	0,546
	Ev/hastane dışında	7	6,5	5	4,8	
	Hastanede	42	38,9	35	33,3	
Akşam yemeği nerede	Evde	59	54,6	64	61,0	0,498
	Ev/hastane dışında	0	0,0	1	1,0	
	Hastanede	95	85,6	93	85,3	

Katılımcıların cinsiyetleri ile beslenme alışkanlıklarının karşılaştırıldığında anlamlı bir ilişki saptanamamıştı ($p>0,05$) (Tablo 14).

Ayrıca YTT eşik değeri ≥ 30 olarak alındığında hekimlerin %3,6'sında "olası yeme bozukluğu" saptanmıştır. Hekimlerin olası yeme bozukluğu ile sosyodemografik değişkenleri karşılaştırıldığında çalışılan hastane statüsü, cinsiyet, medeni durum, akademik durum, yaşanan yer, sigara içme durumu ve alkol kullanma durumu arasında herhangi bir ilişki saptanamamıştır ($p>0,05$).



5. TARTIŞMA

Çalışmamızda iki hastanede çalışan hekimlerin beden algısı ile sosyodemografik özellikler ve beden algısı ile beslenme alışkanlıkları ve yeme tutumu davranışları arasındaki ilişki incelenmiştir.

Hekimler üzerinde beden algısı ve yeme tutumu konusunda literatürde yeterince çalışma bulunmamaktadır. Beden algısı üzerine yapılan çalışmalar daha ziyade adölesan gruba yönelik yapılmıştır (50,55,56). Çalışmamıza katılan hekimlerin yaş ortalaması $32,68 \pm 8,82$ (erkeklerde $33,24 \pm 9,64$ yıl; kadınlarda $32,10 \pm 7,91$ yıl) olarak belirlenmiştir. Sağlık çalışanlarının beslenme bozuklukları hakkında bilgi ve tutumlarını inceleyen bir çalışmanın da benzer yaş grubu (29,9, 28,5-31,3) olduğu görülmüştür (57). Aile hekimleri üzerinde bir tür beslenme bozukluğu olan ortoreksia nervozanın araştırıldığı bir başka çalışmada ise katılımcıların %71' inin 25-29 yaş grubunda olduğu görülmüştür (58).

Araştırmamızdaki hekimlerin %5,5' inin BKİ' si 18,5'in altında (zayıf), %63,2' sinin BKİ'si 18,5-24,99 arasında (normal) ve %31,4' ünün BKİ'si 25 ve üzerinde (kilolu/obez) bulunmuştur. Türkiye genelinde yetişkin bireylerde hafif şişmanlık görülme sıklığı %34.6, obezite görülme sıklığı ise %30.3'dir (1). Çalışmamıza katılan hekimlerde obezite sıklığı ülke geneline göre daha düşük bulunmuştur. Bosi ve arkadaşlarının 318 hekim üzerinde yaptığı çalışmadaki hekimlerin BKİ'lerine bakıldığında benzer bir tablo karşımıza çıkmaktadır ki bu çalışmada hekimlerin % 4,7' sinin zayıf, %65,8'inin normal, %29,5'inin ise kilolu/obez olduğu bulunmuştur (58). Hankey ve arkadaşları tarafından hekim, diyetisyen ve hemşireler üzerinde yeme alışkanlıkları, bilgi ve tutumlarının araştırıldığı bir başka çalışmadaki 741 hekimin BKİ' sine bakıldığında %69,7' si 25'in altında, %26,1' inin 25-29,9 arasında ve %4,1' inin ise 30 ve üzerinde olduğu bulunmuştur (59). Katolonya bölgesinde 762 hekimle yapılan bir çalışmada da %63,6'sı normal kiloda, %36,4' ü ise kilolu bulunmuştur fakat aynı zamanda çalışma grubunun yaş ortalaması da çalışmamızdan yüksek bulunmuştur (erkek $43,5 \pm 6,8$; kadın $46,2 \pm 6,3$) (60). Basu ve arkadaşlarının 400 tıp fakültesi öğrencisi üzerinde yaptığı bir çalışmada öğrencilerin %2'si zayıf, %76' sı normal kiloda, %22' si de kilolu/obez bulunmuştur. Uluslararası araştırmalarda da görüldüğü üzere çalışmamıza katılan hekimlerin BKİ'leri literatürle benzerdir (61).

Sağlığı etkileyen faktörler incelendiğinde hekimlerin %32,7'si sigara, %47,7'si alkol kullanmaktadır. Basu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, hekim adaylarının %20'sinin sigara içtiği, %26,5'inin alkol kullandığı saptanmıştır (62). Frank ve arkadaşlarının tıp fakültesi öğrencilerinde yaptığı bir çalışmada öğrencilerin %9'unun aktif olarak sigara içtikleri, %7'sinin ise geçmişte sigara alışkanlığı bulunduğu saptanmıştır (63). Norveçli hekimler üzerinde yapılan bir çalışmada hekimlerin alkol tüketiminin normal popülasyondan farklı olmadığı ortaya çıkmıştır (64). Yine Norveç'te yürütülen bir başka çalışmada hekimlerin genel popülasyona göre daha az sigara içtikleri saptanmıştır (65). Birleşik Devletler'de yapılan bir çalışmada ise aşırı alkol tüketiminin hekimlerde yaşla birlikte arttığı saptanırken, normal popülasyonda bunun tam tersinin olduğu gözlenmiştir (66). Çalışmamızda alkol ve sigara kullanımı ile yaş arasında bir ilişki bulunamazken, özel ve devlet üniversitesi hastanelerinde çalışan hekimlerde her ikisi içinde anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır.

Çalışmamıza katılan hekimlerin %57,3'ü mevcut kilolarından memnun iken, %42,7'si memnun olmadıklarını belirtmişlerdir. Ülkemizde beden ağırlığı algısı konusunda yapılan en kapsamlı çalışma 2011 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından 6082 kişi üzerinde yapılmıştır ve buna göre katılımcıların %10,5'i kendisini zayıf görürken, %51,9'u normal kiloya sahip olduklarını düşünmekte, %37,6'sı ise fazla kilolu olduklarını belirtmişlerdir. Yine ülkemizde, hemşirelik öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada ise öğrencilerin %46,1'i mevcut kilolarından memnun iken, %46,1'i daha ince olmak istediklerini belirtmiş, %7,9'u ise daha kilolu olmak istediklerini belirtmişlerdir (67). Benzer çalışmalarda elde edilen sonuçlar bu araştırmayı destekler niteliktedir. Isparta'da üniversite öğrencilerine yönelik yapılan bir çalışmada öğrencilerin %57,1'i aynı kiloda kalmak istediklerini belirtirken, %11,5'i kilo almak istediğini, %31,4'ü ise kilo vermek istediklerini belirtmiştir (68). Adölesan öğrenciler üzerinde yapılan başka bir çalışmada, katılımcıların %19'unun mevcut kilolarını korumaya çalıştıkları, %43'ünün ise kilo vermeye çalıştıkları belirtilmiştir (69). Birleşik Devletler'de yapılan bir çalışmada adölesanların %61'inin bedeninden memnun olmadığı ve daha ince olmak istedikleri belirlenmiştir (70). Görüleceği üzere yaş ve meslek gibi faktörler kişilerin kendi kilolarından memnuniyeti üzerinde etkili olmaktadır. Adölesanlar üzerinde yapılan çalışmalarda memnuniyetin en alt düzeylere inmesi bunun göstergelerinden biridir.

Araştırmamıza katılan hekimlerin %61,8'inin kilo vermek için herhangi bir gayret sarf etmedikleri belirlenmiştir. Kilo vermek için en sık yöntem %30,4 ile diyetisyene başvurmak, %20,4 ile spor yapmak, %12,7 ile hekime başvurmak, %10,2 ile kendi başına diyet yapmak olarak saptanmıştır. Bosi ve arkadaşların yaptığı çalışmada ise hekimlerin %52,8' inin kilo verme teşebbüsünde bulunmadığı, %19,8' inin ise geçmişte bir teşebbüste buldukları saptanmıştır (58). Üniversite öğrencilerinde yapılan benzer bir araştırmada ise katılımcıların kilo vermek için % 30,4' ünün egzersiz, % 21,6'sının diyet yaptığı, % 11,8'inin öğün atladığı, % 2,3'ünün ise kendini kusturduğu bulunmuştur (68). Lise öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada ise öğrencilerin % 10,5'inin spor yaptığı, % 1,7'sinin yemek yedikten sonra kustuğu, % 1,4'ünün müshil kullandığı saptanmıştır (71). Bizim çalışmamızda bu tür sağlıksız zayıflama yöntemlerini kullanan olmamıştır. Hekimlerin %7,6'sı beslenme ile ilgili medya önerilerini uygulayarak zayıflamaya çalıştıklarını belirtmişlerdir. Diyet kişiye özel uygulandığında başarılıdır aksi durumda medya önerileriyle sağlık riske atılmaktadır ve bunu hekimlerin çok daha iyi bilmesi gerekmektedir. Demirin yaptığı bir çalışmada lise öğrencilerin %43,8' inin televizyon, gazete ve dergilerden edindikleri bilgilerle zayıflamaya çalıştıkları bulunmuştur (72).

Çalışmamıza katılan hekimlerin büyük çoğunluğunun öğün atlamadıkları öne çıkmaktadır. Kahvaltıda öğün atlayanların oranı %8,2, öğle yemeğinde öğün atlayanların oranı %4,1 ve akşam yemeğinde ise hiçbir hekim öğün atlamadıklarını belirtmiştir. Bazargan ve arkadaşlarının 763 hekim üzerinde yaptığı bir çalışmada ise kahvaltıda öğün atlama oranı %11,3 olarak bulunmuştur (73).

Lemaire ve arkadaşlarının 20 hekimle niteliksel yapılan bir çalışmada hekimlerin öğün atlama nedenleri sorgulanmıştır. Bu çalışmada hekimlerin en sık öğün atlama nedenleri olarak zaman kısıtlılığı ve kısıtlı yemek seçeneği gibi nedenler ön plana çıkmaktadır (74). Mota ve arkadaşlarının Brezilya'lı hekimlerin beslenme biçimini araştırdıkları bir çalışmada ise yüksek eğitim seviyesi ve halkı sağlığa teşvik etmelerine rağmen hekimlerin kendi beslenme biçimine ve fiziksel aktivitesine dikkat etmediği ve yetersiz olduğu saptanmıştır (75). Yine yapılan bir çalışmada hekimlerin kendi beslenme alışkanlıkları ne kadar sağlıklı olursa hastalarına da o ölçüde aynı alışkanlıkları tavsiye ettikleri ve bunda etkili oldukları saptanmıştır (76). Bu çalışmalar

da göstermiştir ki hekimlerin hastaları üzerinde etkili olabilmeleri için kendi beslenme alışkanlıklarına da dikkat etmeleri gerekmektedir.

YTT skoru analizlerde sürekli değişken olarak analiz edilmiştir ($11,8 \pm 8,11$). Bunun yanı sıra eşik değeri ≥ 30 olarak alındığında hekimlerin %3,6'sında "olası yeme bozukluğu" olduğu saptanmıştır. Ulaş ve arkadaşlarının Sağlık Yüksekokulu öğrencileri üzerinde yaptığı bir çalışmada YTT ortalamasını $14,8 \pm 7,4$ olarak bulmuşlardır. Bu çalışmada olası yeme bozukluğu sıklığı ise %4,2 bulunmuştur (77). Ulaş'ın araştırmasında cinsiyet, sigara içme durumu, BKİ gibi parametrelerin YTT skoru ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Fakat araştırmamızda böyle bir sonuca ulaşılmamıştır. Yaşar ve arkadaşlarının özel bir tıp fakültesi öğrencileri üzerinde yaptıkları çalışmada ise olası yeme bozukluğu sıklığı %55,9 gibi yüksek bir oran bulunmuştur. Ayrıca kadınlarda YTT skorlarının yüksek bulunduğu da bildirilmiştir (78). Biz bu çalışmada hekimlerin yaşadıkları yer ile yeme tutumları arasında anlamlı bir ilişki bulamadık fakat literatürde yeme tutumu ile yaşanan yer arasında ilişki olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur (79, 80). Ho ve arkadaşlarının sağlık çalışanlarında yeme bozukluklarını araştırdıkları bir çalışmada da hekim, psikolog, diyetisyen, hemşire ve diğer sağlık çalışanları arasında en düşük olası yeme bozukluğu prevalansı hekimlerde bulunmuştur (57). Kanada'da liseli kız öğrencilerinde yeme tutum testinin 26 soruluk versiyonu kullanılarak yapılan bir araştırmada 12-18 yaş grubunda olası yeme bozukluğu prevalansı her yaş grubunda %12 nin üzerinde bulunmuştur (81).

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

1. Araştırmaya katılan hekimlerin yaş ortalamaları erkeklerde $33,24 \pm 9,64$ yıl; kadınlarda $32,10 \pm 7,91$ yıldır. 3 hekimde kardiyovasküler hastalık, 2 hekimde diyabet ve 2 hekimde kanser olduğu belirlenmiştir.
2. Araştırmamıza katılan hekimler arasında normal BKİ'ye sahip olan kadın hekimlerin %67 (73 kişi), erkek hekimlerin ise %59,5 (66 kişi) oranında olduğu, BKİ'leri >25 kg/m^2 olan kadın hekimlerin oranının %23,9 (26 kişi), erkek hekimlerin oranının ise %38,7 (43 kişi) olduğu belirlenmiştir. Genç yaş grubunda olmalarına rağmen hekimlerin sağlık açısından riskli yüksek BKİ'ye sahip olmaları ve %57'sinin kilolarından memnun olmamaları nedeniyle, bir sağlık profesyoneli olarak uygun olmayan yöntemlerle zayıflamaya çalıştıkları belirlendiği için beslenme konusunda bilgilerinin yeterli olmadığını ve bu konuda diyetisyenlerden destek ve/veya eğitim almaları gerektiğini düşünüyoruz.
3. Sosyodemografik değişkenler arasından yalnızca alkol kullanımının YTT skoruna etkisi olduğu saptanmıştır. Alkol kullanan hekimlerin YTT skorları kullanmayanlara göre anlamlı bir şekilde düşük bulunmuştur.
4. Hekimlerin YTT skoru ortalaması $11,8 \pm 8,1$ 'dir. Skalanın eşik değeri 30 alındığında olası yeme bozukluğu frekansı %3,6 olarak bulunmuştur. Hekimlerin olası yeme bozukluğu ile sosyo-demografik değişkenler karşılaştırıldığında çalışılan hastane statüsü, cinsiyet, medeni durum, akademik durum, yaşanan yer, sigara içme durumu arasında herhangi bir ilişki bulunamamıştır. Şaşırtıcı biçimde alkol kullanan hekimlerin YTT skorları kullanmayanlara göre anlamlı bir şekilde düşük bulunmuştur. Sonuç olarak hekimlerde olası yeme bozukluğu yüksek bulunmuştur.

KAYNAKÇA

1. HÜSBFBvD. Bölümü. *Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması* 2010. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014.
2. Kutluay MT. *Beslenme Eğitimi ve Danışmanlığı*, 2 baskı, T C Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Grubu Obezite, Diyabet ve Metabolik Hastalıklar Daire Başkanlığı 2012
3. Fairburn CG, Brownell KD. *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook*: Guilford Press; 2005.
4. Helman C. *Gender and Reproduction in Culture, Health and Illness*. Oxford Press; 2001.
5. Pınar R. Obezlerde depresyon, benlik saygısı ve beden imajı: Karşılaştırmalı bir çalışma. *CÜ Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2002;6(1):30-41.
6. Chambers R, Wall D, Campbell I. Stresses, coping mechanisms and job satisfaction in general practitioner registrars. *British Journal of General Practice*. 1996;46(407):343-8.
7. Korinth A, Schiess S, Westenhofer J. Eating behaviour and eating disorders in students of nutrition sciences. *Public Health Nutrition*. 2010;13(01):32-7.
8. WHO. The world health report: 2006: *Working together for health*. 2006.
9. Baysal A. *Beslenme*. 13 baskı. Ankara: Hatiboğlu; 2011:26-188.
10. Rolfes SR, Pinna K, Whitney E. *Understanding normal and clinical nutrition*: Cengage Learning; 2014.
11. Welsh SO, Davis C, Shaw A. USDA's food guide: background and development. Miscellaneous publication (USA). 1993.
12. TC Sağlık Bakanlığı TSGHM. *Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi*. Ankara; 2004.

13. Aktaş N. Besin Rehberleri: Beslenme Eğitiminde Görsel Bir Araç. *Selcuk University Social Sciences Institute Journal*. 2011(25).
14. Çakır B. Modern Çağın Getirdiği Beslenme Modelleri ile Çocuklarda Beslenme Bozuklukları. *Türkiye Klinikleri Journal of Pediatrical Sciences*. 2014;10(3):11-7.
15. Gürdal A. Yeme bozuklukları ve Tedavisi. *Klinik Psikiyatri Bülteni*. 1999;9(1).
16. Uğur M. Türkiye’de sık karşılaşılan psikiyatrik hastalıklar. STE sempozyum dizisi İstanbul. 2008;62:59-84.
17. Guelfi J-D. DSM-4-TR: *Elsevier Masson*; 2004.
18. Association AP, Association AP. Diagnostic and statistical manual-text revision (DSM-IV-TRim, 2000): *American Psychiatric Association*; 2000.
19. Association AP. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders:: DSM-5: *ManMag*; 2003.
20. Torun E, Gökçe S, Uzuner S, Göksu AZ, Balçermik B, Kiliç A. Ergenlikte Yeme Bozuklukları ve Komplikasyonları: Bir Anoreksiya Nervoza Yakası. *Journal of the Child/Cocuk Dergisi*. 2013;13(4).
21. Kossaify A. Management of sinus node dysfunction with junctional escape rhythm in a case of anorexia nervosa. *Arch Turk Soc Cardiol*. 2010;38:486-8.
22. Mitchell JE, Crow S. Anoreksiya nervoza ve bulimia nervozanın medikal komplikasyonları. *Current Opinion in Psychiatry*. 2006;2(3):181-8.
23. Horst-Sikorska W, Ignaszak-Szczepaniak M. The role of anorexia nervosa in secondary osteoporosis development with the risk for low energy fractures. *Endokrynologia Polska*. 2011;62(1):45-7.
24. Croxson M, Ibbertson H. Low serum triiodothyronine (T3) and hypothyroidism in anorexia nervosa. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. 1977;44(1):167-74.

25. Nishita JK, Knopes KD, Ellinwood EH, Rockwell W. Hypothermia and abnormalities in thermoregulation in patients with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*. 1986;5(4):713-25.
26. Parry-Jones B, Parry-Jones WL. Bulimia: An archival review of its history in psychosomatic medicine. *International Journal of Eating Disorders*. 1991;10(2):129-43.
27. Öztürk MO, Uluşahin A. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*: Nobel Tıp Kitapları; 2011.
28. Stunkard AJ, Grace WJ, Wolff HG. The night-eating syndrome: a pattern of food intake among certain obese patients. *The American journal of medicine*. 1955;19(1):78-86.
29. Stunkard AJ, Allison KC, O'Reardon JP. The night eating syndrome: a progress report. *Appetite*. 2005;45(2):182-6.
30. Rand CS, Kuldau JM. Eating patterns in normal weight individuals: Bulimia, restrained eating; and the night eating syndrome. *International Journal of Eating Disorders*. 1986;5(1):75-84.
31. Gluck ME, Geliebter A, Satov T. Night Eating Syndrome Is Associated with Depression, Low Self-Esteem, Reduced Daytime Hunger, and Less Weight Loss in Obese Outpatients. *Obesity Research*. 2001;9(4):264-7.
32. Arusoğlu G, Kabakçı E, Koksall G, Merdol TK. Ortoreksiya Nervosa ve Ortoreksiya'nın Türkçeye Uyarlama Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2008;19(131):283-91.
33. Mosley PE. Bigorexia: bodybuilding and muscle dysmorphia. *European Eating Disorders Review*. 2009;17(3):191-8.
34. Güçlü M. *Obezite Tanım, Epidemiyoloji ve Önemi*, Bursa. 2013.
35. Sebo P, Beer-Borst S, Haller DM, Bovier PA. Reliability of doctors' anthropometric measurements to detect obesity. *Preventive Medicine*. 2008;47(4):389-93.

36. Pi-Sunyer FX. NHLBI Obesity Education Initiative Expert Panel on the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults-The evidence report. *Obesity Research*. 1998;6:51S-209S.
37. Satman İ, Yılmaz T, Şengül A, Salman S, Salman F, Baştar İ, et al. Türkiye’de Diyabet ve Risk Faktörlerinin Popülasyon Bazlı Araştırması: Türkiye Diyabet Epidemiyolojisi Araştırması (TURDEP) Sonuçları. *Calamus*. 2003;1:1-10.
38. I Satman T-İÇG. TURDEP-II Sonuçları. Türk Endokronoloji ve Metabolizma Derneği [homepage on the Internet] Available from: http://www.turkendokrin.org/files/file/TURDEP_II_2011.pdf Last access: 16th May. 2011.
39. TEvM. Derneği. *Obezite Tanı Ve Tedavi Kılavuzu* 2014.
40. WHO. Obesity: preventing and managing the global epidemic: World Health Organization; 2000.
41. Cannon CP, Kumar A. Treatment of overweight and obesity: lifestyle, pharmacologic, and surgical options. *Clinical Cornerstone*. 2009;9(4):55-71.
42. Lacan J. The mirror stage. *New Left Review*. 1968;51:71-7.
43. Slade PD. What is body image? *Behaviour Research and Therapy*. 1994;32(5):497-502.
44. Schwab JJ, Harmeling JD. Body image and medical illness. *Psychosomatic Medicine*. 1968;30(1):51-61.
45. Schilder P. The image and appearance of the human body: *Routledge*; 2013.
46. Aslan D. Beden algısı ile ilgili sorunların yaratabileceği beslenme sorunları. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*. 2004;13(9):326-9.
47. Başterzi A, Tüzer V, Alagöz M, Uysal Ç, Göka E, editors. Estetik Cerrahi hastalarında yeme tutumu ve beden algısı. *Yeni Symposium*; 2003.

48. Tiggemann M. Effect of gender composition of school on body concerns in adolescent women. *International Journal of Eating Disorders*. 2001;29(2):239-43.
49. Wardle J, Cooke L. The impact of obesity on psychological well-being. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*. 2005;19(3):421-40.
50. Anafarta M. *Pathological Eating Attitudes and Their Predictors Among Turkish Adolescents* (Tez). ODTÜ Sosyal Bilimler Fakültesi, Psikoloji Bölümü, Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara. 2000.
51. Wadden A. *Obezite tedavi el kitabı türkçesi*, 1. Baskı, And Yayıncılık, İstanbul. 2003.
52. Brunstrom JM, Davison CJ, Mitchell GL. Dietary restraint and cognitive performance in children. *Appetite*. 2005;45(3):235-41.
53. Striegel-Moore RH, Franko DL, Thompson D, Barton B, Schreiber GB, Daniels SR. Changes in weight and body image over time in women with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*. 2004;36(3):315-27.
54. Erol A, Toprak G, Yazıcı F. Üniversite Öğrencisi Kadınlarda Yeme Bozukluğu ve Genel Psikolojik Belirtileri Yordayan Etkenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2002;13:48-57.
55. Neumark-Sztainer D, Sherwood NE, Collier T, Hannan PJ. Primary prevention of disordered eating among preadolescent girls: feasibility and short-term effect of a community-based intervention. *Journal of the American Dietetic Association*. 2000;100(12):1466-73.
56. Casper RC, Offer D. Weight and dieting concerns in adolescents, fashion or symptom? *Pediatrics*. 1990;86(3):384-90.
57. Ho ASL, Soh NL, Walter G, Touyz S. Comparison of nutrition knowledge among health professionals, patients with eating disorders and the general population. *Nutrition & Dietetics*. 2011;68(4):267-72.

58. Bosi ATB, Çamur D, Güler Ç. Prevalence of orthorexia nervosa in resident medical doctors in the faculty of medicine (Ankara, Turkey). *Appetite*. 2007;49(3):661-6.
59. Hankey C, Eley S, Leslie W, Hunter C, Lean M. Eating habits, beliefs, attitudes and knowledge among health professionals regarding the links between obesity, nutrition and health. *Public Health Nutrition*. 2004;7(02):337-43.
60. Pardo A, McKenna J, Mitjans A, Camps B, Aranda-Garcia S, Garcia-Gil J, et al. Physical activity level and lifestyle-related risk factors from catalan physicians. *Journal of Physical Activity & Health*. 2014;11(5):922-9.
61. Kumanyika S, Jeffery R, Morabia A, Ritenbaugh C, Antipatis V. Public Health Approaches to the Prevention of Obesity (PHAPO) Working Group of the International Obesity Task Force (IOTF). *International Journal of Obesity*. 2002;26:425-36.
62. M Basu PD, G Dhar, S Datta, S Chattopaddhyay, S Bagchi, R Pal. Pattern and determinants of overweight and obesity among future physicians. *Nepal Journal of Epidemiology*. 2014;4(1):323-9.
63. Frank E, Carrera JS, Elon L, Hertzberg VS. Basic demographics, health practices, and health status of US medical students. *American Journal of Preventive Medicine*. 2006;31(6):499-505.
64. B. Sandstad KS, and C. A. Drevon. Dietary habits among Norwegian physicians. *Scandinavian Journal of Nutrition*. 1997(41):23-6.
65. Rosvold EO. An epidemiological study on health- and illness behaviour among 19th and 20th century Norwegian physicians. Oslo: University of Oslo; 2002.
66. McAuliffe WE, Rohman M, Breer P, Wyshak G, Santangelo S, Magnuson E. Alcohol use and abuse in random samples of physicians and medical students. *Am J Public Health*. 1991;81(2):177-82.
67. Aktaş A, Bakanoğlu E, Çelebioğlu M. Bir Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin Beden İmgesi Algısının Belirlenmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*. 2010;18(2):63-71.

68. Çiftçi FS. *Üniversite Öğrencilerinde Beden Algısı ve Yeme Tutumları Arasındaki İlişki* (Tez). Isparta: Süleyman Demirel Üniversitesi; 2012.
69. Lowry R, Galuska DA, Fulton JE, Wechsler H, Kann L. Weight management goals and practices among US high school students: associations with physical activity, diet, and smoking. *Journal of Adolescent Health*. 2002;31(2):133-44.
70. Thompson SH, Digsby S. A preliminary survey of dieting, body dissatisfaction, and eating problems among high school cheerleaders. *The Journal of School Health*. 2004;74(3):85.
71. Özmen D, Çetinkaya AÇ, Ergin D, Şen N, Erbay PD. Lise öğrencilerinin yeme alışkanlıkları ve beden ağırlığını denetleme davranışları. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*. 2007;6(2):98-105.
72. Demir BD. *Liseye devam eden kız öğrencilerin beslenme alışkanlıkları ve beden algısını etkileyen etmenler* (Tez). Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme Bilimleri Programı, Yüksek Lisans Tezi; 2006.
73. Bazargan M, Makar M, Bazargan-Hejazi S, Ani C, Wolf KE. Preventive, lifestyle, and personal health behaviors among physicians. *Academic Psychiatry*. 2009;33(4):289-95.
74. Lemaire JB, Wallace JE, Dinsmore K, Roberts D. Food for thought: an exploratory study of how physicians experience poor workplace nutrition. *Nutr J*. 2011;10(1):18.
75. Mota MC, De-Souza DA, Rossato LT, Silva CM, Araújo MBJ, Tufik S, et al. Dietary patterns, metabolic markers and subjective sleep measures in resident physicians. *Chronobiology International*. 2013;30(8):1032-41.
76. Wiskar K. Physician health: A review of lifestyle behaviors and preventive health care among physicians. *BCM J*. 2012;54(8):419-23.
77. Bircan Ulaş FU, Sarp Üner. Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinde Olası Yeme Bozukluğu Sıklığı ve Etkileyen Faktörler. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2013;2:15-22.

78. Keskin Y, Lüleci E. Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Olası Yeme Bozukluğu Sıklığı. *Maltepe Tıp Dergisi*. 2010.
79. Büyükgöze-Kavas A. Eating attitudes and depression in a Turkish sample. *European Eating Disorders Review*. 2007;15(4):305-10.
80. Wang Z, Byrne NM, Kenardy JA, Hills AP. Influences of ethnicity and socioeconomic status on the body dissatisfaction and eating behaviour of Australian children and adolescents. *Eating Behaviors*. 2005;6(1):23-33.
81. Jones JM, Bennett S, Olmsted MP, Lawson ML, Rodin G. Disordered eating attitudes and behaviours in teenaged girls: a school-based study. *Canadian Medical Association Journal*. 2001;165(5):547-52.

EKLER

Ek 1-Araştırma Amaçlı Çalışma İçin Aydınlatılmış Onam Formu

(Araştırmacının Açıklaması)

Prof. Dr. M. Emel Tüfekçi Alphan Danışmanlığında Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Yüksek Lisans Programı öğrencisi Fatma Fidan tarafından yapılan bu araştırmada bir özel üniversite, bir devlet üniversite hastanesinde çalışan hekimlerin sağlıklı beslenme tutum ve davranışlarının belirlenmesi amaçlanmaktadır. Bu amaçla sağlıklı beslenme tutum ve davranışlarının belirlenmesine yönelik hazırlanmış anket formu uygulanacak ve boy, vücut ağırlığı, bel çevresi ve kalça çevresi ölçümleri yapılacaktır. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Araştırmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır. Bu araştırmaya katılarak herhangi bir risk altına girmemektesiniz ve sizden alınan tüm bilgiler gizlidir. Bu çalışmaya kendi rızamla gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

(Katılımcının Beyanı)

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel.

İmza

Katılımcı ile görüşen

Adı soyadı, unvanı:

Adres:

Tel.

İmza

Ek 2. Anket Formu

HEKİMLERİN YEME TUTUM VE DAVRANIŞLARI VE BEDEN ALGISİNİN BELİRLENMESİ

Katılımcının;

Adı Soyadı:.....

Anketör Adı-Soyadı:

Adresi:.....

Anketör no:

Tel:.....

Anket no

E-mail:..... Tarih:.....

A. GENEL BİLGİLER

1. Yaş (yıl):.....

2. Cinsiyet: 1. Erkek 2. Kadın

3. Medeni durum : 1.Bekar 2.Evli

4. Bölüm

1.Pratisyen	2. Uzman Hekim	3. Akademisyen
-------------	----------------	----------------

5. Branş

1. Genel Cerrahi	2. Dahiliye
3. Kulak Burun Boğaz	4. Göz
5. Nöroloji	6. Üroloji
7. Kadın doğum	8. Psikiyatri
9. Çocuk hastalıkları	10. Ortopedi

5. Yaşanılan yer:

1. . Evde tek	2. Evde arkadaşlarıyla
3. Ailesiyle birlikte	4. Diğer (.....)

6. Tanısı konulmuş her hangi bir hastalığı var mı ?

1.Evet 2.Hayır

7. Evet ise :

1. Diyabet 2.Kanser 3.Kardiyovasküler hastalıklar 4. Böbrek Hastalığı

5.Diger Hastalıklar (belirtiniz).....

8. Sigara kullanıyorsunuz ?

1.Evet 2.Hayır

9. Cevabınız evet ise :

1. 2-3 adet 2.Yarım Paket 3. 1 paket 4.2 paket 5. 2 paketten fazla

10. Alkol kullanıyorsunuz?

1. Evet 2. Hayır

11. Cevabınız Evet ise : Sıklıkla kullandığınız içkiyi yazınız.....

1.1 kadeh/gün 2. 2-3 kadeh /gün 3. 3-4 kadeh/gün 4. 4-5 kadeh/gün

5. 1 kadeh/hafta 6. 2-3 kadeh/hafta 7. 3-4 kadeh/hafta 8. 4-5 kadeh /hafta, 9.1-2 kadeh/ayda

B. ANTROPOMETRİK ÖLÇÜMLER

Vücut ağırlığı (kg)	Boy uzunluğu (cm)	Beden Kütle İndeksi (kg/m ²)	Bel çevresi (cm)	Kalça çevresi (cm):	Bel/Kalça oranı

C. BEDEN ALGISI

6.	Kilonuzdan memnun musunuz?	1.Hayır	2. Evet
	Cevabınız hayır ise kaç kilo olmak isterdiniz?.....		
7.	İstedığınızı kiloda olabilmek için herhangi bir girişimde buldunuz mu?	1.Hayır	2. Evet
	Cevabınız evet ise nasıl bir yol izlediniz?		

	a) Diyetisyene başvurdum	d) Beslenme ile ilgili gazete/dergi yazılarımdaki önerileri uyguladım
	b) Hekime başvurdum	e) Beslenme ile ilgili radyo/televizyon önerilerini uyguladım
	c) Psikologa başvurdum	
	f) Diğer	

D. BESLENME ALIŞKANLIĞI

8	Ne sıklıkla kahvaltı yaparsınız?	1. Her zaman	2. Haftada 3-4 kez	3. Hiçbir zaman
9	Ne sıklıkla öğle yemeği tüketirsiniz?	1. Her zaman	2. Haftada 3-4 kez	3. Hiçbir zaman
10	Ne sıklıkla akşam yemeği tüketirsiniz?	1. Her zaman	2. Haftada 3-4 kez	3. Hiçbir zaman
11	Kahvaltınız genellikle nerede yaparsınız?	1.Evde	2.Ev dışında	3.Hastanede
		4. Diğer.....		
12	Öğle yemeğinizi genellikle nerede yersiniz?	1.Evde	2.Ev dışında	3.Hastanede
		4. Diğer:.....		
13	Akşam yemeğinizi genellikle nerede yersiniz?	1.Evde	2. Ev dışında	3.Hastanede
		4. Diğer:.....		

YEME TUTUM TESTİ (YTT40)

Her soru için uygun gördüğünüz seçeneğe 'X' işareti koyunuz.

SORULAR	Daima	Çok sık	Sık sık	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
1. Başkaları ile birlikte yemek yemekten hoşlanırım.						
2. Başkaları ile yemek pişiririm, fakat pişirdiğim yemeği yemem.						
3. Yemekten önce sıkıntılı olurum.						
4. Şişmanlıktan ödüm kopar.						
5. Acıktığımda yemek yememeye çalışırım.						
6. Aklım fikrim yemektedir.						
7. Yemek yemeyi durduramadığım zamanlar olur.						
8. Yiyeceğimi küçük küçük parçalara bölerim.						
9. Yediğim yiyeceğin kalorisini bilirim.						
10. Ekmek, patates, pirinç gibi yüksek kalorili yiyeceklerden kaçınırım.						
11. Yemeklerden sonra şişkinlik hissederim.						
12. Ailem fazla yememi bekler.						
13. Yemek yedikten sonra kusarım.						
14. Yemek yedikten sonra aşırı suçluluk duyarım.						
15. Tek düşüncem daha zayıf olmaktır.						
16. Aldığım kalorileri yakmak için yorulana kadar egzersiz yaparım.						
17. Günde birkaç kere tartılırım.						
18. Vücudumu saran dar kıyafetlerden hoşlanırım.						
19. Et yemekten hoşlanırım.						
20. Sabahları erken uyanırım.						
21. Günlerce aynı yemeği yerim.						

22. Egzersiz yaptığımda harcadığım kalorileri hesaplarım.						
23. Adetlerim düzenlidir.						
24. Başkaları çok zayıf olduğumu düşünür.						
25. Şişmanlayacağım(vücudum yağ toplayacak) düşüncesi zihnimi meşgul eder.						
26. Yemeklerimi yemek, başkalarınınkinden daha uzun sürer.						
27. Lokantada yemek yemeyi severim.						
28. Müshil (laksatif) kullanırım.						
29. Şekerli yiyeceklerden kaçınırım.						
30. Diyet(perhiz) yemekleri yerim.						
31. Yaşamımı yiyeceğin kontrol ettiğini düşünürüm.						
32. Yiyecek konusunda kendimi denetleyebilirim.						
33. Yemek konusunda başkalarını bana baskı yaptığını düşünürüm.						
34. Yiyeceklerle ilgili düşünceler çok zamanımı alır.						
35. Kabızlıktan yakınıyorum.						
36. Tatlı yedikten sonra rahatsız olurum.						
37. Diyet(perhiz) yaparım.						
38. Midemin boş olmasından hoşlanırım.						
39. Şekerli, yağlı yiyecekleri denemekten hoşlanırım.						
40. Yemeklerden sonra içimden kusmak gelir.						



Ek-3 Etik Kurul Onay Belgesi

Toplantı Sayısı:69

Okan Üniversitesi

Etik Kurulu

“Kurul Kararları”

Toplantı Tarihi: 11.05.2015

Toplantıya Katılanlar:

Prof. Dr. Alinur Büyükaksoy	(Başkan)
Prof. Dr. Dilek Şirvanlı Özen	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Güliz Muğan	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Nevin Karaaslan Balıkçı	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Nurdan Okur	(Üye)

Okan Üniversitesi Etik Kurulu 11.05.2015 tarihinde Prof. Dr. Alinur Büyükaksoy'un Başkanlığında toplandı ve çoğunluk mevcut olduğundan gündeme geçildi.

- 1- Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü – Hemşirelik Bölümü öğrencilerinden **Fatma KARCİGA**'nın “**Metastatik Kanserli Çocukların, Anne ve Babalarının Pediatrik Yaşam Kalitesi ve Anksiyete Düzeylerinin İncelenmesi**” başlıklı çalışması için başvurusunun görüşülmesi,
- 2- Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü – Beslenme ve Diyetetik Bölümü öğrencilerinden **Ashhan İFLAZOĞLU**'nun “**Tip 2 Diyabetli Hastalara Verilen Beslenme Eğitiminin Beslenme Bilgi ve Alışkanlıkları Üzerine Olan Etkisinin İncelenmesi**” başlıklı çalışması için başvurusunun görüşülmesi,
- 3- Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü – Beslenme ve Diyetetik Bölümü öğrencilerinden **Anıl YILDIZ**'ın “**Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yeme İndekslerinin Belirlenmesi**” başlıklı çalışması için başvurusunun görüşülmesi,
- 4- Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü – Beslenme ve Diyetetik Bölümü öğrencilerinden **Fatma FİDAN**'ın “**Hekimlerin Yeme Tutum Davranışı ve Beden Algısı**” başlıklı çalışması için başvurusunun görüşülmesi,
- 5- Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü – Sağlık Yönetimi Bölümü öğrencilerinden **Kübra CEYHAN**'ın “**Sağlık Çalışanlarında Kalite Algısının Belirlenmesi**” başlıklı çalışması için başvurusunun görüşülmesi.

ASLI GİBİDİR



Yapılan görüşmeler sonucunda;

- Karar 1.** Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü – Hemşirelik Bölümü öğrencilerinden **Fatma KARCİGA'nın** “**Metastatik Kanserli Çocukların, Anne ve Babalarının Pediatrik Yaşam Kalitesi ve Anksiyete Düzeylerinin İncelenmesi**” başlıklı çalışması için başvuru talebi uygun görülüp oy birliği ile onaylanmıştır.
- Karar 2.** Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü – Beslenme ve Diyetetik Bölümü öğrencilerinden **Ashhan İFLAZOĞLU'nun** “**Tip 2 Diyabetli Hastalara Verilen Beslenme Eğitiminin Beslenme Bilgi ve Alışkanlıkları Üzerine Olan Etkisinin İncelenmesi**” başlıklı çalışması için başvuru talebi uygun görülüp oy birliği ile onaylanmıştır.
- Karar 3.** Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü – Beslenme ve Diyetetik Bölümü öğrencilerinden **Anıl YILDIZ'ın** “**Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yeme İndekslerinin Belirlenmesi**” başlıklı çalışması için başvuru talebi uygun görülüp oy birliği ile onaylanmıştır.
- Karar 4.** Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü – Beslenme ve Diyetetik Bölümü öğrencilerinden **Fatma FİDAN'ın** “**Hekimlerin Yeme Tutum Davranışı ve Beden Algısı**” başlıklı çalışması için başvuru talebi uygun görülüp oy birliği ile onaylanmıştır.
- Karar 5.** Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü – Sağlık Yönetimi Bölümü öğrencilerinden **Kübra CEYHAN'ın** “**Sağlık Çalışanlarında Kalite Algısının Belirlenmesi**” başlıklı çalışması için başvuru talebi uygun görülüp oy birliği ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Alinur Büyükaksoy
(Başkan)

Prof. Dr. Dilek Şirvanlı Özen
(Üye)

Yrd. Doç. Dr. Nevin Karaaslan Balıkçı
(Üye)

Yrd. Doç. Dr. Güliz Muğan
(Üye)

Yrd. Doç. Dr. Nurdan Okur
(Üye)

ASLI GİBİDİR



Ek 4- Özgeçmiş

Kişisel Bilgiler

Adı	Fatma	Soyadı:	Fidan
Doğ. Yeri	Geyve	Doğ. Tarihi	01.06.1983
Uyruğu	TC	Tel:	0546 959 59 35
Email:	f_fidanaku@hotmail.com		

Eğitim Bilgileri

	Mezun Old. Kurum	Mezuniyet Yılı
Doktora	-	-
Yüksek Lisans	Okan Üniversitesi	2013- 2015
Lisans	Yakın Doğu Üniversitesi	2010 - 2013
Lise	Özel Çağ Lisesi	1997 - 2001

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl-Yıl)
Stajyer	Yakın Doğu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2013-2013
Diyetisyen	Özel Muayenehane	2013-2014
Diyetisyen	Estetikmed Güzellik Merkezi	2014-2015

Yabancı Dil

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama	Konuşma	Yazma	KPDS/ÜDS YDS Puanı	(Diğer) Puan
İngilizce	orta	orta	orta	ÜDS:45	