



T.C.

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**LİPOSUCTION (YAĞ ALDIRMA) AMELİYATI OLAN
YETİŞKİN KADINLARIN ORTOREKSİYA NERVOZA
EĞİLİMLERİ VE BEDEN ALGILARI**

ASLI FATMA GÜNEŞ

BESLENME VE DİYETETİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Prof. Dr. GÜLGÜN ERSOY

İSTANBUL-2020

TEŞEKKÜR

Bilgisi, tecrübesi, titizliği, özverisi ve sabrı ile araştırmamın planlanması ve yürütülmesinde verdiği destek ve harcadığı emek için çok değerli tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Gülgün ERSOY'a,

Araştırmamı gerçekleştirmeme imkan sunan ve desteklerini esirgemeyen İçerenköy Bayındır Hastanesi ailesine,

Bu zorlu süreçte beni motive eden ve yardımlarını esirgemeyen başta Fatmanur ve İrem olmak üzere çok kıymetli arkadaşlarıma,

Hayatımda attığım her adımda, verdiğim her kararda sonsuz destek ve sevgileriyle beni bu günlere getiren, varlıkları ile güç bulduğum ve minnettar olduğum canım annem Elif GÜNEŞ'e, canım babam Yusuf GÜNEŞ'e ve canım kardeşim Bilge Sultan GÜNEŞ'e sonsuz teşekkür ederim.

Aslı Fatma GÜNEŞ

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAY FORMU.....	i
BEYAN.....	ii
TEŞEKKÜR.....	iii
KISALTMALAR LİSTESİ.....	vi
TABLolar LİSTESİ.....	vii
1. ÖZET.....	1
2. ABSTRACT.....	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ.....	3
4. GENEL BİLGİLER.....	5
4.1. Yağ Dokusu Hakkında Genel Bilgiler.....	5
4.1.1. Yağ dokusunun özellikleri.....	5
4.1.2. Yağ dokusunun oluşma süreci.....	5
4.1.3. Yağ dokusunun tipleri.....	6
4.1.4. Yağ dokusunun hormonal özellikleri.....	6
4.1.5. Yağ dokusu yoğunluğuna göre obezitenin tanımlaması.....	7
4.2. Liposuction Ameliyatı.....	8
4.2.1. Liposuction ameliyat teknikleri.....	9
4.2.2. Liposuction ameliyatının uygulama alanları, yan etkileri ve hukuki boyutu.....	10
4.2.3 Liposuction ameliyatı ve beslenme.....	11
4.3. Yeme Bozuklukları.....	12
4.3.1. Yeme bozukluğu tanımı.....	13
4.3.2. Yeme bozukluklarına toplumun etkisi.....	14
4.3.3. Yeme bozukluklarına ailenin etkisi.....	14
4.3.4. Yeme bozukluklarının sınıflandırılması.....	15
4.4. Ortoreksiya Nervoza.....	18
4.4.1. Ortorektiklerde görülen başlıca davranış bozuklukları.....	20
4.4.2. Önerilen ortoreksiya nervoza tanı kriterleri.....	20
4.4.3. Ortoreksiya nervozada tedavi önerisi.....	21
4.4.4. Yeme bozukluklarının tedavisi.....	22
4.5. Beden Kavramı.....	23
4.5.1. Beden algısı ve etkileyicileri.....	25

4.5.2. Beden algısı bozukluğu (Vücut dismorfik bozukluğu).....	26
4.5.3. Beden algısı ve beslenme davranışı arasındaki ilişki.....	26
5. METOT VE MATERYAL	28
5.1. Araştırmanın Kapsamı, Yeri ve Zamanı.....	28
5.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri	28
5.3. Araştırmanın Hipotezleri	28
5.4. Verilerin Toplanması.....	29
5.4.1. ORTO-11 ölçeği	29
5.4.2. Beden algısı ölçeği.....	30
5.5. Araştırmanın Sınırlılıkları	30
5.6. İstatistiksel Analizler	31
6. BULGULAR.....	32
6.1. Kişisel Bilgiler.....	32
6.2. Antropometrik Ölçümler	34
6.3. Beslenme Alışkanlıkları ve Besin Tüketim Sıklıkları.....	36
6.4. ORTO-11 ve BAÖ Puan Ortalamaları ve Farklı Parametrelere Göre Değerlendirilmesi	41
7. TARTIŞMA	53
8. SONUÇ	63
9. KAYNAKÇA.....	66
10. EKLER.....	77
11. ETİK KURUL ONAYI.....	87
12. ÖZGEÇMİŞ	91

KISALTMALAR LİSTESİ

ON	Ortoreksiya Nervoza
BAÖ	Beden Algısı Ölçeği
DSM	Zihinsel Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
APA	Amerikan Psikiyatri Birliği
ICD	Hastalıkların ve Sağlık Sorunlarının Uluslararası Sınıflaması
VKİ	Vücut Kütle İndeksi
ORTO-11	ORTO-11 Ölçeği
BAÖ	Beden Algısı Ölçeği
BCS	Body-Cathexis Scale
SPSS	Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı

TABLolar LİSTESİ

Tablo 6.1.1: Kişisel bilgiler	32
Tablo 6.1.2: Hastalık ve ameliyat öyküleri ile ilaç ve vitamin-mineral desteği kullanımları	33
Tablo 6.1.3: Bazı sağlıklı yaşam alışkanlıkları	34
Tablo 6.2.1: Antropometrik ölçümler	34
Tablo 6.2.2: VKİ sınıflaması ve kendi kilolarını değerlendirme	35
Tablo 6.2.3: VKİ sınıflamasına göre kilolarından memnuniyet durumu	35
Tablo 6.3.1: Öğün tüketim sıklıkları	36
Tablo 6.3.2: Beslenme alışkanlıkları	37
Tablo 6.3.3: Besin gruplarına göre besinleri tüketim sıklıkları	39
Tablo 6.3.4: Besinlerin sağlandığı kaynağa göre tüketim sıklıkları	40
Tablo 6.4.1: Katılımcıların ORTO-11 ve BAÖ puanlarına göre kategorileri	42
Tablo 6.4.2: Kişisel bilgilere göre ORTO-11 ve BAÖ puan ortalamaları	43
Tablo 6.4.3: Hastalık ve ameliyat öyküsü ile ilaç ve vitamin-mineral desteği kullanımına göre ORTO-11 ve BAÖ puan ortalamaları	45
Tablo 6.4.4: Bazı sağlıklı yaşam alışkanlıklarına göre ORTO-11 ve BAÖ puan ortalamaları	46
Tablo 6.4.5: VKİ sınıflaması ve kendi kilolarını değerlendirmelerine göre ORTO-11 ve BAÖ puan ortalaması	47
Tablo 6.4.6: Öğün tüketim sıklıklarına göre ORTO-11 ve BAÖ puan ortalamaları	48
Tablo 6.4.7: Beslenme alışkanlıklarına göre ORTO-11 ve BAÖ puan ortalamaları	49
Tablo 6.4.8: Ev yapımı veya doğal/organik besinlerin tüketim sıklıklarına göre ORTO-11 puan ortalamaları	51
Tablo 6.4.9: Hazır alınan besinlerin tüketim sıklıklarına göre ORTO-11 puan ortalaması	52
Tablo 6.4.10: ORTO-11 ve BAÖ puanları arasındaki ilişki	52

1. ÖZET

LİPOSUCTION (YAĞ ALDIRMA) AMELİYATI OLAN KADINLARIN ORTOREKSİYA NERVOZA EĞİLİMLERİ VE BEDEN ALGILARI

Bu araştırma, 18-65 yaş aralığındaki liposuction ameliyatı olan kadınların ortoreksiya nervoza (ON) eğilimlerinin ve beden algılarının değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır. Gönüllü katılımcıların kişisel bilgileri, beslenme alışkanlıkları ve besin tüketimleri anket formu ile sorgulanmış, ON eğilimlerini belirlemek için ORTO-11 Ölçeği, beden algılarını değerlendirmek için Beden Algısı Ölçeği (BAÖ) kullanılmıştır. Veriler, IBM SPSS Statistic 22.0 paket programı kullanılarak analiz edilmiştir.

Katılımcıların ORTO-11 puan ortalaması $37,81 \pm 4,19$ 'dur ve %82,8'inde yüksek ON eğilimi olduğu görülmüştür. Yapılan analizler sonucunda; yaş, eğitim düzeyi, vitamin-mineral desteği kullanımı ON eğiliminin önemli etkileyicileri olarak bulunmuştur ($p < 0,05$). Katılımcıların beslenme alışkanlıklarının ORTO-11 puan ortalaması üzerinde önemli bir fark yaratmadığı belirlenmiştir ($p > 0,05$). Katılımcıların BAÖ puan ortalaması $139,18 \pm 19,75$ 'dir ve %43,1'inin düşük beden algısına sahip olduğu görülmüştür. Gün içindeki fiziksel aktivite düzeyi, vücut ağırlığı ve bulunduğu kilodan memnuniyet durumunun beden algısını önemli ölçüde etkilediği bulunmuştur ($p < 0,05$). ORTO-11 ve BAÖ puanları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Sonuç olarak; liposuction ameliyatı olan kadınların ON eğiliminin yüksek, beden algılarının ise düşük olduğu görülmüş, sağlık uzmanlarının halkı bilgilendirmesinin bu sorunun çözümünde etkili olacağı düşünülmüştür.

Anahtar Kelimeler: beden algısı, kadın, liposuction (yağ aldırma) ameliyatı, ortoreksiya nervoza, yeme bozukluğu

2. ABSTRACT

ORTHOREXIA NERVOSA TENDENCY AND BODY PERCEPTIONS OF WOMEN WITH LIPOSUCTION (FAT REMOVAL) SURGERY

This research has been made towards evaluate the tendencies to orthorexia nervosa (ON) and body perceptions of women with an 18-65 age range, who had an liposuction surgery. The personal information, nutritional habits and food consumption of the volunteers were obtained with a questionnaire form, the ORTO-11 Scale was used to determine ON tendencies, and Body Perception Scale (BPS) was used to evaluate body perceptions. IBM SPSS Statistic 22.0 package program was used to analyse the data.

The average score of ORTO-11 of the participants was 37.81 ± 4.19 and it was observed that 82.8% had a high ON trend. According to the analysis, age, education level, the use of vitamin-mineral supplements were found to be important factors influencing ON tendency ($p < 0,05$). It was determined that the eating habits of the participants did not make a significant difference on the average score of ORTO-11 ($p < 0,05$). The average BPS score of the participants was 139.18 ± 19.75 and 43.1% were found to have low body perception. It was found that physical activity level, body weight and satisfaction with body weight affected body perception significantly ($p < 0,05$). There was no statistically significant correlation between ORTO-11 and BPS scores ($p > 0,05$).

As a result, it can be said that women with liposuction surgery have a high ON tendency but a low body perception. It is thought that the problem could be solved effectively by informing the public through healthcare professionals.

Keywords: body perception, woman, liposuction (fat removal) surgery, orthorexia nervosa, eating disorder

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Liposuction yani yağ aldırma ameliyatı; çeşitli yöntemler kullanılarak derinin altında bulunan yağ dokunun parçalanması, ardından çeşitli uygulamalar ile vücuttan uzaklaştırılmasını sağlayan cerrahi bir işlem çeşididir. Günümüzde Avrupa ve Amerika'da en çok yapılan estetik ameliyat grubundadır. Uygulamaları 1920'li yıllarda başlamıştır (1,2). Yapılan egzersizler ve uygulanan enerji alımının sınırlandırıldığı beslenme programlarına rağmen beklenen sonuç alınamadığında, bölgesel yağ dokularından kurtulmada etkili ve önerilen bir yöntemdir (3).

Liposuction ameliyatlarının amacı, obeziteyi tedavi etmek değildir (3). Bazı cerrahlarda, fazla kilolu bireylere liposuction ameliyatı yapmanın tatmin edici sonuçlar ortaya koymayacağı, bu bireylerde bir yeme bozukluğunun olabileceği düşüncesi hakimdir. Bu nedenle liposuction ameliyatı olmak isteyen fazla kilolu bireylerde, yeme bozukluğu ve/veya yeme problemi olup olmadığını tespit etmeye yönelik taramaların ve doğru bir yönlendirme yapılmasının gerekliliği üzerinde durulmaktadır (4).

Yeme bozuklukları; bireylerin psikolojisinin, fizyolojisinin ve davranışlarının değerlendirilmesi ile tanı konulabilecek psikiyatrik hastalıklar olarak kabul edilmektedir (5). Farklı sıklık ve belirtilerle Antik Çağ'lardan beri görülen yeme bozuklukları, günümüz modern çağının artan hastalıkları arasında yerini almaktadır (6). Bu artışın nedenleri arasında; farkındalığın artması, değerlendirme yöntemlerinde gelişmeler, tanı koymanın kolaylaşması, kadınlar üzerindeki ince ve zayıf beden baskısının yer aldığı düşünülmektedir (7). Bununla birlikte, yeme bozuklukları ile ilgili yapılan araştırmalara duyulan ilgi 1970'li yıllarda başlamıştır (6). Yapılan bu araştırmalar, bireyin yaşamındaki pek çok faktörün kesişmesiyle yeme bozukluklarının ortaya çıkabileceğini belirtmektedir. Bu faktörler; genetik yatkınlığın olması, aileden kaynaklı sorunlar, vücut ağırlığı, beden görüntüsü ve beslenme davranışı ile ilgili olumsuz düşünceler, toplumun olumsuz etkileri şeklinde örneklendirilebilir (8).

Değişen yaşam koşullarında insanlar sağlıklarını korumak amacıyla beslenmelerine özen göstermektedir. Bu durum, doğru ve/veya sağlıklı besinlere

ulaşabilmek için insanların sürekli dikkatli davranmalarına neden olabilmektedir. Bu “sağlıklı beslenme” isteğinin ilerleyen aşamaları, tüm normal olmayan yeme davranışlarında olduğu gibi yeme bozukluğuna dönüşebilmektedir (9). Orto terimi; “doğru, gerçek” anlamlarını taşımaktadır (10). Ortoreksiya Nervoza (ON); uygun ve sağlıklı yiyeceğin tüketilmesi ile ilgili patolojik saplantıyı tanımlamak amacıyla, “sağlıklı yiyeceklere karşı duyulan aşırı zihinsel uğraş” şeklinde tanımlanmıştır (11). ON, Zihinsel Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı’nda (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-DSM) henüz bir bozukluk olarak yer almamaktadır (9).

Liposuction ameliyatının, bireylerin ameliyat sonrası yeme davranışlarında, beden algılarında ve benlik saygılarında değişiklik oluşturabileceğini gösteren çalışmalar mevcuttur (12). Birçok araştırmada yeme bozukluğu ile beden algısı arasında önemli bir ilişki bulunmuştur. Düşük beden algısının, yeme bozuklukları için tanımlanmış risk faktörleri arasında yer alacağı düşünülmektedir (13). Beden algısı, bireyin kendi bedeninin bölümlerine ve onların işlevlerine karşı olumlu ve olumsuz duygularının kendisi tarafından değerlendirilmesidir. Bir anlamda bedenine ait özgün özelliklerin ve duyguların, bireyin zihnindeki resmi olarak tanımlanmıştır (14). Bireyin zihnindeki beden yapısı ile var olan beden yapısı arasında çok fark varsa beden memnuniyetsizliği yaşanmaktadır. Bu fark arttıkça da yaşanan memnuniyetsizlik artmaktadır (13).

Ülkemizde yapılan çalışmalar incelendiğinde, yeme bozuklukları ile ilgili çalışmaların yeterli olmadığı dikkat çekmektedir. Türüne göre değişse de genel kanı yeme bozukluklarının, kadınlarda erkeklerden daha fazla görülmesidir (15). Özellikle liposuction ameliyatı olan kadınlarda, olası görülen beden algısı bozukluğu ile bir yeme bozukluğu olarak kategorize edilebilen ON eğilimlerinin değerlendirilmesi bu araştırmanın temel amacıdır.

4. GENEL BİLGİLER

Liposuction, kilo verme yöntemi olmamakla birlikte, özellikle enerji alımının sınırlandığı beslenme ve artmış fiziksel aktiviteye rağmen kaybedilemeyen yağ dokusundan kurtulmaya destek olan bir ameliyattır (16).

4.1. Yağ Dokusu Hakkında Genel Bilgiler

Yağ dokusunun daha önceki yıllarda herhangi bir işlevinin olmadığı, sadece doku ve organlar için bir tutunma ve koruma görevi gördüğü düşünülmüştür. Bu nedenle de hakkında önceki kaynaklarda ayrıntılı bilgi bulunmamaktadır. Yapılan liposuction işlemleri ardından oluşan yan etkiler, yağ dokusunun basit bir destek doku olarak kabul edilmemesi gerektiği görüşünü kuvvetlendirmiştir. İlerleyen teknoloji, tıp ve bilim ile beraber yapısı, işlevleri ve embriyolojik gelişimi hakkında ayrıntılı bilgilere ulaşılmıştır (3).

4.1.1. Yağ dokusunun özellikleri

Yağ dokusu, içleri yağ ile dolu hücrelerden meydana gelir. Bu hücrelere adiposit denir. Adiposit hücreler birbirlerine sıkı bağlarla bağlı değildir (17). Yağ asidi sentezi adipositlerde olur ve kan ile taşınan yağlar da yağ dokusunda depolanır. Bu nedenle enerji ve yağda çözünen vitaminlerin depolanması görevinden sorumludur (18,19).

Yağ dokusunun diğer bileşenleri; preadipositler (henüz lipit ile dolmayan hücreler), fibroblastlar, lökositler ve makrofajlardır (17,20).

4.1.2. Yağ dokusunun oluşma süreci

Adipositlerin embriyolojik gelişimi adipoblast-preadiposit-adiposit-postadiposit şeklindedir (21). Adipositler yeteri kadar kanlanamadığında, yani beslenemediğinde preadipositlere dönüşebilmektedir (22). Adipositlerin üretildiği zaman aralıkları; anne karnı, çocukluğun ve ergenliğin ilk yıllarıdır. Yaşamın ilk beş yılında sayıca ve hacimce hızla artan adipositler, ergenlikten sonra sayısal artış göstermemektedir. Bu artışta genetiğin belirleyici olduğu savunulmaktadır (21).

Yetişkin bireylerin adiposit sayılarının sabit kalacağı, pozitif enerji dengesi sonucu depolanması gereken lipitlerin, var olan adipositlerin hacminin artırılması ile sağlandığı bildirilmektedir. Ancak yetişkinlerde öncül adiposit tip hücre varlığı, ihtiyaç halinde adiposit üretilebileceğinin bir göstergesidir (21). Bireyin kilosu olması gerekenin çok üzerine çıkarsa, yeni adipositlerin yapımı uyarılmaktadır. Bu durum “hiperplastik yağlanma” olarak adlandırılmaktadır (23). Bu daha çok çocuklarda görülen kilo artışıdaki yağlanma şeklidir. Yetişkinlerdeki adipositlerin hacimce artması ile görülen yağlanma ise “hipertrofi”dir (24).

4.1.3. Yağ dokusunun tipleri

Doku bilimine göre, yağ dokusunun iki tipi bulunmaktadır (25). Büyük ve bir tane lipit damlacığı içeren adipositlere uniloküler hücreler denir ve “beyaz yağ dokusunu” oluşturur. Küçük ve fazla sayıda lipit damlacığı içeren hücreler ise multiloküler hücreler olarak adlandırılır ve “kahverengi yağ dokusunu” oluşturur. Kahverengi olmasının nedeni bu hücrelerin farklı yapıda mitokondriler içermesidir (17).

Yeni doğanlarda trigliseritten enerji, kahverengi yağ dokusu sayesinde üretilir. Buna karşın yetişkinlerde, trigliserit ile enerjinin depolanması beyaz yağ dokusu fonksiyonu ile sağlanır (26). Bu nedenle, fazla kilo ile fazla miktarda artan beyaz yağ dokusu ilişkilendirilmekte ve bu bireylerde kahverengi yağ dokusunun etkinliğinin az olduğu belirtilmektedir (27).

Beyaz yağ dokusu bulunduğu bölgeye göre farklı işlevlere sahip olabilmektedir. Bireyin vücut sıcaklığını ve çevreden gelen fiziksel darbelere karşı iç organları korumak işlevleri arasındadır (18). Ayrıca, çevresel kirleticilerin de beyaz yağ dokusunda depolandığı bildirilmiştir (23,28).

4.1.4. Yağ dokusunun hormonal özellikleri

Yağ hücrelerinden salgılanan proteinlerin (adiponektin, leptin, resistin, lipoprotein lipaz vs.) olduğu tespit edilmiştir. Bu özelliğinden dolayı hormonal görevinin de olduğu bilinmektedir (29). Bunların içinde özellikle obezite ve insülin

direnci ile ilişkilendirilen proteinler oldukça dikkat çekmektedir. Bu proteinlerin salımı, artan yağ dokusu miktarı ile paralellik göstermektedir (20,30).

4.1.5. Yağ dokusu yoğunluğuna göre obezitenin tanımlanması

Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization-DSÖ) bedende aşırı ya da anormal yağ artışı ile sağlığın bozulması durumunu obezite olarak tanımlamaktadır (24). Yağ dokusunun bedende yoğunlaştığı bölgeye göre obezite, kendi içinde 4'e ayrılmaktadır.

- Tip-1 (ovoid), yağ dokusunun bütün bedende dengeli bir şekilde bulunmasıdır.
- Tip-2 (android), bedenin gövde bölümünde yoğunlaşan yağ dokusu göze çarpmaktadır. İnsülin direnci konusunda bu bireylerin risk altında olduğu belirtilmektedir. Elma tipi olarak da adlandırılmaktadır.
- Tip-3 (visseral), bedenin özellikle karın bölgesinde yoğunluk gösteren şeklidir.
- Tip-4 (jinoid), bedenin üst bacak ve kalça bölümünde görülen yağ birikimidir. Armut tipi olarak da adlandırılmaktadır (31).

Boya göre vücut ağırlığının oranı ile hesaplanan VKİ, obezitenin derecelendirilmesinde kullanılmaktadır. Bu değer; vücut ağırlığının (kg), metre cinsinden boy uzunluğunun karesine bölünerek bulunur. Hesaplama sonucunda çıkan değer; 18.5'in altında ise zayıf, 18.5-24.99 arasında ise normal, 25.00-29.99 arasında ise fazla kilolu, 30.00-34.99 arasında ise 1. derece obez, 35.00-39.99 arasında ise 2. derece obez, 40 ve üzerinde ise 3. derece obez olarak kabul edilmektedir (32,33).

Cinsiyet, bedendeki yağ oranını etkiler. Kadın bedeni, yağ dokusu bakımından daha yüksek bir yüzdeye sahiptir. Erkeklerde bedenin üst bölümünde, kadınlarda ise bedenin alt bölümünde yağ dokusu yoğun olarak bulunur ve vücut yağ oranı kadınlar için yaklaşık %35 iken, erkekler için bu oran %25'dir. Bununla birlikte; cinsiyet faktörüne bağlı kalmaksızın, ilerleyen yaş ile vücut yağ yüzdesi artmaktadır. Aynı şekilde karın bölgesinde yoğunlaşan yağ dokusunda da (karın içi yağlanma) zamanla artış görüldüğü bildirilmiştir (34,35).

4.2. Liposuction Ameliyatı

Liposuction, lipos (yağ) ve suction (emme) kelimelerinden oluşan; özel teknikler kullanılarak vücuttan yağ dokusunun uzaklaştırıldığı, vücudun şekillendirilmesinde tercih edilen güvenli bir cerrahi teknik olarak kabul görmektedir (16).

Son dönemlerde en sık başvuru alan estetik cerrahi uygulamalarından biri haline gelen liposuction, hızlı ve sürekli bir değişim ve gelişim göstermiştir (36).

Bu işlem 1921 yılında, ilk kez bir balerine uygulanmış ve diz bölgesindeki fazla yağ alınmak istenmiş, ancak bir atardamarın zarar görmesi ile bacak ampute edilmiştir. Bu trajik sonuçla beraber liposuction işlemi oldukça uzun bir süre rağbet görmemiştir (37). Devam eden bazı başarısız denemeler sonunda, 1974 yılında kullanılan kanüller ve uygulanan basınç desteği yöntemi günümüzdeki liposuction işleminin ilk örneğini temsil etmiştir (3).

Tümescent tekniği 1980'li, lazer enerjisi tekniği 1990'lı yıllarda liposuction işlemi için kullanılmaya başlamıştır (38,39). Liposuction uygulama yöntemlerinde ultrason enerjisinden de faydalanılmıştır (40). Kavitasyon ile de yağ hücrelerinin bozulması sağlanmaya çalışılmıştır. Ancak istenmeyen birçok durum da (yanık, seroma vs.) beraberinde görülmüştür (41).

Geçmiş yıllardan günümüze gelişen teknoloji ile liposuction uygulamalarında ilerlemeler olmuştur. Ancak tüm cerrahi işlemlerde olduğu gibi liposuction ameliyatlarında da bazı risklerin olduğu görülmektedir.

4.2.1. Liposuction ameliyat teknikleri

Liposuction ameliyatı; uygulama bölgesine, alınacak yağ miktarına, hastaya ve hekime bağlı olarak farklı teknikler kullanılarak uygulanmaktadır.

4.2.1.1. Klasik (konvansiyonel) liposuction

Aspiratöre bağlı kanül ile parçalanmış yağların çıkarılması yöntemidir. Bu yöntem liposuction öncesi bölgeye verilecek infiltrasyon sıvısı ve bu sıvının içeriğine bağlı olarak 4'e ayrılır (3).

- a) **Kuru (Dry) Teknik:** Aspirasyon ile çıkarılan doku içeriğinin %20-45'inin kandan oluşması nedeniyle fazla miktarda kan kaybı ve ağrı meydana gelmektedir. Bu nedenle de küçük hacimlerdeki işlemlerde uygulanabilmektedir (3,42).
- b) **Islak (Wet) Teknik:** Özel bir sıvı karışımının liposuction öncesi yağ dokusuna infiltre edilmesi ile daha az kan kaybını sağlamak amaçlanmaktadır (3).
- c) **Superwet Tekniği:** Fazla miktarda sıvı infiltrasyonu sayesinde liposuction ile çıkarılan doku içeriğinde %1 oranında kan bulunması ile kan kaybı ciddi oranda azaltılmıştır (43).
- d) **Tumescent (Sıvı ile şişirme) Tekniği:** Hastanın daha az ağrı şikâyetinin olduğu bildirilmektedir (42). Liposuction ile çıkarılacak hacim büyük ise yan etki gelişimi bakımından daha üstün olduğu düşünülen tumescent tekniğinin kullanılması tavsiye edilmektedir (44).

Diğer teknikler ise; kan kaybının az olduğu "ultrasonik", oluşabilecek cerrahi travma ve görülebilecek yan etkileri azalttığı belirtilen "şırınga ve power-assisted (vibro)", derin aspirasyonlar için uygun görülen "rotatif kanül", daha küçük bölgelerdeki işlemlerde önerilen ve dokuda oluşturduğu tahribat az olan "laser" liposuction olarak sıralanabilir (3).

Liposuction ile alınabilecek yağ dokusu hacminin belli bir sınırı bildirilmemektedir. Hastaya ve hekimin tecrübesine bağlı olarak değişebileceği

belirtilmektedir. Ancak büyük hacimde yağ alınmış ise (genellikle beş litrenin üzerinde) izleminin, yoğun bakımda yapılması gerektiği vurgulanmaktadır (45).

4.2.2. Liposuction ameliyatının uygulama alanları, yan etkileri ve hukuki boyutu

Liposuction ameliyatı başlıca çene, sırt, kol, karın, kalça, bacak bölgelerindeki yağ birikimlerinin uzaklaştırılmasında başvurulan bir yöntemdir. Meme cerrahisi ve abdominoplasti ameliyatında çoğunlukla yardımcı işlem olup; lenfödem tedavisi, terleme sorunu ve jinekomasti ameliyatında da liposuction işleminden faydalanılabilmektedir (3).

Hastalarda yapılan işleme bağlı olarak, gelişen yan etkileri tetikleyen birçok unsurun olabileceği belirtilmektedir. Yapılan bir araştırmanın sonucunda, nekrotizan fasilit, sepsis, deri nekrozu, emboli ve kardiyak arrestin en fazla görülen ölümcül yan etkiler olduğu belirtilmiştir (46). Ayrıca, işlem yapılacak bölgeye fazla sıvı gönderilmesi ile görülebilecek kalp krizi, pulmoner ödem, lidokain toksisitesi, akut respiratuar distres sendromu, yağ emboli riski de ortaya çıkabilecek yan etkilerdendir (47).

Liposuction ameliyatı, obez bireylerin kilo sorunlarına çözüm olacak bir işlem olmadığı için, bu işlemi bir zayıflama aracı olarak gören bireyler, bu ameliyat için uygun değildir. Bu konuda bireyler, hekimleri tarafından doğru bilgilendirilmelidir. Bunların haricinde; kan sulandırıcı ilaç kullanan, cildinin elastikliği ve gerginliği iyi olmayan ve ciddi sağlık sorunları olan bireyler de bu işlem için uygun değildir (3).

Hukuki açıdan değerlendirildiğinde ise liposuction, bireyin beden bütünlüğü üzerine tedavi etme amacı olmadan etki etmektir. Güzellik kavramının değişken olması, beden güzelliği için tercih edilen ve beden bütünlüğüne etki eden bu işlemlerde, hekimin bireyi tüm ayrıntıları ile bilgilendirmesi konusunda daha titiz davranması gerektiği vurgulanmaktadır. Bu durumda yapılan sözleşmenin, eser sözleşmesi ya da vekâlet sözleşmesi olabileceği bildirilmektedir (48).

4.2.3 Liposuction ameliyatı ve beslenme

Liposuction ameliyatı da dahil olmak üzere tüm plastik-estetik cerrahilerin başarıları, bireylerin beslenme durumlarını da kapsayan pek çok faktörden etkilenir. Ameliyat olmak için hastaneye yatışı yapılan plastik-estetik cerrahi hastalarında önemli oranlarda besin ögesi eksikliklerinin olduğu bildirilmiştir. Beslenmesi yetersiz olan hastaların, yaralarının geç iyileştiği, bağışıklık sistemlerinin baskılandığı ve yara yeri enfeksiyonlarının arttığı belirtilmektedir. Bu nedenle liposuction ameliyatına özgü bir beslenme planı olmamakla birlikte plastik-estetik cerrahi hastalarında beslenme konusunda dikkat çekilmesi gereken noktalar aşağıda verilmiştir.

- Malnütrisyonu karşı bireylere basit bir tarama (VKİ değerlendirmesi, günlük besin tüketimlerinin sorgulanması gibi) yapılmalıdır. Bireyin malnütriyon açısından riskli olduğu veya kilo vermesi gerektiği fark edilirse, diyetisyen ile işbirliği yapılması önerilmelidir.
- Cerrahi işlemler sonrası oluşan yara iyileşmesi ve cerrahi travma nedeniyle uygun enerji sağlayan ve proteinden zengin besinler içeren bir diyet tüketilmelidir. Özellikle protein eksikliğinde meydana gelebilecek uzamış inflamasyon göz ardı edilmemelidir.
- A, C vitaminleri ve çinkonun bağ doku onarımına etkisi nedeniyle vücuda yeterli alınması sağlanmalıdır. Bu nedenle vitamin ve minerallerden zengin meyve ve sebzelerin yeterli miktarda tüketilmesi önerilir.
- Glutamin ve arjinin aminoasitlerinin diyetle ek alımı ile ilgili olarak net bir bilgi sunulmaması da özellikle arjininin, bağışıklığı destekleyici ve büyük cerrahilerde negatif azot dengesini önlemede fayda sağlayacağı görüşü mevcuttur.
- Bireylerin doğru beslenme davranışları geliştirmeleri için diyetisyenler ile iş birliği içinde çalışılması gerekliliği de vurgulanmaktadır.
- Bireylere işlem sonrası oral yolla besin alımları sağlanıncaya kadar ihtiyaç duydukları sıvı, elektrolit ve glikoz desteği intravenöz yol kullanarak sağlanmalıdır.

- İşlem sonrasında birey ilk olarak, sıvı besinler (tanersiz çorba ve komposto gibi) ile beslenmelidir. Bireyin gastrointestinal sistem toleransına göre (bulantı, gaz ve defekasyon çıkışı gibi) yumuşak besinleri (çorba, püre şeklindeki besinler) ve normal yemekleri tüketmesi sağlanmalıdır.
- Bulantı ve kusma şikayeti olan bireylerin beslenmesinin sağlanmasında koordineli (hekim-hemşire-diyetisyen) hareket edilmelidir.
- Birey taburcu olurken, uygun miktarda enerji ve besin öğelerini içeren beslenme programı planlanmalıdır (49–51).

4.3. Yeme Bozuklukları

Bir bireyin en temel gereksinimi, yeterli ve dengeli beslenmedir. Bu gereksinimin tam olarak karşılanması, onun başta bulaşıcı olmayan hastalıklar olmak üzere genetik kaynaklı birçok hastalığı da içine alan sağlık sorunlarına karşı korunmasını sağlar. Aksi durumda, yani gereksinim duyulan enerji ve besin öğelerinin yeterli ve dengeli alınamaması söz konusu olduğunda ise, bireylerin metabolik hastalıklara açık hale gelmesi, kilo sorunları yaşama olasılığı artmaktadır (35).

Yemek yemenin psikolojik bir tatmin mekanizması olduğu yadsınamaz bir gerçektir. Farklı duygu durumu, her bireyin farklı bir yeme davranışı sergilemesine (bazı bireyler mutsuz olduğu zamanda yeme eğilimi gösterirken, bir başkasının yemeyi tamamen reddetmesi gibi) neden olabilmektedir (52).

Yapılan bir araştırmada, kendini aç hissetmeyen kötü duygu durumu içindeki bireylerin sağlıksız (işlenmiş besinler gibi), iyi duygu durumu içindeki bireylerin sağlıklı besinleri tercih ettikleri ortaya konmuştur (53).

Bireylerin yaşam kalitesini artırmaya yönelik geliştirdiği beslenme davranışlarının, amacın dışına çıktığında tam tersi etki gösterdiği görülmektedir. Birey hayatının merkezine beslenmeyi koyup, her hareketini buna göre düzenlemeye başladığında saplantılı bir durum başlamaktadır (54).

4.3.1. Yeme bozukluğu tanımı

Yeme bozuklukları, bireylerin psikolojisinin, fizyolojisinin ve davranışlarının değerlendirilmesi ile tanısı konulabilecek psikiyatrik hastalıklar olarak kabul edilir. Amerikan Psikiyatri Birliği (American Psychological Association- APA) klinisyenlerin bu hastalıklar için tanı koymasına rehberlik eden Zihinsel Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı'nın (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-DSM) en sonuncusu olan DSM-5'i, 2014 yılında yayınlamıştır. Ayrıca DSÖ, Hastalıkların ve Sağlık Sorunlarının Uluslararası Sınıflamasının (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems-ICD) en günceli olan ICD-11'de yeme bozukluklarına yer verilmiştir (5).

Geçmiş çalışmalarda, yeme bozukluklarının daha çok batı toplumlarında görüldüğü bildirilse de 2000-2018 yıllarını kapsayan bir derlemede, en fazla Amerika'da yeme bozukluğunun görüldüğü, ardından Asya ve Avrupa kıtasının geldiği, Afrika kıtasına ait çok az verinin olduğu belirtilmiştir. Ayrıca ilerleyen zamanla birlikte, genel olarak yeme bozukluğu prevalansında artışların olduğu görülmüştür (15). Orta yaş kadınlar üzerinde güncel ve geçmişe yönelik taramanın yapıldığı bir çalışmada, kadınların %15,3'ünde yeme bozukluğuna ait kriterler tespit edilmesine rağmen oldukça az kadının buna yönelik tedavi öyküsünün olduğu bulunmuştur (55).

Besinlerin tüketiminde, metabolik ve psikolojik sağlığı ve sosyal ilişkileri etkileyecek boyutlardaki normal olmayan davranışları sergileyen, bu nedenle yaşam kalitesi de düşen bireylerde yeme bozukluğunun varlığı göz önünde bulundurulmalıdır (56).

Yeme bozukluğu; yeme tutumunda bozulmalar (yemek yemeyi en aza indirme, yediklerini kusarak geri çıkarma), aşırı fiziksel aktivitede bulunma ve genel olarak bedenlerini olduğundan farklı algılama gibi sorunları beraberinde getirir. Bu bireyler yaşadıkları sorunların genel olarak farkındadırlar. Bu davranışlar onları sosyal hayatlarında oldukça zorlar, çünkü akıllarında hep yemekle ilgili olumlu ya da olumsuz düşünceler vardır (57).

Toplumun sağlıklı kesiminde de dönemsel olarak yeme bozukluğunun göstergesi olan davranışların geliştiği ve beden yapılarında da yanlış algılama yaşayanların olduğu belirtilmektedir. Üstelik bu durum nedeniyle, kendilerine zarar verme pahasına normal olmayan davranışları sergilemeye devam etmektedirler (57).

Ayrıca hormonlarda ve bağışıklık sisteminde, yeme bozukluğu kaynaklı beslenme sorunlarından dolayı beklenmeyen farklılıklar görülebilir. Bu sistemlerde meydana gelen değişimler yara iyileşmelerini de etkileyebilir. Bu nedenle pre-operatif süreç izlemlerinde bu konu da göz önünde bulundurulmalıdır (58).

4.3.2. Yeme bozukluklarına toplumun etkisi

Yeme bozukluklarının ortaya çıkmasında; kalımsal, kültürel, sosyal ve psikolojik birçok faktörün yattığı düşünülse de toplumun dayattığı ideal beden tipine kavuşma arzusu, bu sorunun yaygınlaşmasında temel faktör olarak kabul edilmektedir. Bu temel faktör baskısıyla, bireylerin beslenme davranışları değişmekte ve ilerleyen aşamalarda kronikleşerek birçok hastalığı beraberinde getirebilme potansiyeline sahip, tıbbi beslenme tedavisi gerektirecek medikal bir hastalık halini alabilmektedir (9).

Her geçen gün daha da önem kazanan beden algısı ve sağlıklı beslenme eğilimi nedeniyle yeme bozukluğu oranlarının arttığı savunulmaktadır. Bu artışa bağlı olarak diyetisyenlerin konu ile ilgili uzmanlaşma ihtiyaçları da doğmaktadır. Bireylerin saplantılı düşünceler arasında kaldığı, yani bir yeme bozukluğunun başka bir yeme bozukluğuna dönüşebileceği de vurgulanmaktadır (10).

4.3.3. Yeme bozukluklarına ailenin etkisi

Geçmişten günümüze toplumun en temel birimi konumuna aile yerleşmiştir. Toplumun aile yapısını, ailenin ise bireyi etkilediği kabul görmektedir. Bu yolla aile, bireyi toplumun özelliklerine göre şekillendirir. Yani birey ilk sosyokültürel özelliklerini ailede oluşturur. Çocuğun yeme davranışı üzerinde de anne-baba ile ilişkisinin önemi vurgulanmaktadır. Bu durumda, bireyde görülen yeme bozukluğu

sorununun temeli de ailedir. Bu nedenle bu tip bozuklukların çözümünde aile ilişkileri de mutlaka gözden geçirilmelidir (6).

4.3.4. Yeme bozukluklarının sınıflandırılması

DSM-5 Beslenme ve Yeme Bozukluklarını; Pika, Geri Çıkarma (Geviş Getirme) Bozukluğu, Kaçınan/Kısıtlı Yiyecek Alımı Bozukluğu, Anoreksiya Nervoza, Bulimiya Nervoza, Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu, Tanımlanmış Diğer Bir Beslenme ve Yeme Bozukluğu, Tanımlanmamış Beslenme ve Yeme Bozukluğu olarak kategorize etmiştir (59).

4.3.5.1. Pika

Besin niteliği taşımayan maddelerin yenildiği durumları tanımlar. Risk faktörü olarak; normal gelişim göstermeme ve yetersiz bakım (beslenme, ilgilenme gibi) sorunları gösterilmektedir (5).

Minimum bir aylık geçmişi olan sürede besin olarak kabul edilmeyen şeyleri yeme, yenilen bu besin dışı maddelerin bireyin yaşadığı topluma göre normal görülmemesi tanı koymada faydalanılan kriterlerdir. Bu bozuk yeme davranışının altında yatan psikolojik bir sorun varsa, daha ciddi değerlendirilmesi gereken bir bozukluk olduğu belirtilmektedir (59).

4.3.5.2. Geri çıkarma (geviş getirme) bozukluğu

Bireyde öğürme refleksi ya da kusma davranışı görülmediği halde mide içeriğini ağzına getirip çiğnemeye başlaması durumudur. Devamında ağzındaki yeniden yutabilir veya tamamen çıkarabilir (5).

Bu davranışın minimum bir aylık geçmişi olması ve temelinde sindirim sistemi ile ilgili bir sorun ile ilişkilendirilememesi tanıda faydalanılan odaklardır. Bu durumun altında yatan psikolojik bir sorun varsa, daha ciddi değerlendirilmesi gereken bir bozukluk olduğu belirtilmektedir (59).

4.3.5.3. Kaçınan/kısıtlı yiyecek alımı bozukluğu

Tüketmekten kaçınılan besinler nedeniyle gereksinim duyulan besin öğelerinin eksik alınması durumudur. Bu kaçınmanın nedeni o besine ait duyu organları ile hissedilebilir bir özellik (koku, doku) olabilmektedir (5).

Ciddi kilo kaybı, gelişim döneminde büyümenin durması, gerekli olan besin öğelerinin yetersiz alınması, yapay beslenme (enteral, parenteral) ve besin desteği ihtiyacının doğması, psikososyal fonksiyonun azalması tanı koymada odaklanılan noktalardır. Besin temininin yetersizliği ile ilişkilendirilmemekte, diğer yeme bozukluklarından bağımsız olarak gelişebilmekte ve fiziksel görünümün bu gelişimde etkisinin olduğunu gösterir bir kanıt bulunmamaktadır. Başka bir sağlık sorunu, bu bozukluğa temel olarak görülmemekte ve altta yatan bir sorun varsa, daha ciddi bir değerlendirme gerektiği vurgulanmaktadır (59).

4.3.5.4. Anoreksiya nervoza

Latince kökenli anoreksiya teriminin anlamı “iştahsızlık” olsa da aslında bireylerin kendilerini çok fazla kilolu hissetmeleri ve görmeleri nedeniyle yemeyi reddetmeleri durumudur. Bu bireylerde kilo verme isteğine bağlı, egzersize aşırı yönelme söz konusudur (60).

Bireyin; alması gereken enerjinin çok altında enerji alması, olması gerekenin çok altında vücut ağırlığının olması, vücut ağırlığının fazla olmasından ve artmasından çok korkması veya düşük kiloya rağmen kilo verme uğraşısında olması, vücut ağırlık ve şekline gereğinden fazla önem vermesi ve bu kavramları algılamada sorunlar yaşanması tanı odaklanılacak noktalardır (59).

4.3.5.5. Bulimiya nervoza

Bireyin yemek yeme sırasında kontrolünü kaybetmesi, çok hızlı ve çok fazla yemek yemesi şeklinde görülen bozukluktur. Bu bireyler için vücut görünümleri çok önem taşıdığından, yemek sonrasında yemek yerken sergiledikleri kontrolsüzlüklerinin olumsuz sonuçlarıyla karşılaşmamak için başka olumsuz davranışlar geliştirmektedirler. Bu özellikleriyle tıknırcasına yeme bozukluğundan

ayrılmış olurlar. Bu olumsuz davranışlar; kendini kusturmak, kilo kaybettirecek ilaç kullanmak, çok fazla enerji harcamak için çok yoğun egzersiz yapmaktır (61).

Bireyin kısa sürede başka birine göre oldukça fazla miktardaki yiyeceği yemesi, bu süreçte kendini kontrol edememesi, bu davranışın devamında vücut ağırlığının artmasını engellemek için yediklerini kusması, ilaç kullanması (diüretik, laksatif gibi), kendini aç bırakması, aşırı egzersize yönelmesi, birbirini takip eden kontrolsüz yeme ardından telafi etme çabası içine girdiği durumun üç aylık periyodlar ile haftada en az bir kez olması, vücut ağırlığı ve görünümü ile kendini anlamlandırma tanıda dikkat çeken noktalardır (59).

4.3.5.6. Tıkınırcasına yeme bozukluğu

Bireyin yeme davranışını denetim altına alamaması durumudur. Yani birey ne yediği, ne kadar yediği ve ne kadar sürede yediğinin bilincinde olmayabilir (62).

Bireyin birim zamanda, başka birine göre oldukça fazla miktardaki yiyeceği yemesi, bu süreçte kendini kontrol edememesi, aşırı hızlı yeme eylemi, aşırı tokluk hissine rağmen yemesi, aç hissetmediği halde yemesi, bu yeme davranışlarından utanıp yeme eylemini yalnız gerçekleştirmesi, bu sürecin ardından kendini suçlu hissetmesi, bu durumun bireye sıkıntı vermesi, ancak telafi yoluna gitmemesi ve birbirini takip eden bu durumun üç aylık periyodlar ile haftada en az bir kez olması tanıda önemli noktalardır (59).

4.3.5.7. Tanımlanmış diğer bir beslenme ve yeme bozukluğu

Tanımlanmış diğer bir beslenme ve yeme bozukluğu ifadesi, bireyin sergilediği beslenme davranışının sonucunda olumsuz etkilendiği ve tanı koymak için değerlendirildiğinde, şart olan kriterlerden birini sağlayamadığı için kesin tanısı koyulamayan beslenme bozuklukları için kullanılır (59).

Bu sınıflamada; tüm tanı kriterlerini sağladığı halde düşük kiloda olmayanlar için “değişik tür (atipik/atipikal) anoreksiya nervoza” ifadesi kullanılmaktadır. Mide küçültme ameliyatı olan bireylerde görülebilmektedir. Tüm kriterleri sağladığı halde sorunlu davranışın tanı kriterlerinde belirtilenden daha az sergilenmesi ile “bulimiya nervoza (düşük sıklıkta ve/veya sınırlı süreli)” ya da “tıkınırcasına yeme bozukluğu

(düşük sıklıkta ve/veya sınırlı süreli)” ifadeleri kullanılmaktadır. Kontrolsüz yeme davranışı olmadığı halde vücut ağırlık kaybını sağlamak için yediklerini çeşitli yöntemlerle çıkarma durumu “çıkarma (purging) bozukluğu” olarak adlandırılır. Uykudan uyanarak veya akşam öğün sonrası fazla miktarda besin tüketiminin tekrarlanması durumunda “gece yemek yeme bozukluğu” ifadesinin kullanılması da örnek olarak verilebilir (5,59).

4.3.5.8. Tanımlanmamış beslenme ve yeme bozukluğu

Sorunlu beslenme davranışının olduğu ve bireyi olumsuz açıdan etkilediği bilinen ama tanı kriterlerini tam karşılayamadığı için belirlenemeyen bozukluklardır. Klinisyenler tarafından tanının konulabilmesi için gereken bilginin yetersiz olması halinde bu ifade kullanılmaktadır (5,59).

4.4. Ortoreksiya Nervoza

Son yıllarda sağlık uzmanlarının oldukça üzerinde durduğu kavram olan ON yani “sağlıklı beslenme takıntısı” özellikle beslenmeye bağlı oluşan hastalıklardan kaçmak için kendilerine her açıdan zorlu bir beslenme düzeni yaratan bireyleri tanımlamak için kullanılmaktadır (10,11).

Ortorektikler oldukça kısıtlayıcı bir beslenme tarzını benimseyip, besin çeşitliliğini oldukça azalttığı için besin ögesi eksiklikleri bakımından riskli grup olarak değerlendirilmektedir (9). Bununla birlikte henüz DSM-5 tanı kriterleri kitabında yer verilmemiştir (5).

Bu bireyler besinler yoluyla bulaşan hastalıklardan ve oluşabilecek zehirlenmelerden kendilerini korumak için besin tercihlerinde ve beslenme davranışlarında her zaman “sağlığı” göz önünde bulundurmaktadır. Bu tercih süreci onları; psikolojik, fizyolojik ve sosyal açıdan takıntılı hale getirmekte ve normal davranışların tamamen dışında hareket etmelerine neden olmaktadır (11). Ayrıca bu bireyler; katı kurallar içeren diyetlerin zorlayıcılığı arttıkça, diyete daha iyi uyduklarını ve beslenme konusunda kendileri gibi düşünenlerle bir arada olmayı tercih ettiklerini bildirmişlerdir (10).

Ortoreksiyada, anoreksiya ve bulimiyadaki nicellikten (kilo kaybı) çok nitel olgular (saf ve doğal besin) üzerinde durulmaktadır. Bireylerde trajik fiziksel sonuçlar beklenmemekle beraber; bir kadının çok katı diyet uygulaması sonucu açlığa bağlı kalp krizi nedeniyle ölüm vakası literatürde yer almaktadır (10).

Bireylerdeki bu saplantılı hal; tek tür besine yönelme (örneğin çiğ sebze, belli renk besinler), belli bir yemek pişirme tekniğini kullanma veya kullandıkları mutfak malzemelerinin yapıldığı materyali sorgulama gibi davranışların mevcut olabileceğinin altı çizilmiştir (63). Tüketecekleri besinlerde pestisit, herbisit ya da yapay madde bulunmasını kesinlikle kabul etmemektedirler (54).

Bireylerin daha sağlıklı olmak veya form kazanmak için uyguladığı diyetler tam tersi bir etkiyle; sağlığa zarar verme, malnütrisyonu neden olma gibi sonuçlar doğurabilmektedir. Sınırlamalar getiren ve besin çeşitliliği içermeyen bu diyetler, bireyin besin öğeleri eksikliği yaşamalarına neden olabilmektedir. Uzun süre bu tarz diyetleri takip eden bireylerde sağlık sorunlarının görülmesi kaçınılmaz bir sorun olarak kabul edilmekle birlikte; kısa süreli uygulamaların da bireylere zarar verdiği savunulmaktadır (10).

Yeme bozukluklarında bazı ortak noktalar mevcuttur. Örneğin ortorektik bir birey, sıkı sınırlar belirleyerek oluşturduğu sağlıklı beslenme modelinin niteliklerine göre zaman zaman ciddi ağırlık kayıpları yaşayabilir. Bu durum anoreksiya nervozayı düşündürse de vücut ağırlık kaybı ortorektikler için bir amaç değil, doğal bir sonuç olarak ortaya çıkmaktadır (54,64).

Ortorektikler tercih ettikleri beslenme tarzının onlar için üstün bir nitelik (erdem) olduğunu belirtmektedir. Ancak bu durum onları; kusursuz tercihler yapmaya, çevresinden uzaklaştırmaya ve pek de iyi sayılmayacak bir ruh haline itmektedir. Bu olumsuzluklar birçok yeme bozukluğunda mevcuttur (10).

4.4.1. Ortorektiklerde görülen başlıca davranış bozuklukları

- Sağlıklı besinlerin satın alınması ve hazırlanması için çok uzun zaman harcamak,
- Sağlıklı beslenme davranış ve alışkanlıklarına sahip olmayı üstün bir nitelik olarak görmek,
- Sağlıklı beslenebilmek için tercih ettiği beslenme davranışları ile sıkı bir diyet modeli uygulamak ve bu modelin dışına çıktığı zamanlarda, kendine katı sınırlamalar koymak,
- Oluşturduğu beslenme modelinin dışına çıktığı zamanlarda, kendine kızmak hatta nefret etmek, suçluluk duymak gibi duygular hissetmek,
- Kendisi için en önemli şeyin sağlıklı beslenme olduğunu düşünüp, bunu sağlayabilmek için vazgeçtiği şeyleri (diğer bireysel ihtiyaçları, sosyal çevresi) önemsememek şeklinde sıralanmaktadır (54,65).

4.4.2. Önerilen ortoreksiya nervoza tanı kriterleri

A KRİTERİ: Doğrudan sağlıklı ve kaliteli besin tercihi ile ilgili maddeler (bunlardan en az 2 tanesinin görülmesi).

1. “Saf” besin tüketmek amacıyla dengeli bir beslenme planının olmaması,
2. Eğer “saf” ya da “sağlıklı” besin tüketmezse, bu durumda hem psikolojisinin hem de bedensel sağlığının kötüye gideceği konusunda kaygılanmak,
3. Sağlığını olumsuz etkileyeceği düşüncesiyle besinlere eklenecek herhangi bir katkı maddesini tüketmemek için besin alımını aşırı kısıtlamak,
4. Sağlıklı besinlerin satın almak ve hazırlamak için günün en az 3 saatini harcamak,
5. Kendine göre doğru olan besinlerin dışında bir besin tüketirse kaygılanmak ve pişman olmak,
6. Diğer bireylerin besinler için söyledikleri şeyleri duymaya dayanamamak,

7. Kendince doğru olduğuna inandığı besinleri temin edebilmek için fazla para harcamaktır.

B KRİTERİ: A Kriterlerinin en az 2'sine ek olarak, bu kriterlerden birinin de sağlanıyor olması durumun ciddiyetini artırmaktadır.

1. Uyguladığı beslenme planına bağlı olarak vücut sağlığında bozulma,

2. Uyguladığı beslenme planına bağlı olarak toplumdan ayrılmaktır.

C KRİTERİ: ON, sadece psikiyatrik bozukluklardan birinin (şizofreni, obsesif kompulsif bozukluk gibi) alevlenmesi olarak görülmemektedir.

D KRİTERİ: Bireyin sağlığı için şart olan bir diyet uygulaması veya kesin olarak bilinen bir besin alerjisi veya sadece dini ve kültürel inanışlar nedeniyle tüketmediği besinlerin olması durumları olabilir. ON'da bu durumlar ile ilişkilendirilerek bir açıklama getirmek uygun görülmemektedir (66).

4.4.3. Ortoreksiya nervozada tedavi önerisi

Yaşam için ciddi riskler oluşturabilecek yeme bozukluklarının tedavisinde olduğu gibi ON'un tedavisinde de farklı yaklaşımların olabileceği, çoklu tedavi ve terapilere başvurmak gerekebileceği belirtilmektedir. ON'lu bireylerin beslenme konusundaki saplantıları farklılık gösterebildiği için, öncelikle bireydeki ON'a ait özelliklerin belirlenmesi gereklidir. Geliştirdiği beslenme alışkanlığı sonucunda, görülebilecek besin ögesi eksiklikleri tespit edilmelidir. Bireyin fiziksel ve ruhsal durumu değerlendirilmeli, aile ve sosyal ilişkileri incelenmelidir (67).

Bireylerin bilişsel tedavi ve beslenme danışmanlığı ile desteklenmesi gerektiği belirtilmektedir. Birey tarafından uygun görülmeyen besinlerle yüzleştirilmesi yoluna gidilmesi öneriler arasındadır. Sınırlı besin tüketimi nedeniyle vücut ağırlık kontrolü yapılmasının ve doğru beslenme bilgisinin verilmesinin de altı çizilmiştir (5).

Yeme bozukluklarının birçok nedeni olmakla birlikte özellikle beden memnuniyetsizliği, düşük beden saygısı, beden algısı gibi bireye ait faktörler ile ilişkisi belirtilmiştir (68).

4.4.4. Yeme bozukluklarının tedavisi

Yeme bozukluğu olan bireylerin, kendilerinde normal olmayan yeme davranışlarının olduğunu kabul edip, tedaviye uyum göstermeleri gerekir. Bu durum birey için pek kolay olmamakta, yeme bozukluğu tedavisini yarıda bırakanların oranının oldukça fazla olduğu bildirilmektedir. Tedavinin tamamlanamamasının nedenlerine yönelik yapılan araştırmalarda, tedaviye ve bireye bağlı pek çok faktörün olduğu görülmüştür. Bu nedenle tedaviden sonuç alınabilmesi için, tedavinin çok yönlü olması gerekmektedir (69). Aynı zamanda tedavi sürecinde farklı disiplinlerin (psikiyatrist, diyetisyen, psikolog gibi) birlikte çalışması gerekir. Bu ekibin ilk yapacağı şey hastanın kendilerine güvenmesini sağlamaktır (70).

Tedavide temel yaklaşımlar;

- Hastalarda yeme bozukluğuna eşlik eden depresyon, obsesif kompulsif bozukluk, anksiyete, değiştirilemeyen düşünce ve davranışlar için psikiyatrik ilaç (antidepresan, antipsikotik) tedavileri,
- Hastanın yaşadığı travmatik bir olayın ve/veya kendine fiziksel ya da ruhsal zarar veren davranış ve düşüncelerini düzeltmek üzere yapılan psikoterapiler,
- Bireysel ya da grup şeklinde, hastanın besin ve beslenmeye dair doğru bilgiler edinmesini ve doğru davranışlar geliştirmesini sağlamak, bedeni hakkındaki gerçek dışı düşüncelerden kurtulması için ekibin sürekli fikir alışverişinde bulunarak uygulanan bilişsel davranışçı terapiler,
- Hastanın tedaviye istekli olmasını sağlamaya yönelik motivasyonel terapiler,
- Hasta eğer ailesinin yanında yaşıyorsa, aile terapileri,
- Hastanın yaşı, boyu ve cinsiyeti gibi durumlar izlenerek en uygun ideal vücut ağırlığına ulaşmasını ve sürdürülmesini sağlayan, uygun enerji içeren beslenme programının hazırlandığı, takip edildiği, hastaya doğru beslenme davranışlarının kazandırılmasına yönelik beslenme tedavilerinin uygulanmasıdır (69,71).

4.5. Beden Kavramı

Beden kelimesinin sözlük anlamı; “canlı varlıkların maddi bölümü, vücut” olarak tanımlanmıştır (72). Beden toplumun denetiminde olan ayrıca toplumu da etkileyen toplumsal ve kültürel bir semboldür (73).

İnsan bedeni; diyet, giyim, sağlık, yaşlanmanın önlenmesi, gerekli özenin gösterilmesi gibi olgularla çevrelenmiştir. Bu çevrelemeye bağlı olarak da bedene büyük bir önem yüklenmiştir. Bilhassa kadın bedeni sürekli bir tüketim maddesi halini almaya başlamıştır (74).

Beden, insanın içinde yaşadığı topluma kendini anlatabilmesi ve diğer insanlar üzerinde etki bırakabilmesi yönünden ciddi bir önem taşımaktadır. Yani sözsüz iletişimde önemli bir rolünün olduğu söylenebilir. Sözsüz iletişimin ise toplumda önemli bir yeri olduğu bilinmektedir (75).

Toplumun beden için çizdiği sınırlar ile birey, kontrol altında tutularak toplumsal bir ahenk oluşturulması hedeflenmektedir. Bireyin dış görünüşüne özen göstermemesi ya da beden bakımını ihmal etmesi ahlaki bir problem olarak görülebilmektedir. Sonuç olarak bireyde, oluşturulan bu ahengin dışında kalması durumunda ötekileştirileceği endişesi oluşturulmaktadır (74).

Toplumun yönlendirmeleri ile kültüre göre değişebilecek güzellik kavramına ve toplumda daha itibarlı bir konuma sahip olabilmek için, farklı yollara (diyet, spor, makyaj, cerrahi işlemler, sağlıklı yaşam biçimleri) başvurulmaktadır (75). Fakat kozmetik, moda, güzellik kavramlarıyla bireyin ruhsal stres içinde yaşadığı da savunulmaktadır. Çünkü bireyin sahip olduğu beden algısı, içinde bulunduğu toplum ile uyum içinde olmazsa mutsuzluk söz konusu olmaktadır (74).

Estetik cerrahi 19. yüzyılda yaygın olarak kullanılmaya başlanmışsa da 20. yüzyılda bu cerrahi, insanlar arasında ciddi bir ilgi odağı olmuştur. Davis’e (76) göre bu ilginin en temel sebebinin sıradanlaşmak olduğu belirtilmiştir.

Estetik operasyon olmaya karar veren bir bireyin içinde bulunduğu psikoloji, yapılacak ameliyatın başarısı ile doğrudan ilişkili görülmektedir. Bunun nedeni, hastanın ameliyat sonrası kendini beğenme beklentisine bağlıdır. Bunu, ameliyatı

yapacak olan cerrahın çok iyi anlamasının gerekliliği üzerinde durulmaktadır. Estetik cerrahiye başvurmanın ruhsal bir bozuklukla ilişkili olacağı görüşü de var olduğu için bu konu oldukça ilgi çekmektedir. Bu konu üzerine yapılan çalışmaların da farklı sonuçlar ortaya koyduğu görülmektedir (77).

İnsanların, güzellik ve sağlık için bedenlerine cerrahi işlemlerle müdahale edildiğine ait eski çağlarda da bulgulara rastlanmıştır. Bazı dönemlerde insan bedeni dokunulmaz bir tabu halini alsa da ilerleyen bilim ve kültürel etkileşimler, bedenin görünüşü üzerinde söz sahibi olmaya devam etmiştir. İnsanların estetik cerrahiden farklı beklentileri vardır ve beden kişinin toplum önündeki ilk temsilcisidir. İlk etkileme aracı konusunda insan, kendine güvenmek istemektedir. Estetik cerrahiye başvuranlar arasında sağlıklı bedenlere sahip, dar-orta-yüksek gelirli bireylerin olması da dikkat çekicidir (75).

Geçmişte iri yapıdaki kadın bedeni, toplum tarafından daha çok beğenilmiştir. Bunun nedeni iri yapıdaki kadının, baba veya koca yani bir erkek için sahip olduğu maddiyatın bir göstergesi olarak görülmesidir. Ancak günümüzde bu algı tamamen tersine dönmüştür (78). Küreselleşen dünyada güzellik ve ince yapı genel olarak beraber kabul gören kavramlardır. Güzel kadın, zayıf kadındır algısı egemendir (78,79). Güzelliğin, ince bir bedene sahip bireylere ait bir kavram olarak kabul edildiği toplumlarda, özellikle kitle iletişim araçlarında bu iki kavram arasındaki ilişki açıkça veya gizli olarak sık sık işlenmektedir (79).

Normal vücut ağırlığına sahip kadınların bile görünümünden memnun olmayıp, kilo kaybetmeye çalışmalarının kültürel boyutunun altı çizilmekte; bu durumun da ruhsal, fiziksel ve maddi olarak ciddi sorun oluşturduğu belirtilmektedir. Ayrıca saplantılı veya mükemmeliyetçi ruh haline sahip bireylerde, bu durum yeme bozuklukları ile kendini gösterebilmektedir (80). Güzel olmak isteyen bireylerin ince bir bedene sahip olma isteği ile birlikte birçok diyet denemesi ve egzersiz yaptığı bilinmektedir. Özellikle yapılan diyet uygulamalarının yeme bozukluklarına neden olma ihtimali yüksek görülmektedir (57).

Yapılan bir çalışmada, estetik cerrahiye başvuran 25 hastadan birinde beden algısı bozukluğu olduğu bildirilmiştir (81). Başka bir çalışma da ise beden algısı bozukluğunun bu bireylerde var olduğunu gösteren bir veri elde edilmemiştir (82).

4.5.1. Beden algısı ve etkileyicileri

Bireyin kendisi ve çevresindekilerin gözünde, bedeni hakkındaki bilgi ve düşüncelere ilişkin zihinde oluşturduğu tablo beden algısını ifade etmektedir (14). Beden algısı, yaşamın ilk yılının sonlarında bireyin, kendi varlığının çevresindekilerden ayrımını yapabilmesi ile başlar. Zaman ilerledikçe de sürekli bir gelişim ve değişim gösterir (83). Çocuk yaşta anlatılan masalarda, okunan kitaplarda, izlenen çizgi filmlerde iyi fiziksel özelliklere sahip kahramanlarla tanışılmaktadır. Böylece belli kavramlar zihinde oluşmaya başlamaktadır (84). Zihinde oluşturulan bu tablonun, benlik saygısı ile de yakın bir ilişki içinde olduğu belirtilmektedir (85). İyi beden algısının, bireyin pozitif ruh haline sahip olmasına çok fazla katkı sağladığı savunulmaktadır (14).

Literatürde, “beden algısı” sözcüğünün yerine; beden imgesi, beden egosu veya beden sınırı sözcüklerinin kullanıldığına da rastlanmaktadır (86).

Tarihsel süreç içinde beden algısını meydana getiren özellikler (incelik, iri vücut vs.) değişmekte ve çoğu birey yaşadığı döneme egemen olan bu özelliklere sahip olamamaktadır. Bu durum da onların kendi beden algılarından memnun olmamalarına sebep olmaktadır. Bireyin içinde bulunduğu bu durum psikolojisini etkileyebilir ve onu toplumdaki soyutlayabilir, cerrahi işlemlere yöneltebilir. Kitle iletişim araçlarının bu duruma katkı sağladığını savunan birey sayısı oldukça fazladır. Bireylere, istedikleri bedene sahip olabileceklerini vadeden birçok pazar (estetik cerrahi, besin, diyet vs.) ortaya çıkmıştır ve çıkmaya da devam etmektedir (74).

Geçmişten günümüze toplumun kabul ettiği beden niteliklerine ve standartlarına sahip olma isteği, beden algısının oluşumundaki en önemli faktördür. Gelişen ve sürekli boyut değiştiren teknoloji sayesinde bu kabul gören standartlar daha çok bireye ulaşmış ve yerini daha da sağlamlaştırmıştır (87).

Tüketim ortamında birçok nedenden kaynaklanan beden algısı memnuniyetsizliği yaşanmaktadır (74). Bireyin beden memnuniyeti ile kendisinden memnun olması arasında bir ilişki söz konusudur (88).

Bireyin sahip olduğu beden algısı, içinde yaşadığı toplumdaki, o toplumun tarihinden, psikolojik ve biyolojik etmenlerden etkilenmektedir. Topluma ait kültür, bir kitle iletişim aracı olan televizyonun, yayın akışını da doğrudan etkilemektedir. Televizyon ise bireylerin özellikle beden algısı oluşumunda ciddi bir etki göstermektedir. Bu etkiler sonucunda; erkekte uzun boy, geniş omuz, kaslı yapı; kadında ise ince ve gerçeği yansıtmayan beden standartları, güzel gülümseme, güzel saçlar gibi özellikler beklenmektedir (74).

4.5.2. Beden algısı bozukluğu (Vücut dismorfik bozukluğu)

Beden algısı, bireysel ve toplumsal tüm yaşamışlıklardan etkilenir. Bireyde her zaman doğru ve gerçekçi bir algı oluşmayabilir. Beden bölümlerine ve fonksiyonlarına farklı anlamlar da yüklenebilir (87).

Bireyin fiziksel özelliklerine dışarıdan bakıldığında; göze çarpan ya da herhangi bir önem taşımayan ancak birey tarafından oldukça fazla takıntı yapılan kusurlarının olması, bireyin bu nedenle takıntılı bir şekilde tekrarlayan düşünce ve davranışlar sergilemesi, bu durumun bireyin hayatını olumsuz etkilemesi tanı koymada önemli noktalardır (59).

4.5.3. Beden algısı ve beslenme davranışı arasındaki ilişki

Bireyin uyguladığı beslenme programları ile beden algısı ve bedeninden memnun olması arasında ilişkiler bulunmuştur. Daha çok yaşamın erken dönemlerinde görülmeye başlayan ve gelişen bazı yanlış yeme davranışları, yeme bozukluklarının ortaya çıkmasına temel hazırlamaktadır (14).

Güzelliğin gerekliliği haline gelen standartlara sahip olma çabasındaki bireyler, beslenme tercihlerini de bu çabayı destekleyecek şekilde yapmaktadır. Ancak uyguladıkları bu beslenme programları, bazı bireylerde bazen amacını aşmaktadır (87). Örneğin güzel olduğunu hissedebilme düşüncesi, bireyin zihninde

zayıflıkla özdeşleşmiş ise bireyler bu isteklerine ulaşabilmek için ciddi sağlık sorunlarına neden olabilecek yeme bozuklukları ile baş başa kalabilmektedir. Bu nedenlerden kaynaklı yeme bozukluklarının adölesan dönemindeki kızlarda, daha sık görüldüğünü gösteren çalışma sonuçları vardır (89). Bireyler, beden ağırlığı ve biçiminden memnun olmama duygusuna sahip olup, kendilerini sık sık olumsuz düşünceler içinde bulabilirler. Yemekler ve yeme davranışları da düşüncelerinde oldukça fazla yer alır. Bu durumun onları birçok açıdan etkilediğinin farkındadırlar (77).

Bireyin genel sağlık sorunları yaşamasına da neden olabilecek yeme bozuklukları, genel olarak beden ağırlığı ve biçimi ile ilgili olumsuz düşünce ve duygularla birlikte değerlendirilmektedir (87). Bu nedenle, özellikle yeme bozuklukları ve beden algısı konularını kapsayan araştırmaların gerekliliği vurgulanmaktadır (14).

5. METOT VE MATERYAL

5.1. Araştırmanın Kapsamı, Yeri ve Zamanı

Bu araştırma, Kasım 2018- Mayıs 2019 tarihleri arasında, İstanbul İçerenköy Bayındır Hastanesi'nde liposuction ameliyatı olan, yetişkin (18-65 yaş aralığında) 58 gönüllü kadın birey ile yapılmıştır. Kesitsel tipte ve tanımlayıcı bir araştırmadır.

Araştırmanın yapılabilmesi için, İstanbul Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı'nın 10840098-604.01.01-E.47617 sayılı ve 30/10/2018 tarihli "Etik Kurul Onayı" alınmıştır. Araştırmanın İstanbul İçerenköy Bayındır Hastanesi'nde liposuction ameliyatı için yatışı yapılan bireyler üzerinde yapılabilmesi için İstanbul İçerenköy Bayındır Hastanesi Tıbbi Direktörlüğü'ne Taahhütname" (Ek 1) sunulurak "Çalışma İzin Belgesi" (Ek 2) alınmıştır. Araştırmaya dahil edilen bireylerden de "Asgari Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu" (Ek 3) alınmıştır.

5.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

Bilgilendirme sonrası araştırmaya katılmak istemeyen, anket uygulama sırasında devam etmek istemeyen ve olur formunu imzalamayan bireyler araştırmaya dahil edilmemiştir.

5.3. Araştırmanın Hipotezleri

H1: Liposuction ameliyatı olan kadınların ON eğilimleri yüksektir ve beslenme alışkanlıkları ON eğilimlerini etkiler.

H2: Liposuction ameliyatı olan kadınlar, düşük beden algısına sahiptir ve VKİ'leri ile fiziksel aktivite durumları beden algılarını etkiler.

H3: ON eğilimi ile beden algısı arasında ilişki vardır.

5.4. Verilerin Toplanması

Gönüllülere araştırmacı tarafından araştırma hakkında bilgilendirme yapılmış ve ‘‘Asgari Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu’’ imzalatılarak çalışmaya kendi istekleri ile katıldıkları belgelenmiştir.

Araştırma kapsamında araştırmacı tarafından gönüllü katılımcılara yüz yüze görüşme tekniği ile bir anket formu (Ek 4) uygulanmıştır. Bu ankette gönüllü katılımcıların; kişisel bilgileri, beslenme alışkanlıkları, besin tüketim sıklıkları sorgulanmıştır. Ayrıca anket formuna dahil edilerek ORTO-11 Ölçeği (ORTO-11) ve Beden Algısı Ölçeği (BAÖ) uygulanmıştır.

Kişisel bilgiler bölümünde gönüllü katılımcıların; yaş, medeni hal, eğitim düzeyi, gelir durumu, var olan kronik hastalıkları, ilaç, vitamin-mineral desteği, sigara, alkol kullanımı, fiziksel aktivite durumu ve plastik-estetik ameliyat öyküleri sorgulanmıştır. Boy ve vücut ağırlığı bilgileri ‘‘seca 796’’ boy ölerli dijital yetişkin terazisi ile ölçülerek kaydedilmiştir. Beslenme alışkanlıkları bölümünde; bireylerin öğün tüketim sıklıkları, diyet öyküleri, beslenme ile ilgi bilgilere nereden ulaştıkları, tercih edilen pişirme yöntemi, günlük su tüketimi ve tercih edilen sıvılar sorgulanmıştır. Besin tüketim sıklığı anketinde; besin gruplarına ve ON eğilimi yüksek olan bireylerin bazı besinleri temin etme şeklini önemseyeceği düşünöldüğü için sağlandığı kaynağa (market ya da ev yapımı/doğal/organik) göre besin tüketim sıklıkları sorgulanmıştır.

5.4.1. ORTO-11 ölçeği

ORTO-11 ölçeği, 15 maddeden oluşan ve ON eğilimini belirlemek amacıyla Donini (90) tarafından, Bratman’ın uyguladığı testteki sorular üzerinde değişiklik (soru çıkarma ya da ekleme-daha anlaşılır hale getirme vs) yaparak oluşturulmuştur. Hazırlanan sorular ile ‘‘her zaman’’, ‘‘sık sık’’, ‘‘bazen’’ ve ‘‘hiçbir zaman’’ seçeneklerinden birinin seçilebileceği 4’lü likert tipi bir ölçek oluşturulmuştur. Birinci ve 13.’cü soruların farklı bir puan sıralaması varken ‘‘3, 4, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 15’’ numaralı sorular ile ‘‘2, 5, 8, 9’’ numaralı sorularda tam tersi puan sıralaması yapılmaktadır. Bu puanlama sistemine göre alınabilecek en düşük puan 15, en

yüksek puan 60 olup düşük puan alma ortoreksiya eğiliminin daha yüksek olduğunun göstergesidir. Yani normal olmayan yeme davranışlarına verilen puan 1 iken, normal davranışlar 4 ile puanlandırılmaktadır. Ölçeğin kesim puanı ise 40 olarak belirtilmiştir. ON eğiliminin tespiti için hazırlanan ölçek ile duygusal ve rasyonel değerlendirme yapılmak istenmiş, dolayısı ile “1, 5, 6, 11, 12, 14” numaralı sorular kognitif rasyonel alanı; “2, 4, 10, 13” numaralı sorular duygusal alanı; “3, 7, 8, 9, 15” numaralı sorular ise klinik alanı tespit etmeye yönelik hazırlanmıştır.

Ölçeğin Türkçe’ye uyarlaması Arusoğlu ve ark. (91) tarafından yapılmıştır. Uyarlama çalışmasında “1, 2, 9 ve 15” numaralı soruların çıkarılması sonucu geriye kalan 11 soru ile ölçeğin daha fazla işlerlik kazanacağı görüşü sunulmuş, ancak daha fazla araştırmanın yapılması gerekliliği vurgulanmış ve bu nedenle ORTO-11 ölçeği olarak isimlendirilmiştir.

5.4.2. Beden algısı ölçeği

Secard ve Jurard (92) bireyin beden memnuniyetini benlik ile ilişkilendirmiş ve 1953 yılında orijinal ismi Body-Cathexis Scale (BCS) olan Beden Algısı Ölçeği’ni (BAÖ) geliştirmişlerdir. Orijinal ölçek, beden bölüm ve işlevlerinin yanı sıra benliğin de değerlendirildiği iki ayrı bölümden oluşmaktadır (93). Günümüzdeki kullanılan ölçek, bedenin bölüm ve işlevlerinden memnuniyeti sorgulamaktadır. Güncel ölçek, 40 maddeden oluşmaktadır. Dilimize ve Türk toplumuna uyarlamasını yapan Hovardaoğlu, geçerlik ve güvenirlik çalışmalarını 1992’de tamamlamıştır. Bu 40 maddelik ölçekte, beden bölüm veya işlevinden memnuniyet en fazla ise “çok beğeniyorum” yani “5”, en az ise “hiç beğenmiyorum” yani “1” şeklinde cevaplanmaktadır. Ölçekten en fazla 200, en az 40 puan alınabilmektedir. Düşük beden algısı 135 ve altındaki altındaki değerler için kabul edilmiştir. Beş dereceli ölçeğin diğer cevapları ve alınabilecek cevapları ise; “oldukça beğeniyorum=4”, “kararsızım=3” ve “pek beğenmiyorum=2” şeklindedir.

5.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmaya başlarken kadınlar ve erkekler araştırmaya dahil edilmiştir. Ancak erkek katılımcı sayısı (erkeklerin daha az liposuction ameliyatı olması,

araştırmaya katılmak istememeleri gibi nedenlerden) çok az olmuştur. Bu nedenle, İstanbul Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı'nın 10840098-604.01.01-E.17718 sayılı ve 25/06/2020 tarihli "Değişiklik Onayı" ile araştırma sadece kadınların dahil edildiği bir araştırmaya dönüştürülmüştür.

5.6. İstatistiksel Analizler

Elde edilen veriler, IBM SPSS Statistic 22.0 paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Ölçek puanlarının sayı, yüzde, ortalama \pm standart sapma, alt üst değerleri verilmiştir.

Sayısal bulguların normallik dağılımını tespit etmede; histogram grafiği, varyasyon katsayısı, skewness-kurtosis değerleri, detrended plot ve Kolmogorov-Smirnov testi kullanılmıştır. Sayısal değişkenlerin arasındaki ilişki Pearson korelasyon testi ile değerlendirilmiştir. İki grubun sayısal değişkenleri arasındaki farkın tespitinde Independent T Testi, ikiden fazla grubun sayısal değişkenleri arasındaki farkın tespitinde ise One Way Anova testleri, varyansların homojenliğin dağılımının tespitinde Levene Testi kullanılmıştır. Analizlerde p değerleri 0,05 altında olan değerler anlamlı olarak kabul edilmiştir.

6. BULGULAR

Araştırmaya katılan 58 kadın bireyin, bulguları ve istatistiksel analizler bu bölümde sunulmuştur.

6.1. Kişisel Bilgiler

Katılımcıların kişisel bilgileri Tablo 6.1.1’de gösterilmiştir. Yaş ortalaması $37,6 \pm 8,5$ yıl olan bireylerin, %37,9’u 30-39 yaş, %34,5’i 40-49 yaş aralığındadır. Bireylerin medeni halleri sorgulandığında, %48,3’ü evli, %51,7’si bekar olduğunu belirtmiştir. Eğitim düzeyleri açısından bireylerin, %24,1’i lise, %67,3’ü üniversite ve dengi mezuniyete sahiptir. Bireylerin, %32,8’i hiç bir işte çalışmadığını belirtirken, %53,4’ü sağlık dışı bir alanda çalışmaktadır. Gelir durumu sorgulamasında ise, %10,3’ü düşük, %70,7’si orta, %19,0’ı yüksek gelir düzeyindedir.

Tablo 6.1.1: Kişisel bilgiler

Kişisel bilgiler	Sayı	%
Yaş (yıl)		
18-29	12	20,7
30-39	22	37,9
40-49	20	34,5
50-65	4	6,9
Yaş ortalaması \pm SS (yıl)	$37,6 \pm 8,5$	
Medeni hal		
Evli	28	48,3
Bekar	30	51,7
Eğitim düzeyi		
İlkokul	5	8,6
Lise	14	24,1
Üniversite ve dengi	39	67,3
Çalışma alanı		
Çalışmıyor	19	32,8
Sağlık alanı	8	13,8
Sağlık dışı alan	31	53,4
Aylık gelir		
Düşük	6	10,3
Orta	41	70,7
Yüksek	11	19,0

Katılımcıların hastalık ve ameliyat öyküleri ile ilaç ve vitamin-mineral desteği kullanımları Tablo 6.1.2’de gösterilmiştir. Bireylerin %60,6’sının hekim tarafından tanısı konulmuş kronik bir hastalığı vardır ve %37,9’u bu nedenle düzenli olarak ilaç kullanmaktadır. Kronik hastalık varlığı önemsenmeksizin bireylerin yalnızca %12,1’i düzenli olarak bir vitamin ya da mineral desteği almaktadır.

Bireylerin %51,5’ine liposuction ameliyatı ile birlikte herhangi bir plastik-estetik ameliyat yapılmazken, %19,1’ine abdominoplasti yapılmış; %44,9’u daha önce herhangi bir plastik-estetik ameliyat geçirmezken, %17,4’ü mamoplasti ameliyatı geçirmiştir.

Tablo 6.1.2: Hastalık ve ameliyat öyküleri ile ilaç ve vitamin-mineral desteği kullanımları

Hastalık, ameliyat öyküsü, ilaç, vitamin-mineral desteği kullanımı	Sayı	%
Kronik hastalık		
Var	30	60,6
Yok	28	39,4
Hastalığa bağlı ilaç kullanımı		
Kullanıyor	22	37,9
Kullanmıyor	36	62,1
Vitamin – mineral desteği kullanımı		
Kullanıyor	7	12,1
Kullanmıyor	51	87,9
Birlikte yapılan ameliyat*		
Abdominoplasti	13	19,1
Mamoplasti	9	13,2
Popo estetiği	5	7,4
Diğer	6	8,8
Yok	35	51,5
Önceden yapılan ameliyat*		
Abdominoplasti	6	8,7
Mamoplasti	12	17,4
Popo estetiği	1	1,5
Liposuction	7	10,1
Diğer	12	17,4
Yok	31	44,9

*Çoklu yanıt olduğu için toplam sayı örneklem hacmini geçmektedir.

Katılımcıların bazı sağlıklı yaşam alışkanlıkları Tablo 6.1.3'te verilmiştir. Katılımcıların %39,7'si sigara, büyük çoğunluğu (%67,2) alkol kullandığını, %29,3'ü gün içinde hareketsiz olduğunu ve düzenli egzersiz yapmadığını belirtmiştir.

Tablo 6.1.3: Bazı sağlıklı yaşam alışkanlıkları

Alışkanlıklar	Sayı	%
Sigara kullanımı		
Kullanıyor	23	39,7
Kullanmıyor	35	60,3
Alkol kullanımı		
Kullanıyor	39	67,2
Kullanmıyor	19	32,8
Fiziksel aktivite durumu		
Hareketsiz ve düzenli egzersiz yapıyor	8	13,8
Hareketsiz ve düzenli egzersiz yapmıyor	17	29,3
Hareketli ve düzenli egzersiz yapıyor	11	19,0
Hareketli ve düzenli egzersiz yapmıyor	22	37,9

6.2. Antropometrik Ölçümler

Bireylerin boy uzunluğu ortalaması $162,5 \pm 6,6$ cm, vücut ağırlık ortalamaları $71,7 \pm 12,2$ kg, VKİ ortalaması $27,1 \pm 4,4$ kg/m^2 'dir (Tablo 6.2.1).

Tablo 6.2.1: Antropometrik ölçümler

Ölçümler	Ort \pm SS	Alt	Üst
Boy (cm)	$162,5 \pm 6,6$	149	175
Vücut ağırlığı (kg)	$71,7 \pm 12,2$	52	98
VKİ (kg/m^2)	$27,1 \pm 4,4$	20,3	37,7

Katılımcıların VKİ sınıflaması ve kendi kilolarını değerlendirmeleri Tablo 6.2.2’de verilmiş, %32,8’i normal kiloda, %39,7’si fazla kiloda, %27,5’i obezdir. Kendi kilolarını değerlendiren bireylerin %22,4’ü kilosundan memnun, %77,6’sı ise kilosunun fazla olduğunu düşünmektedir. Hiçbir katılımcı düşük kiloda olduğunu düşünmemektedir.

Tablo 6.2.2: VKİ sınıflaması ve kendi kilolarını değerlendirme

Özellik	Sayı	%
VKİ sınıflaması		
Normal kilo	19	32,8
Fazla kilo	23	39,7
Obez	16	27,5
Kendi kilolarını değerlendirme		
Memnun olan	13	22,4
Fazla bulan	45	77,6

Katılımcıların %5,2’si (3 birey) fazla kilolu veya obez olduğu halde kilosundan memnun olduğunu, %15,5’i (9 birey) normal kiloda olduğu halde kendisini fazla kilolu bulduğunu belirtmiştir (Tablo 6.2.3).

Tablo 6.2.3: VKİ sınıflamasına göre kilolarından memnuniyet durumu

VKİ sınıflaması	Kilo memnuniyeti				Toplam	
	Memnun olan		Fazla bulan		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Normal kilo	10	17,2	9	15,5	19	32,8
Fazla kilolu veya obez	3	5,2	36	62,1	39	67,2
Toplam	13	22,4	45	77,6	58	100

6.3. Beslenme Alışkanlıkları ve Besin Tüketim Sıklıkları

Bireylerin öğün tüketim sıklıkları Tablo 6.3.1’de sunulmuştur. Kahvaltıyı %51,7’si her gün, %43,1’i bazen yapmakta, öğle yemeğini %44,8’i her gün, %37,9’u bazen, akşam yemeğini %67,2’si her gün, %25,9’u bazen yemektedir. Bireylerin %53,4’ü bazen ara öğün tükettiklerini belirtmiştir.

Tablo 6.3.1: Öğün tüketim sıklıkları

Öğünler	Her gün		Bazen		Hiç		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Kahvaltı	30	51,7	25	43,1	3	5,2	58	100
Öğle	26	44,8	22	37,9	10	17,3	58	100
Akşam	39	67,2	15	25,9	4	6,9	58	100
Ara öğün	19	32,8	31	53,4	8	13,8	58	100

Beslenme alışkanlıkları Tablo 6.3.2’de görülen katılımcıların %41,4’ü kendi çabası ile son bir yıl içinde zayıflamaya yönelik diyet yapmış, besinler ve beslenme ile ilgili bilgilerini %72,4 oranında kitle iletişim araçlarından (internet, gazete, dergi, TV) edinmişlerdir.

Bireylerin %93,1’i sağlıklı yemek pişirme yöntemlerini uygulamakta, %53,4’ü günlük 1-2 L arasında su tüketmekte, susama ihtiyacı olduğunda %82,8’i öncelikle su içmeyi tercih etmektedir.

Tablo 6.3.2: Beslenme alışkanlıkları

Beslenme alışkanlıkları	Sayı	%
Son bir yılda diyet yapma		
Evet (diyetisyen ile)	13	22,4
(kendi)	24	41,4
(diğer)	4	6,9
Hayır	17	29,3
Beslenme bilgi kaynağı		
İnternet, gazete, dergi, TV	42	72,4
Arkadaş	2	3,4
Diyetisyen	10	17,2
Doktor, hemşire	1	1,7
Bilimsel yayın, kitap	3	5,3
Yemek pişirme yöntemi		
Sağlıklı (tencere, haşlama, fırın, ızgara, buhar)	54	93,1
Sağlıksız (kızartma, kavurma)	4	6,9
Günlük su tüketimi		
1 L'den az	14	24,2
1-2 L arası	31	53,4
2 L'den fazla	13	22,4
Susadığında ilk sıvı tercihi		
Su	48	82,8
Soda	4	6,9
Çay-kahve	6	10,3

Katılımcıların besin gruplarına göre besin tüketim sıklıkları Tablo 6.3.3'te verilmiş; %41,4'ü her gün, %44,8'i haftada birkaç kez süt ve/veya yoğurt, %70,7'si her gün peynir tüketmektedir. Bireylerin tamamı et ve ürünlerini, %60,3'ü kuru baklagilleri, %51,7'si sert kabuklu yemişleri haftada birkaç kez, yumurtayı %48,3'ü her gün, %50,0'si haftada birkaç kez tüketmektedir. Katılımcıların %63,8'i her gün ekmek, %75,9'u haftada birkaç kez diğeri tahıl ürünlerini tüketmektedir. Bireylerin %44,8'i her gün, %53,5'i haftada birkaç kez sebze ve sebze suları, %56,9'u her gün,

%39,7'si haftada birkaç kez meyve ve meyve suları tüketmektedir. Katılımcıların büyük çoğunluğu (%86,2) çeşitli yağları her gün, %58,6'sı haftada birkaç kez tatlı tüketmektedir.

Katılımcıların bazı besinleri sağlandığı kaynaklara göre tüketim sıklıkları Tablo 6.3.4'te verilmiş; %55,2'si ev yapımı süt ve/veya yoğurdu ve doğal/organik yumurtayı, %87,9'u ev yapımı ekmeği yılda birkaç kez tüketmekte veya hiç tüketmemektedir. Bireylerin %39,7'si haftada birkaç kez ev yapımı tatlı, %43,1'i ev yapımı-doğal/organik yağ çeşitlerini her gün tüketmektedir.

Bireylerin %55,2'si haftada birkaç kez şarküteri ürünlerini, %55,2'si ayda birkaç kez fast-food besinleri tüketmektedir. Katılımcıların %48,3'ü hazır meyve suları ve/veya gazlı içecekleri yılda birkaç kez tüketmekte veya hiç tüketmemektedir.

Tablo 6.3.3: Besin gruplarına göre besinleri tüketim sıklıkları

Besin grupları ve besinler	Tüketim sıklığı									
	Her gün		Haftada birkaç kez		Ayda birkaç kez		Yılda birkaç kez veya hiç		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Süt ve süt ürünleri										
Süt ve/veya yoğurt	24	41,4	26	44,8	2	3,5	6	10,3	58	100
Peynir	41	70,7	16	27,6	-	-	1	1,7	58	100
Et, yumurta, kuru baklagil, sert kabuklu yemişler										
Et ve ürünleri (kırmızı et, tavuk, balık)	-	-	58	100	-	-	-	-	58	100
Yumurta	28	48,3	29	50,0	-	-	1	1,7	58	100
Kuru baklagiller	-	-	35	60,3	19	32,8	4	6,9	58	100
Sert kabuklu yemişler	14	24,1	30	51,7	10	17,3	4	6,9	58	100
Tahıllar										
Ekmek (beyaz ve diğer ekmekler)	37	63,8	20	34,5	1	1,7	-	-	58	100
Diğer tahıllar (pilav, makarna, erişte, unlu çorbalar)	14	24,1	44	75,9	-	-	-	-	58	100
Sebze ve meyveler										
Sebze ve sebze suları	26	44,8	31	53,5	1	1,7	-	-	58	100
Meyve ve meyve suları	33	56,9	23	39,7	2	3,4	-	-	58	100
Yağlar ve şekerler										
Yağ çeşitleri	50	86,2	8	13,8	-	-	-	-	58	100
Tatlılar (kek, kurabiye, reçel)	15	25,9	34	58,6	8	13,8	1	1,7	58	100

Tablo 6.3.4: Besinlerin sağlandığı kaynağa göre tüketim sıklıkları

Sağlandığı kaynağına göre besinler	Tüketim sıklığı									
	Her gün		Haftada birkaç kez		Ayda birkaç kez		Yılda birkaç kez veya hiç		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Ev yapımı veya doğal/organik										
Süt ve/veya yoğurt (ev yapımı)	6	10,3	14	24,2	6	10,3	32	55,2	58	100
Yumurta (doğal/organik)	10	17,2	14	24,2	2	3,4	32	55,2	58	100
Ekmek (ev yapımı)	1	1,7	5	8,7	1	1,7	51	87,9	58	100
Tatlı (ev yapımı)	9	15,5	23	39,7	20	34,5	6	10,3	58	100
Yağ çeşitleri (ev yapımı-doğal/organik)	25	43,1	8	13,8	3	5,2	22	37,9	58	100
Hazır besinler										
Şarküteri ürünleri (sucuk, sosis, salam)	2	3,4	32	55,2	13	22,4	11	19,0	58	100
Fast-food (pizza, hamburger, lahmacun, pide)	-	-	18	31,0	32	55,2	8	13,8	58	100
Hazır sebze-meyve suları, gazlı içecekler	7	12,1	17	29,3	6	10,3	28	48,3	58	100

6.4. ORTO-11 ve BAÖ Puan Ortalamaları ve Farklı Parametrelere Göre Değerlendirilmesi

Katılımcıların; kişisel bilgiler, antropometrik ölçümler, öğün tüketim sıklıkları ve beslenme alışkanlıklarına göre ORTO-11 ve BAÖ puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Bazı besinlerin tüketim sıklıkları sağlandığı kaynaklar göz önünde bulundurularak ORTO-11 puan ortalamalarıyla kıyaslanmıştır. Ayrıca ORTO-11 ve BAÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki de bu bölümde verilmiştir.

Bireylerin ORTO-11 ölçeğine ait puan ortalaması $37,81 \pm 4,19$ 'dur. Ölçekten alınan en düşük puan 27, en yüksek puan ise 51'dir.

Liposuction ameliyatı olan 58 katılımcının 48'i (%82,8) ORTO-11 ölçeğinin kesme noktası kabul edilen 40 puan ve altında değer alarak, yüksek ON eğilimi gösterirken, %18,2'si (10 katılımcı) ON eğilimi açısından riskli görülmeyen değerler almıştır.

Bireylerin BAÖ puan ortalaması $139,18 \pm 19,75$ 'tir. Ölçekten alınan en düşük puan 94, en yüksek puan ise 190'dır.

Liposuction ameliyatı olan katılımcıların 25'i (%43,1) BAÖ'nün kesme noktası olarak belirtilen 135 ve altında puan almış ve düşük beden algısına sahip olarak değerlendirilmiştir. Geriye kalan 33 birey (%56,9) normal beden algısına sahiptir.

Bireylerin ORTO-11 ve BAÖ puanlarına göre dahil edildikleri kategorilere göre sayı, yüzde, puan ortalamaları, alt ve üst değerleri Tablo 6.4.1'de sunulmuştur.

Tablo 6.4.1: Katılımcıların ORTO-11 ve BAÖ puanlarına göre kategorileri

Ölçek kategorileri	Sayı	%	$\bar{X}\pm SD$	Alt	Üst
ORTO-11 puanı					
40 ve altı (yüksek ON eğilimi)	48	82,8	36,37±2,72	21	40
40 üstü (normal)	10	18,2	44,70±2,98	41	51
Toplam	58	100	37,81±4,19	27	51
BAÖ puanı					
135 ve altı (düşük beden algısı)	25	43,1	120,44±10,69	94	135
135 üstü (normal beden algısı)	33	56,9	153,39±11,26	136	190
Toplam	58	100	139,18±19,75	94	190

Katılımcıların kişisel bilgilerine göre ORTO-11 ve BAÖ puan ortalamalarının karşılaştırması Tablo 6.4.2’de sunulmuştur.

Katılımcılardan 30-39 yaş aralığında olanlar en düşük, 50-65 yaş aralığında olanlar en yüksek, üniversite ve dengi bir okuldan mezun olanlar en düşük, ilkokul mezunu olanlar en yüksek ORTO-11 puan ortalamasına sahiptir ve bu gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$).

Katılımcıların evli veya bekar olmalarının, sağlık veya sağlık dışı bir alanda çalışmalarının veya hiç çalışmıyor olmalarının ve gelir düzeylerinin ORTO-11 puan ortalamaları üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$).

Katılımcılardan 50-65 yaş aralığında olanlar en düşük, 30-39 yaş aralığında olanlar en yüksek, ilkokul mezunu olanlar en düşük, lise mezunu olanlar en yüksek, düşük gelir düzeyindekiler en düşük, yüksek gelir düzeyindekiler en yüksek BAÖ puan ortalamalarına sahiptir. Bekar olanlar evlilerden, sağlık çalışanları sağlık dışı alanlarda çalışanlardan ve hiç çalışmayanlardan daha düşük BAÖ puan ortalamasına sahiptir. Katılımcıların belirlenen bu özelliklerinin BAÖ puan ortalamalarına anlamlı bir etkisinin olmadığı görülmüştür ($p>0,05$).

Tablo 6.4.2: Kişisel bilgilere göre ORTO-11 ve BAÖ puan ortalamaları

Kişisel bilgiler	ORTO-11 puanı	BAÖ puanı
	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$
Yaş aralığı (yıl)		
18-29	37,91±3,50	138,16±15,07
30-39	36,50±3,85	145,50±24,14
40-49	38,05±3,77	135,90±15,19
50-65	43,50±6,24	124,00±19,06
p değeri	0,018*	0,157 *
Medeni hal		
Evli	37,92±4,44	140,42±21,46
Bekar	37,70±4,01	138,31±18,31
p değeri	0,838**	0,649**
Eğitim düzeyi		
İlkokul	40,80±5,89	129,20±18,44
Lise	39,42±4,27	143,35±12,56
Üniversite ve dengi	36,84±3,66	138,97±21,82
p değeri	0,032*	0,308*
Çalışma alanı		
Sağlık	37,92±4,31	137,12±21,07
Sağlık dışı alan veya çalışmıyor	37,92±4,31	139,52±19,74
p değeri	0,623**	0,753**
Gelir düzeyi		
Düşük	37,66±0,81	127,50±12,27
Orta	38,21±4,42	139,56±56
Yüksek	36,36±4,31	144,18±20,60
p değeri	0,434*	0,248*

*One way anova, **Independent t test

Tablo 6.4.3'te görüldüğü gibi katılımcılardan kronik hastalığı olmayanlar olanlardan, daha önce plastik-estetik ameliyat geçirenler geçirmeyenlerden daha düşük, hastalığa bağlı ilaç kullananlar ile kullanmayanlar, liposuction ameliyatı ile birlikte başka bir plastik-estetik ameliyat geçirenler ile geçirmeyenler birbirine oldukça yakın ORTO-11 puan ortalamalarına sahiptir ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p>0,05$).

Düzenli olarak vitamin-mineral desteği kullanan bireylerin düzensiz kullanan ya da hiç kullanmayanlara göre ORTO-11 puan ortalaması düşüktür ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Kronik hastalığı olanların olmayanlardan, hastalığa bağlı ilaç kullananlar kullanmayanlardan, düzenli olarak vitamin-mineral desteği kullananlar düzensiz kullanan veya kullanmayanlardan, liposuction ameliyatı ile birlikte başka bir plastik-estetik ameliyat yaptıranlar yaptırmayanlardan ve daha önce plastik-estetik ameliyat geçirenler geçirmeyenlerden daha düşük BAÖ puan ortalamasına sahiptir ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 6.4.3: Hastalık ve ameliyat öyküsü ile ilaç ve vitamin-mineral desteği kullanımına göre ORTO-11 ve BAÖ puan ortalamaları

	ORTO-11 puanı	BAÖ puanı
Hastalık, ameliyat öyküsü, ilaç, vitamin-mineral desteği kullanma	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$
Kronik hastalık		
Var	38,16±4,33	135,33±19,51
Yok	37,42±4,07	143,32±19,52
p değeri	0,508*	0,125*
İlaç kullanma		
Evet	37,81±4,72	134,77±20,67
Hayır	37,80±3,9	141,88±18,95
p değeri	0,991*	0,186*
Vitamin-mineral desteği kullanma		
Evet düzenli	33,28±3,09	133,42±18,34
Hayır yada düzensiz	38,43±3,95	139,98±19,98
p değeri	0,002*	0,415*
Birlikte yapılan ameliyat		
Var	37,69±4,10	138,34±23,11
Yok	37,88±4,30	139,74±17,54
p değeri	0,868*	0,795*
Önceden yapılan ameliyat		
Var	36,70±3,92	136,92±20,27
Yok	38,77±4,24	141,16±19,40
p değeri	0,060*	0,420*

*Independent t test

Bireylerin bazı sağlıklı yaşam alışkanlıklarının ORTO-11 ve BAÖ puan ortalamaları ile karşılaştırılması Tablo 6.4.4'te sunulmuştur.

Sigara kullanan bireylerin kullanmayanlara göre daha düşük, alkol kullanımı ve fiziksel aktivite durumuna göre birbirine oldukça yakın ORTO-11 puan ortalaması bulunmuştur. Sigara, alkol kullanımı ve fiziksel aktivite durumu bireylerin ORTO-11 puan ortalamaları üzerinde anlamlı bir farklılık yaratmamaktadır ($p>0,05$).

Sigara kullanmayan bireylerin kullananlara, alkol kullanan bireylerin ise kullanmayanlara göre BAÖ puan ortalaması daha düşüktür ve gruplar arası fark anlamlı değildir ($p>0,05$).

Gün içinde hareketsiz olduğunu ve düzenli egzersiz yapmadığını belirten bireyler en düşük, gün içinde hareketli olduğunu ve düzenli egzersiz yapmadığını belirten bireylerin BAÖ puan ortalaması en yüksektir ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$).

Tablo 6.4.4: Bazı sağlıklı yaşam alışkanlıklarına göre ORTO-11 ve BAÖ puan ortalamaları

Alışkanlıklar	ORTO-11 puanı	BAÖ puanı
	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$
Sigara kullanma		
Kullanıyor	36,91±4,88	142,26±17,98
Kullanmıyor	38,40±3,62	137,17±20,84
p değeri	0,189*	0,342*
Alkol kullanma		
Kullanıyor	37,87±4,00	138,71±18,96
Kullanmıyor	37,68±4,66	140,15±21,79
p değeri	0,875*	0,797*
Fiziksel aktivite durumu		
Hareketsiz ve düzenli egzersiz yapıyor	37,12±4,08	140,50±21,41
Hareketsiz ve düzenli egzersiz yapmıyor	38,52±4,63	125,94±17,53
Hareketli ve düzenli egzersiz yapıyor	38,27±5,49	143,90±13,30
Hareketli ve düzenli egzersiz yapmıyor	37,27±3,22	146,59±19,40
p değeri	0,761**	0,007**

*Independent t test, **One way anova

Bireylerin VKİ sınıflaması ve kendi kilolarını değerlendirmeleri ile ORTO-11 ve BAÖ puan ortalamasının karşılaştırılması Tablo 6.4.5'te gösterilmiştir. Normal, fazla kilolu veya obez olan bireylerin, kilosundan memnun olan ve kilosunu fazla bulan bireylerin ORTO-11 puan ortalaması birbirine oldukça yakın bulunmuş, gruplar arası fark anlamlı değildir ($p>0,05$).

Fazla kilolu veya obez olan bireyler normal kiloda olan bireylere, kilosunu fazla bulan bireyler kilosundan memnun olan bireylere göre daha düşük BAÖ puan ortalamasına sahiptir. Fazla kiloda olmak ve bulunduğu kilonun fazla olduğunu düşünmek, BAÖ puanı üzerinde anlamlı bir fark oluşturmaktadır ($p<0,05$).

Tablo 6.4.5: VKİ sınıflaması ve kendi kilolarını değerlendirmelerine göre ORTO-11 ve BAÖ puan ortalaması

Özellik	ORTO-11 puanı	BAÖ puanı
	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$
VKİ sınıflaması		
Normal kilo	37,47±4,99	147,52±18,55
Fazla kilolu veya obez	37,97±3,80	135,12±19,25
p değeri	0,674	0,024*
Kendi kilolarını değerlendirme		
Memnun olan	37,76±3,76	149,84±18,18
Fazla bulan	37,82±4,34	136,11±19,29
p değeri	0,968	0,026*

*Independent t test

Bireylerin öğün tüketim sıklıkları ile ORTO-11 ve BAÖ puan ortalamalarının karşılaştırması Tablo 6.4.6'da verilmiştir. Kahvaltı öğününü her gün ve bazen yapan bireylerin hiç yapmayanlardan, her gün ara öğün tüketen bireylerin, bazen tüketen ve hiç tüketmeyenlerden daha düşük ORTO-11 puan ortalaması vardır. Öğle ve akşam öğünlerinin tüketim sıklıklarına göre bireylerin aldığı ORTO-11 puan ortalaması birbirine oldukça yakındır.

BAÖ ortalama puanları ise, kahvaltı ve öğle yemeğini hiç tüketmeyenlerin her gün ve bazen tüketenlere, akşam yemeğini her gün tüketenlerin bazen tüketen ve hiç tüketmeyenlere, ara öğünü bazen tüketenlerin her gün tüketen ve hiç tüketmeyenlere göre daha düşüktür.

Bireylerin öğün tüketim sıklıklarına göre ORTO-11 ve BAÖ puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 6.4.6: Öğün tüketim sıklıklarına göre ORTO-11 ve BAÖ puan ortalamaları

Öğünler	ORTO-11 puanı	BAÖ puanı
	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$
Kahvaltı		
Her gün	37,70±4,79	139,83±18,76
Bazen	37,80±3,7	138,68±22,08
Hiç	39,00±1,00	137,00±12,28
p değeri	0,881*	0,960*
Öğle		
Her gün	38,23±4,76	139,50±22,56
Bazen	37,59±4,20	139,00±16,93
Hiç	37,20±2,44	138,80±20,94
p değeri	0,772*	0,994*
Akşam		
Her gün	37,82±4,33	135,97±18,86
Bazen	37,80±4,14	146,46±19,97
Hiç	37,75±4,03	143,25±25,05
p değeri	0,999*	0,870*
Ara öğün		
Her gün	36,84±2,85	141,26±18,24
Bazen	38,61±4,97	137,64±19,58
Hiç	37,00±3,16	140,25±25,61
p değeri	0,299*	0,815*

*One way anova

Katılımcıların beslenme alışkanlıkları ile ORTO-11 ve BAÖ puan ortalamaları Tablo 6.4.7’de verilmiştir. Son bir yılda diyet yapanların yapmayanlara, diyetisyen, kitap ve makalelerden besinler ve beslenme konularında bilgi sahibi olanlar diğer (TV, internet vb.) kaynaklardan bilgi sahibi olanlara göre daha düşük ORTO-11 puan ortalamasına sahiptir. Yemek pişirme yöntemi tercihi ve gün içinde tüketilen su miktarına göre katılımcıların ORTO-11 puan ortalamaları birbirine

oldukça yakın bulunmuştur. Bireylerin beslenme alışkanlıkları ORTO-11 puan ortalaması üzerinde önemli bir fark oluşturmamaktadır ($p>0,05$).

BAÖ puan ortalaması; son bir yılda diyet yapan, beslenme bilgilerini diyetisyen, kitap ve makalelerden edinen, sağlıksız yemek pişirme yöntemini tercih eden, 2 L ve daha az su içen katılımcıların daha düşük olduğu bulunmuştur. Bireylerin beslenme alışkanlıklarının BAÖ puan ortalaması üzerinde anlamlı farklılık yaratmadığı bulunmuştur ($p>0,05$).

Tablo 6.4.7: Beslenme alışkanlıklarına göre ORTO-11 ve BAÖ puan ortalamaları

Beslenme alışkanlıkları	ORTO-11 puanı	BAÖ puanı
	$\bar{X}\pm SD$	$\bar{X}\pm SD$
Son bir yılda diyet yapma		
Evet	37,29±4,05	137,75±19,84
Hayır	39,05±4,39	142,64±19,70
p değeri	0,146*	0,396*
Beslenme bilgi kaynağı		
Diyetisyen, kitap, makale	36,76±3,29	137,30±12,89
Diğer	38,11±4,4	139,73±21,42
p değeri	0,314*	0,700*
Pişirme yöntemi		
Sağlıklı	37,81±4,33	140,07±19,88
Sağlıksız	37,75±1,50	127,25±15,12
p değeri	0,977*	0,213*
Su tüketimi		
2 L ve daha az	37,97±4,36	138,48±20,55
2 L'den fazla	37,23±3,65	141,61±17,23
p değeri	0,576*	0,620*

*Independent t test

Tablo 6.4.8’de bireylerin ev yapımı veya doğal/organik besinlerin tüketim sıklıklarına göre ORTO-11 puan ortalamalarının karşılaştırılması gösterilmiştir. Ev yapımı süt-yoğurdu her gün veya yılda birkaç kez tüketenler ve hiç tüketmeyenler, doğal/organik yumurtayı her gün veya haftada birkaç kez tüketenler ve ev yapımı/organik yağ çeşitlerini her gün tüketenler diğer tüketim sıklıklarına göre daha düşük ORTO-11 puan ortalamasına sahiptir. Ev yapımı ekmeği haftada veya yılda birkaç kez tüketenler veya hiç tüketmeyenlerin benzer ORTO-11 puan ortalaması olduğu görülmektedir.

Ev yapımı süt/yoğurt, doğal/organik yumurta, ev yapımı ekmeği ve yağ çeşitlerinin tüketim sıklıkları bireylerin ORTO-11 puan ortalamalarında önemli bir fark oluşturmamaktadır ($p>0,05$).

Ev yapımı tatlıları, yılda birkaç kez tüketenlerin veya hiç tüketmeyenlerin ORTO-11 puan ortalaması en düşük, haftada birkaç kez tüketenlerin ORTO-11 puan ortalaması en yüksektir.

Ev yapımı tatlı tüketim sıklığına göre bulunan ORTO-11 puan ortalamaları sonucunda; yılda birkaç kez ev yapımı tatlı tüketenlerin veya hiç tüketmeyenlerin haftada birkaç kez tüketenlere göre ON eğilimlerinin istatistiksel olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 6.4.8: Ev yapımı veya doğal/organik besinlerin tüketim sıklıklarına göre ORTO-11 puan ortalamaları

Besinler	ORTO-11 puanı	
	$\bar{X}\pm SD$	p değeri
Süt ve/veya yoğurt		0,694*
Her gün	37,12±4,55	
Haftada birkaç kez	38,26±3,88	
Ayda birkaç kez	40,00±2,82	
Yılda birkaç kez veya hiç	37,83±4,79	
Yumurta		0,725*
Her gün	37,00±3,94	
Haftada birkaç kez	37,50±3,15	
Ayda birkaç kez	40,50±6,36	
Yılda birkaç kez veya hiç	38,03±4,19	
Ekmek		0,772**
Haftada	37,33±2,25	
Yılda birkaç kez veya hiç	37,86±4,37	
Tatlı		0,011*
Her gün	36,11±3,14	
Haftada birkaç kez	39,47±4,48	
Ayda birkaç kez	37,85±3,19	
Yılda birkaç kez veya hiç	33,83±4,53	
Yağ çeşitleri		0,239*
Her gün	36,92±3,21	
Haftada birkaç kez	40,37±4,03	
Ayda birkaç kez	38,66±2,88	
Yılda birkaç kez veya hiç	37,77±5,11	

*One way anova, **Independent t test

Bireylerin hazır aldığı besinlerin tüketim sıklıklarına göre ORTO-11 puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 6.4.9’da verilmiştir. Şarküteri ürünleri ve fast-food’u yılda birkaç kez tüketen veya hiç tüketmeyenler, ayda birkaç kez hazır meyve-sebze suları ve gazlı içecek tüketenler, diğer tüketim sıklıklarına göre en düşük ORTO-11 puan ortalamasına sahiptir ancak gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 6.4.9: Hazır alınan besinlerin tüketim sıklıklarına göre ORTO-11 puan ortalaması

Besinler	ORTO-11 puanı $\bar{X}\pm SD$	p değeri
Şarküteri ürünleri		0,091*
Her gün	35,00±2,82	
Haftada birkaç kez	38,96±4,16	
Ayda birkaç kez	37,15±3,80	
Yılda birkaç kez veya hiç	35,72±4,14	
Fast-food		0,678*
Haftada birkaç kez	37,50±3,61	
Ayda birkaç kez	38,21±4,70	
Yılda birkaç kez veya hiç	36,87±3,35	
Hazır sebze-meyve suları, gazlı içecekler		0,058*
Her gün	39,57±3,35	
Haftada birkaç kez	39,47±4,17	
Ayda birkaç kez	35,33±5,95	
Yılda birkaç kez veya hiç	36,89±3,60	

*One way anova

Bireylerin ORTO-11 puanları ile BAÖ puanları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi Tablo 6.4.10’da verilmiştir. Ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı görülmüştür ($p>0,05$).

Tablo 6.4.10: ORTO-11 ve BAÖ puanları arasındaki ilişki

ORTO-11 puanı	BAÖ puanı
r (korelasyon katsayısı)	-,214
p*	0,107

*Pearson korelasyon testi

7. TARTIŞMA

Liposuction ameliyatı yaptıran 58 gönüllü kadın katılımcının, ON eğilimleri ORTO-11, beden algıları BAÖ ile değerlendirilmiştir. Katılımcılara, literatür taramaları sonucu oluşturulan anket uygulanarak, ON ve beden algısı üzerinde etkili olan faktörler ile ON ve beden algısı aralarındaki ilişki belirlenmeye çalışılmıştır.

Estetik cerrahiye başvuran bireylerde beden ile ilgili olumsuz düşüncelerin olduğu ve bu düşüncelerin de yeme bozukluklarının oluşumunda önemli bir paya sahip olabileceği bildirilmiştir (94).

Çalışmamızda katılımcıların %82,8'inin (n:48) ON eğilimi yüksek; %43,1'inin (n:25) beden algısı düşük bulunmuştur. Bu sonuçlar "liposuction ameliyatı olan kadınların ON eğilimleri yüksektir" ve "liposuction ameliyatı olan kadınlar, düşük beden algısına sahiptir" hipotezlerimizi doğrular nitelikte ve literatür ile uyumlu bir sonuçtur.

Yeme bozukluğu olan 129 kadın ile yapılan bir çalışmada, estetik ameliyat geçiren katılımcıların ameliyat geçirmeyenlere göre yaşlarının daha fazla olduğu bulunmuştur (94). Ülkemizde yapılan bir çalışmada da yaşın ON eğilimi üzerinde etkisinin olduğu görülmüştür (95). ON eğiliminin yaşa göre değişmediğini belirten çalışmalar da bulunmaktadır (91,96). BAÖ puan ortalamasının ilerleyen yaşlarda azaldığı ve yaşa bağlı azalmanın anlamlı olduğu bildirilmiştir (97).

Bizim çalışmamızda ORTO-11 puan ortalaması, katılımcıların yaş gruplarına göre anlamlı olarak değişmektedir ($p<0,05$). ON eğilimi riski 30-39 yaş aralığındaki katılımcılarda en fazla, 50-65 yaş aralığındaki katılımcılarda en az bulunmuştur. Aksini bildiren çalışmalar olsa da bu çalışmada, literatüre benzer şekilde yaşın ON eğiliminin önemli bir etkileyicisi olduğu bulunmuştur. Kadınların genellikle yemek yapmaya başladığı zaman 20'li yaşlarıdır. Son 15-20 yıldır genetiği değiştirilmiş ve içinde çok miktarda katkı maddesi bulunan besinlerle sıkça karşılaşmaktadır. Özellikle 30-39 yaş aralığındaki bireylerin yaşamlarının son 15-20 yılına denk gelmesi nedeniyle sağlıklı beslenme konusunda oldukça dikkatli davranmaya yönelebilecekleri ve bu yaş aralığında ON eğiliminin yüksek olmasının nedeni olabileceği düşünülmüştür. Beden algısı en düşük olan katılımcılar 50-65 yaş

aralığında, en yüksek olanlar 30-39 yaş aralığındadır ve yaş değişkeninin istatistiksel olarak beden algısı üzerinde önemli bir etkisinin olmadığı ($p>0,05$) bulunsa da literatüre benzer şekilde, ilerleyen yaşla birlikte BAÖ puan ortalamasının daha düşük olduğu görülmüştür. Bireyin fiziksel ve ruhsal olarak en verimli yılları olan 30-39 yaş aralığında, en yüksek beden algısına sahip olması beklenen bir sonuç olsa da bu yaş grubunun liposuction ameliyatını en fazla tercih eden grup olması da dikkat çekicidir. Bu nedenle özellikle genç yaşlarda liposuction ameliyatı yaptıran bireylerin, düşük beden algısı nedeni ile değil, daha iyi görünmek amacıyla bu ameliyatı yaptıkları söylenebilir.

Yapılan bir araştırmada liposuction ameliyatı ile ilgilenen kadınların boşanma oranlarının önemli derecede yüksek olduğu bildirilmiştir (98). Jávo ve arkadaşlarının (4) liposuction ameliyatı olma isteğinin nedenlerini inceledikleri araştırmalarında, yeme sorunu olan gruptaki evli kadınların liposuctiona daha az ilgi gösterdikleri, yeme sorunu olmayan gruptaki boşanmış kadınların liposuction ameliyatlarına ilgisinin anlamlı derecede yüksek olduğu bildirilmiştir. Diyetisyenlerin ON eğiliminin incelendiği Türkiye’de yapılan çalışmada, %41,9 oranında yüksek ON eğilimlerinin olduğu görülmüş ve medeni hal ile ON eğilimi arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (99).

Bu araştırmada, kadınların medeni hallerine göre ORTO-11 ve BAÖ puan ortalamaları birbirine oldukça yakın bulunmuş ve medeni hal ile bu ölçeklerin puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p>0,05$). Bireyin yaşadığı toplumun sosyokültürel özelliklerine göre değişebilse de bu sonuca göre medeni halin ON eğilimini ve beden algısını doğrudan etkilemeyeceği düşünülmektedir.

Eğitim seviyesinin, ON eğilimi üzerinde etkisinin olduğu ORTO-11’in geçerlik güvenirlik çalışmasında görülmüş, üniversite üstü eğitim alanların diğer eğitim seviyelerine göre ON eğilimi daha az bulunmuştur (91). Almanya’da sağlık bölümü öğrencileri ile yapılan bir başka çalışmada, ileri sınıf beslenme öğrencilerinin daha sağlıklı besinleri tercih ettiği, ve ON eğiliminin daha düşük olduğu bildirilmiştir (100). Eğitim seviyesinin ON eğilimini etkilemediğini belirten araştırmalar da mevcuttur (96). Diyetisyenler üzerinde yapılan bir araştırmada ise beslenme bilgi

düzeyi ile beslenme alışkanlıklarının etkilendiği, bu nedenle sağlıklı beslenmeye karşı aşırı bir eğilim görülebileceği düşünülmüş, ancak lisansüstü eğitim alan diyetisyenler ve lisans eğitimi alan diyetisyenlerin ON puanları arasındaki farkın anlamlı olmadığı belirtilmiştir (99). Kadınlar ile yapılan bir çalışmada, liposuction ameliyatının en çok ilgi gösterilen estetik ameliyat olduğu ve düşük eğitim seviyesi ile tüm estetik ameliyatlara karşı duyulan ilgi arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur (98). Eğitim düzeyi düşük olan kadınların, liposuction ameliyatına karşı daha fazla ilgi duydukları halde, ameliyat olan kadınların daha yüksek gelire sahip oldukları görülmüştür. Bu karmaşık ilişki yapılan ameliyatın yüksek maliyeti ile açıklanmıştır (4).

Yapılan işlemin maliyetli olması ve eğitim düzeyi ile gelir durumu arasındaki ilişki dikkate alındığında bizim çalışmamızda da benzer ilişki göze çarpmaktadır. Literatür taramalarında, eğitim düzeyinin ON eğilimi üzerindeki etkileri ile ilgili farklı sonuçlar bulunmuştur. Yaptığımız çalışmada ise katılımcıların büyük çoğunluğu (%67,3) üniversite ve dengi eğitim düzeyinde olup, bu kadınların ON eğilimi diğer eğitim düzeylerine göre daha yüksek bulunmuş ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$). İlkokul mezunu katılımcıların en düşük BAÖ puan ortalaması olmasına rağmen eğitim düzeyinin beden algısı üzerinde önemli bir etkisinin olmadığı saptanmıştır ($p > 0,05$). Eğitim düzeyinin azalmasının bireyin her anlamda kendine olan güvenini etkileyebileceği, bu nedenle beden algılarının da olumsuz etkilenebileceği düşünülmüştür.

Sağlık çalışanlarının ON eğiliminin yüksek olduğunu gösteren pek çok çalışma mevcuttur (64,95,101). Yaptığımız çalışmada, sağlık dışı bir alanda çalışma ile sağlık alanında çalışmanın ORTO-11 ve BAÖ puan ortalamaları açısından anlamlı bir fark oluşturmadığı görülmüştür ($p > 0,05$). Bu durumda bireylerin yalnızca çalışma alanlarının ON eğilimi ve beden algısını doğrudan etkilemediği eğitim, gelir düzeyi ve sosyokültürel faktörlere göre de değişebileceği söylenebilir.

Beden algısının, düşük gelir düzeyine sahip olanlarda, orta ve iyi gelir düzeyindekilere göre daha düşük olduğu, Abakay ve arkadaşlarının (92) yaptığı çalışmada bildirilmiştir. Bu çalışmada ise yüksek gelir düzeyindekilerin en düşük ORTO-11, düşük gelir düzeyindekilerin en düşük BAÖ puan ortalaması olmasına

rağmen istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Gelir düzeyi bireyin istek ve ihtiyaçlarını karşılayabilmesindeki en önemli kriterdir. Bu nedenle düşük gelir düzeyinde olan bireylerin bedeninden memnun olması için giyinme, bakım yapma gibi isteklerini karşılayamamalarından dolayı daha düşük beden algısına sahip olabileceği düşünülebilir.

Üniversite öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada, kronik hastalığı olan öğrencilerin orto-bilişsel puanlarında ve orto-klinik puanlarında istatistiksel olarak fark bulunmuştur. Kronik hastalığı olan bireylerin ON eğiliminin daha fazla olduğu belirtilmiştir. Aynı çalışmada, kronik hastalık varlığının beden algısı üzerinde anlamlı bir farklılık yaratmadığı görülmüştür (102). Bireylerin kronik hastalığının olup olmasına göre ORTO-11 puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığını belirten çalışmalar da bulunmaktadır (99,103).

Araştırmamızda ORTO-11 ölçeğinin toplam puanı üzerinden değerlendirme yapılmış ve hekim tarafından tanı konulan kronik bir hastalık varlığı ile ORTO-11 ve BAÖ puanları arasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p>0,05$). Kronik hastalıkların birçoğunun etiolojisinde yanlış beslenmenin yattığı bilinen bir olgudur. ON eğilimi oldukça yüksek olan bu grupta kronik hastalığı olanlarda daha yüksek ON eğiliminin olacağı beklense de sonuçlar olmadığını göstermiştir.

Yapılan bir araştırmada ilaç ve besin desteği kullanımının ON eğilimi üzerinde önemli bir etkisinin olmadığı bulunmuştur (104). Benzer şekilde bu araştırmada da ilaç kullanımının ON eğilimi üzerinde etkisi olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$), ancak düzenli olarak vitamin-mineral desteği kullanan katılımcıların ON riskinin daha fazla olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Doğal olmayacağı düşüncesi ile vitamin-mineral desteği kullanımı ON eğilimi yüksek olan bireylerde beklenen bir davranış olmamakla birlikte, daha sağlıklı olmak adına özellikle düzenli olarak vitamin-mineral desteği kullanan katılımcılarda ON eğiliminin yüksek olması dikkat çekicidir. İlaç ve vitamin-mineral desteği kullanımının BAÖ puan ortalamaları üzerinde önemli bir fark oluşturmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Kadınların estetik ameliyatlara ilgilerinin araştırıldığı bir çalışmada, bireylerin çoğunlukla birden fazla estetik ameliyatla ilgilendikleri belirtilmiştir.

Yeme bozukluğunun, diğer ameliyatlara göre liposuction ameliyatına ilgi duyan kadınlarda önemli derecede fazla olduğu görülmüştür (98). Estetik cerrahi olacak 98 bireyin beden algısı bozukluğunu belirlemek amaçlı yapılmış bir çalışmada, estetik ameliyat geçmişi olanların olmayanlara göre daha iyi beden algıları olduğu ancak her iki grubun da beden algıları hakkında olumsuz düşünceye sahip oldukları bildirilmiştir (77).

Bu araştırmaya katılan kadınların %48,5'i liposuction ameliyatına eşlik eden başka bir plastik-estetik ameliyat yaptırmış, %55,1'i daha önceden bir plastik-estetik ameliyat geçirmiştir. Liposuction ameliyatına eşlik eden ya da daha önceden yapılan plastik-estetik ameliyat varlığı beden algısını önemli derecede etkilememektedir ($p>0,05$). Liposuction ameliyatının bölgesel yağ doku fazlalığından kurtulmak amacıyla tercih edildiği bilinmektedir. Bu ameliyata başvuran bireylerin bedeniyle ilgili memnuniyetsizliğinin olduğu düşünülerek, bireyin farklı estetik ameliyatlara yönelmesi de beklenebilir. Araştırma sonucunda bulunan yüksek ameliyat oranları bu beklentiye doğrular niteliktedir. Bununla birlikte katılımcıların ameliyat öykülerine göre BAÖ puan ortalamalarında önemli bir değişiklik görülmemesi liposuction ameliyatının genel olarak çok fazla tercih edilmesinden kaynaklanabilir. Yani beden algısı normal olan bireylerin de bu ameliyatı sıkça tercih etmesi arada anlamlı bir farkın oluşmamasının nedeni olabilir.

Ülkemizde performans sanatçıları ile yapılan bir çalışmada, alkol ve sigara kullananlar ile kullanmayanlar arasında ON eğilimi açısından fark görülmemiştir (96). Ülkemizde yapılan bir başka çalışmaya göre ise sigara kullananların ORTO-11 puanlarının daha yüksek olduğu yani ON eğilimlerinin daha düşük olduğu ancak içmeyenlere göre farkın anlamlı olmadığı belirtilmiştir (95). Sigara ve alkol kullanan bireylerin, ON riskinin anlamlı olarak daha düşük olduğunu gösteren çalışma sonucu da bulunmaktadır (105). Bir çalışmada ise sigara kullanımının ON eğilimi üzerinde bir etkisinin olmadığı ancak alkol kullanmayanların kullananlara göre ON eğiliminin yüksek olduğu görülmüştür (104). Yapılan bir araştırmada, sigara kullanımı ile ORTO-11 puanları arasında önemli bir fark bulunmazken BAÖ puanının alkol kullananlarda anlamlı olarak daha düşük olduğu görülmüştür (102).

Ortorektik bireylerin, sigara ve alkol kullanmamaları beklenmektedir. Literatür taramaları sonucunda sigara ve alkol kullanımının ON eğilimi üzerindeki etkisi hakkında farklı sonuçlar bulunmuştur. Ancak genel olarak sigara ve alkol kullanan bireylerin ON eğilimlerinin beklenen şekilde daha düşük olduğu görülmüştür. Bizim araştırmamızda da hem ORTO-11 hem de BAÖ puan ortalamalarında sigara ve alkol kullanımına göre bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Bu sonuç besin ve beslenmeye karşı gösterilen özen ve dikkatin sağlıklı olmak için gereken her konuda gösterilmediğini düşündürmektedir. Ayrıca sigara ve alkol kullanımı bireylerin sosyoekonomik durumları ile de ilişkilidir ve ON eğilimi ile beden algısı üzerindeki etkilerinin bu nedenle de görülemeyebileceği söylenebilir.

Bir araştırmada düzenli egzersiz yapan kadınların liposuction ameliyatı da dahil olmak üzere, tüm estetik ameliyatlara ilgilerinin daha az olduğu görülmüştür (4). Düzenli spor yapmanın ON eğilimi üzerinde etkisinin olmadığını bildiren çalışma da mevcuttur (103). Öğrenciler ile yapılan bir çalışmada, spor yapanların ON eğiliminin anlamlı olarak daha yüksek olduğu da görülmüştür (105). Başka bir araştırmada da spor faaliyetlerine katılımı fazla olanların, katılmayanlara göre ON eğiliminin daha yüksek olduğu belirtilmiştir (104). Yapılan birçok araştırmada spor yapmanın beden algısını anlamlı seviyede yükselttiği gösterilmiştir (92,106–109).

ON eğilimi oldukça yüksek olan katılımcıların bulunduğu bu araştırmada ise yalnızca %19,0'ının gün içinde hareketli olduğu ve düzenli egzersiz yaptığı görülmüştür. Bu sonuç, her ne kadar literatürde ortak bir görüş sunulmasa da fiziksel aktivite düzeyinin ON eğilimini etkilemediğini bildirilen araştırmalarla benzerdir. Fiziksel olarak aktif olan bireylerin bedenlerinden daha çok memnun olmaları ve beden algılarının iyi olmaları beklenmektedir. Bu durum birçok çalışmada gösterilmiştir. Bu araştırmada da literatüre benzer sonuca ulaşılmış ve gün içinde hareketsiz olan bireylerin BAÖ puan ortalamasının, anlamlı olarak düşük olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Bu sonuç, “fiziksel aktivite düzeyi beden algısını etkiler” hipotezimizi de destekler niteliktedir.

Arusoğlu'nun (91), geçerlilik güvenirlilik çalışmasında VKİ'nin ON eğilimde etkili olmadığı belirtilmiştir. Sanatçılar ile yapılan bir çalışmada, %56,4'ünde yüksek ON eğilimi olduğu görülmüş ve VKİ'leri ile ON eğilimleri arasında fark

bulunmamıştır (96). Fidan ve arkadaşlarının (95) yaptığı çalışmada ise VKİ arttıkça ON eğiliminin de anlamlı olarak arttığı bildirilmiştir. Yeme bozukluğu olan kadınların dahil edildiği bir çalışmada estetik ameliyat yaptıran bireylerin VKİ'lerinin yaptırmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu bildirilmiştir (94). Ülkemizde diyetisyenlerin ON eğilimlerinin araştırıldığı bir çalışmada, %41,9'unun yüksek ON eğiliminde olduğu, normalin üzerinde kiloya sahip diyetisyenlerin ON eğiliminin daha yüksek olduğu ve farkın anlamlı olduğu bulunmuştur (99). Estetik cerrahi ile beden imajı arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışmada, liposuction ameliyatına ilgi, artan VKİ değerleri ile birlikte artış göstermiştir (110). Obez olmanın beden algısı üzerine etkilerini inceleyen çalışmalarda, VKİ'ye göre normalin üzerinde sınıflandırılan bireylerin beden algısı, anlamlı olarak düşük bulunmuştur (84,97). Enerji sınırlı beslenen kadınların beden algılarını araştıran bir çalışmada, VKİ'nin beden algısını anlamlı olarak etkilediği, obez bireylerin normal kiloda olanlara göre daha düşük beden algısının olduğu görülmüştür (14).

Bu araştırmada da Arusoğlu'nun geçerlilik güvenilirlik çalışmasında ve diğer birçok çalışmada görüldüğü gibi fazla kilolu-obez katılımcıların normal kilodaki katılımcılara kıyasla ORTO-11 puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). BAÖ puan ortalamasının ise literatüre benzer şekilde VKİ sınıflamasına göre değiştiği, fazla kilolu-obez olan bireylerin beden algılarının normal kilodakilerden anlamlı olarak daha düşük olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Bu sonuç, "VKİ'nin beden algısı üzerinde etkisi vardır" hipotezimizi desteklemektedir. Böylece ideal kiloda olmanın beden algısı üzerinde önemli bir etkisinin olduğu, bireyin yalnızca fizyolojik değil, aynı zamanda psikolojik sağlığını da etkilediği düşünülebilir.

Hemşirelik öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada, doğru beslenmeye önem verenlerin ON eğilimleri anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (111). Yapılan başka bir araştırmada ise belli bir öğün düzeni olan öğrencilerin olmayanlara ve akşam yemeğini atlamayan öğrencilerin atlayanlara göre ON riskinin daha yüksek olduğu görülmüştür (112). Bizim araştırmamızda, bireylerin öğün tüketim sıklıkları

ve beslenme bilgi kaynaklarına göre ORTO-11 puan ortalamalarında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Sağlık bölümlerinde okuyan öğrenciler ile yapılan bir araştırmada kilo almak ya da vermek için diyet uygulayan ve uygulamayan öğrencilerin ON eğilimlerinde anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir (113). Polonyalı öğrenciler ile yapılan bir başka çalışmada öğrencilerin %28,3'ünde ON eğilimi görülmüş ve özel bir diyet uygulayan veya geçmişte uygulamış olanların ON eğilimi anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (112). Özel bir diyet yapanların ON eğilimini daha yüksek olduğunu sunan başka çalışma da bulunmaktadır (104). Araştırmamızda bireylerin son bir yıl içinde diyet yapmış olmaları veya olmamalarına göre ORTO-11 puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$).

Bireylerin beslenme bilgi ve alışkanlıkları üzerine sosyal medyanın etkilerinin araştırıldığı bir çalışmada, sosyal medyada konunun uzmanı olmayan kişiler tarafından verilen bilgilerin ON eğilimi de dahil olmak üzere yeme bozuklukları riskini artırabileceği belirtilmiştir (114). Bu çalışmada katılımcıların beslenme bilgi kaynağı olarak yüksek oranda internet, gazete, dergi, TV'den faydalandığı bulunmuş, ancak beslenme bilgi kaynağına göre bireylerin ON eğilimi anlamlı olarak değişmemiştir ($p>0,05$).

Ortorektik bireylerin kendilerine özgü saplantılı bazı beslenme davranışlarının olduğu bilinmektedir. Bu beslenme davranışlarının tespit edilmesi için sorgulanan öğün tüketim sıklıkları, beslenme bilgi kaynakları, uyguladıkları bir diyetin olup olmaması gibi özelliklerin hiçbirinin ORTO-11 puan ortalamalarını önemli derecede etkilemediği görülmüştür. Özellikle beslenme konusunda yanlış bilgilenmenin ON eğiliminde artışa neden olması beklenmektedir. Katılımcıların beslenme bilgi kaynağına göre ON eğiliminin değişmemesi, internet, dergi, gazete, TV'den edinilen bilgilerin bireyleri her zaman olumsuz yönlendirmeyebileceğini düşündürmektedir.

TÜBER'e göre sağlıklı beslenmenin sağlanabilmesi için; süt ve ürünleri (süt, yoğurt, peynir), et ve ürünleri (kırmızı et, tavuk, balık), yumurta ve kuru baklagiller

ile sert kabuklu yemişler, taze sebze ve meyveler, ekmek ve tahıllar, çeşitli yağlar dengeli şekilde tüketilmesi gereken besinlerdir (115).

Araştırmamıza katılan bireylerin %58,6'sının süt ve/veya yoğurdu, %55,2'sinin taze sebze ve sebze sularını, %43,1'i taze meyve ve meyve sularını, %13,8'inin yağ çeşitlerini TÜBER'in önerilerine uygun şekilde tüketmediği; et, yumurta, kuru baklagil, sert kabuklu yemiş, ekmek ve diğer tahıl grubu tüketimlerinin TÜBER'in önerilerine uygun olduğu görülmüştür. Bireyin günlük gereksinimi olan enerjinin %10'unu geçmemesi ve tüketiminin azaltılması önerilen şekerin kaynağı olarak tatlı tüketimleri sorgulandığında, bireylerin %25,9'u her gün tükettiklerini belirtmişlerdir. Bu sonuçlar bize yüksek ON eğiliminin görüldüğü katılımcıların, beklenenin aksine sağlıklı beslenebilmek için tüketmesi gereken besinleri yeterli olarak tüketmediğini göstermektedir. Bu nedenle bu bireylerin bazı besin ögesi yetersizlikleri yaşayabileceği öngörülebilir.

ON eğilimi yüksek olan bireylerin hazır/paket ve katkı maddesi içeren besinler yerine ev yapımı-doğal/organik ürünleri tercih etmesi beklenmektedir. Öğrenciler üzerinde yapılan bir çalışmada, yüksek şekerli ve rafine ürün tüketimi az olanlar fazla olanlara, et ve et ürünlerinin tüketimi fazla olanlar az olanlara göre ON eğilimi açısından daha riskli olduğu bulunmuştur (112). Yapılan başka bir araştırmada ise ON eğilimi yüksek olan bireylerin normal olan bireylere göre tam buğdaydan yapılan tahıl ürünlerini daha fazla, beyaz undan yapılan besinleri daha az tüketmektedir. Sebze ve meyve tüketimi fazla olan bireylerin az olanlara ve sağlıklı besinlerin satıldığı mağazalardan alışveriş yapanların bu gibi mağazalardan alışveriş yapmayanlara göre ON eğiliminin daha yüksek olduğu bulunmuştur (104).

Bu araştırmada katılımcılara bazı besinlerin sağlandığı kaynağa (ev yapımı olması, doğal/organik olanların alınması veya hazır/market ürünleri) göre tüketim sıklıkları sorgulanmıştır. Katılımcıların büyük bir kısmının ev yapımı süt ve/veya yoğurt, ekmek ve doğal/organik yumurta tüketmedikleri, ev yapımı-doğal/organik yağ çeşitlerini ise %43,1'inin her gün tükettiği görülmektedir. Bu besinlerin tüketim sıklıklarının ON eğilimi üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$). Katılımcıların %39,7'sinin ev yapımı tatlıları haftada birkaç kez tükettiği ve yılda birkaç kez tüketen ve hiç tüketmeyenlere göre ORTO-11 puan ortalamasının

anlamli düzeyde yuiksek olduğu belirlenmiştir ($p < 0,05$). Oysaki ortorektik bireylerin evde yapilabilecek (ekmek, yoğurt gibi) besinleri kendisinin yapması veya doğal/organik uirunlere yonnelmesi beklenmektedir. Bu durumunun katilimcilarin buyuk bir coğunluğunun bir işte çalışması sebebiyle bu besinleri evde yapmaya zaman bulamamasından veya doğal/organik uirunlerin maliyetinin yuiksek olmasından kaynaklanabileceği duşunılmaktadır. Ayrıca ortorektik bireylerin besinler ile ilgili takıntılı duşunculere sahip olduğu bilinmektedir. Bu durumda her gun tatlı tuketmeyi veya hiç tuketmemeyi tercih edenlerin, haftada birkaç kez tuketenlere gore yuiksek ON eğiliminde olmalarının nedeni olabileceği soylenebilir.

Katilimciların %55,2'si şarkuteri uirunlerini haftada birkaç kez, fast-food besinleri ve hazır sebze-meyve suları ve gazlı içecekleri oldukça az tuketmektedir. Bu besinlerin tuketim sıklıklarının ON eğilimi uzerinde anlamlı bir etkiye sahip olmadığı bulunmuştur ($p > 0,05$). Yine de sağlık uzerinde olumsuz etkilerinin olduğu duşunulen bu besinlerin, çok sık tuketilmemesi onemli bir bulgudur.

Liposuction ameliyatı yaptıran kadınların yeme bozukluğu ve beden algısının araştırıldığı bir çalışmada, kadınların yarısının yeme bozukluğuna ait belirtiler goşterdikleri, yarısından fazlasının beden memnuniyetsizliği olduğu bildirilmiştir. Ayrıca anketleri doldurmak istemeyen katilimcılar, ozellikle yeme bozukluğu ile ilgili sorulardan rahatsız olduklarını belirtmişlerdir. Ameliyattan belli bir sure sonra, yeme bozukluğu riskinde azalma ve beden memnuniyetlerinde artma olduğu goşuilmuştur (116).

Bizim alışmamızda duşuk beden algısı ve ON eğilimi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p > 0,02$). Bu sonuç, “ON eğilimi ile beden algısı arasında ilişki vardır” hipotezimizi desteklememektedir. Bu durumun, ortorektik bireylerin beslenme ile aldıkları enerjiyi, vucut ağırlıklarını ve beden yapılarını onemsemeden yalnızca kendileri için doğru olan besin tercihlerinde bulunmalarından kaynaklanabileceği duşunulmuştur.

8. SONUÇ

İstanbul İçerenköy Bayındır Hastanesi'nde liposuction ameliyatı olan, yetişkin (18-65 yaş aralığında) 58 gönüllü kadının ON eğilimlerinin, beden algılarının ve ON ile beden algısı arasındaki ilişkinin incelendiği bu araştırmada:

1. Kadınların, ORTO-11 ölçeği puan ortalaması $37,81 \pm 4,19$ 'dur ve 48 bireyde (%82,8) yüksek ON eğilimi bulunmuştur. Alınan en düşük puan 27, en büyük puan ise 51'dir.
2. Kadınların, BAÖ puan ortalaması $139,18 \pm 19,75$ 'dir ve 25 bireyin (%43,1) düşük beden algısına sahip olduğu bulunmuştur. Alınan en düşük puan 94, en büyük puan ise 190'dir.
3. Kadınların yaş ortalaması $37,6 \pm 8,5$ yıldır. Yaş gruplarına göre alınan ORTO-11 ölçek puanı anlamlı olarak değişirken, BAÖ puanında anlamlı bir değişiklik görülmemiştir ($p > 0,05$).
4. Kadınların %51,7'si bekar, %67,3'ü üniversite ve dengi bir okuldan mezun, %53,4'ü sağlık dışı bir alanda çalışmakta, %70,7'sinin aylık geliri orta düzeydedir. Medeni hal, çalışma alanı, aylık gelir ORTO-11 ve BAÖ puan ortalamaları üzerinde bir fark yaratmamaktadır ($p > 0,05$). Eğitim düzeyi ON eğilimini etkilerken ($p < 0,05$), beden algısı üzerinde bir etki oluşturmamaktadır ($p > 0,05$).
5. Kadınların, %60,6'sında kronik bir hastalık bulunmakta, %37,9'u bu hastalığa bağlı düzenli olarak ilaç kullanmaktadır. Hastalık varlığı ve ilaç kullanımı ON eğilimi ve beden algısı üzerinde önemli bir etki oluşturmamaktadır ($p > 0,05$).
6. Kadınların, bir hastalığa bağlı olmaksızın %12,1'inin düzenli olarak vitamin-mineral desteği kullandığı ve düzenli kullanan bireylerin ON eğiliminin anlamlı olarak yüksek olduğu görülmüştür ($p < 0,05$). Vitamin-mineral desteği kullanımının beden algısı üzerinde önemli bir etkisinin olmadığı bulunmuştur ($p > 0,05$). Düzenli olarak kullanılan vitamin-mineral desteğinin yüksek ON eğiliminin önemli bir etkileyicisi olduğu düşünülmektedir.

7. Kadınların %51,5'i liposuction ameliyatına eşlik eden başka bir plastik-estetik ameliyat olurken, %44,9'unun ilk kez bir plastik-estetik ameliyat yaptırdığı bulunmuştur. Katılımcıların ameliyat öykülerinin, ON eğilimlerini ve beden algılarını önemli ölçüde etkilemediği görülmüştür ($p>0,05$).
8. Kadınların, %39,7'si sigara, %67,2'si alkol kullanmaktadır. Sigara ve alkol kullanımı ON eğilimi ve beden algısını anlamlı olarak etkilememektedir ($p>0,05$).
9. Kadınların, %37,9'u gün içinde fiziksel olarak aktif olduğunu ve düzenli egzersiz yapmadığını, %29,3'ü ise gün içinde hareketsiz olduğunu ve düzenli egzersiz yapmadığını belirtmiştir. Fiziksel aktivite düzeyi en az olan kadınların beden algılarının anlamlı olarak daha düşük olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Katılımcıların fiziksel aktivite düzeylerine göre ORTO-11 puan ortalamaları arasında fark bulunmamıştır ($p>0,05$).
10. Kadınların boy uzunluğu ortalaması $162,5\pm 6,6$ cm, vücut ağırlığı ortalaması $71,7\pm 12,2$ kg, VKİ ortalaması $27,1\pm 4,4$ kg/m^2 'dir. Bireylerin %67,2'si fazla kilolu veya obez, %77,6'sı bulunduğu kilodan memnun değildir. Fazla kilolu veya obez olanların normal kilodakilere göre, kilosundan memnun olmayanların memnun olanlara göre BAÖ puan ortalamaları anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur ($p<0,05$). ORTO-11 puan ortalamalarında ise gruplar arasında önemli bir farklılık oluşmadığı görülmüştür ($p>0,05$).
11. Öğün tüketim sıklıklarının ON eğilimi ve beden algısının önemli etkileyicileri olmadığı ($p>0,05$), kadınların, %70,7'si son bir yıl içinde diyet yaptığını, %22,5'i beslenme hakkından diyetisyen, kitap ve makalelerden bilgi edindiğini, %93,1'i sağlıklı pişirme yöntemlerini tercih ettiğini ve %22,4'ü günlük 2 L'nin üzerinde su içtiğini belirtmiştir. Bu beslenme alışkanlıkları ile ORTO-11 ve BAÖ puan ortalamalarının önemli oranda değişmediği bulunmuştur ($p>0,05$).
12. Kadınların ev yapımı ve/veya doğal-organik ve hazır aldığı besinleri tüketme sıklıkları sorgulandığında, hiçbir besinin tüketim sıklığına göre bireylerin ON eğiliminin değişmediği görülmüştür ($p>0,05$). Ancak

%39,7'si ev yapımı tatlıları haftada birkaç kez tüketmekte ve yılda birkaç kez tüketen veya hiç tüketmeyenlere göre ON eğilimi açısından anlamlı olarak daha az riskli bireyler olduğu bulunmuştur ($p<0,05$).

13. Kadınların ORTO-11 ile BAÖ puanlarının korelasyon kat sayısı $-0,214$ bulunmuş ve ON eğilimleri ile beden algıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı görülmüştür ($p>0,05$).

Sonuç olarak; ORTO-11 ve BAÖ kullanılan bu araştırmada liposuction ameliyatı olan kadınların ON eğiliminin yüksek, %43,1'inin beden algısının düşük olduğu bulunmuştur. Araştırmada sınırlı örneklem sayısı ve süresi içinde bulunan bu sonuçlar ileride bu konuda yapılacak araştırmalar için önemli bir kaynak niteliği taşıyacağı düşünülmektedir.

Bir plastik-estetik ameliyat türü olan liposuction ameliyatı daha çok kadınlar tarafından tercih edilmektedir. Bu kadınlarda, henüz bir yeme bozukluğu olarak kabul edilmese de ON eğilimlerinin oldukça yüksek bulunması nedeniyle diğer yeme bozukluklarının incelenmesi; ayrıca vücuttaki fazla yağ dokudan kurtulmak amacı ile liposuction ameliyatına başvuran bu bireylerin düşük beden algılarının görülmesi nedeniyle diğer plastik-estetik ameliyatlarda da beden algısının değerlendirilmesi önerilmektedir.

9. KAYNAKÇA

1. Rohrich RJ. The increasing popularity of cosmetic surgery procedures: A look at statistics in plastic surgery. *Plast Reconstr Surg.* 2000;106(6):1363–5.
2. Housman TS, Lawrence N, Mellen BG, George MN, San Filippo J, Cerveny KA, et al. The safety of liposuction: Results of a national survey. *Dermatologic Surg.* 2002;28(11):971–8.
3. İnözü E. Liposuction Sonrası Yağ Embolisi Riskinin Değerlendirilmesi ve Emboli Riskini Azaltmak İçin Heparin ve Steroid Kullanımı (Ratlarda Deneysel Çalışma). Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, Ankara, 2009.
4. Jávo IM, Pettersen G, Rosenvinge JH, Sørli T. Predicting interest in liposuction among women with eating problems: A population-based study. *Body Image.* 2012;9(1):131–6.
5. Macit MS, Akbulut G. Yeme Bozukluklarına Genel Bakış. İçinde: Akbulut G, editor. *Tıbbi Beslenme Tedavisinde Güncel Uygulamalar VII Vücut Ağırlığı Denetimi: Obezite ve Yeme Bozukluklarında Tıbbi Beslenme Tedavisi.* 2016. s. 65–117.
6. Toker DE, Çiçek H. Yeme bozuklukları ve aile yapısı : Bir gözden geçirme. *Düşünen Adam.* 2009;22(1–4):36–42.
7. Turnbull S, Ward A, Treasure J, Jick H, Derby L. The demand for eating disorder care: An epidemiological study using the General Practice Research Database. *Br J Psychiatry.* 1996;169(6):705–12.
8. Ünal D, Öztop DB, Elmalı F, Öztürk A, Konak D, Pırlak B, et al. Bir grup sağlık yüksekokulu öğrencisinin yeme tutumları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Derg.* 2009;16(2):75–81.
9. Arusoğlu G. Sağlıklı Beslenme Takıntısı (Ortoreksiya) Belirtilerinin İncelenmesi, Orto-15 Ölçeğinin Uyarlanması. H.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü,

Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2006.

10. Mathieu J. What is orthorexia? *J Am Diet Assoc.* 2005;105(10):1510–2.
11. Donini LM, Marsili D, Graziani MP, Imbriale M, Cannella C. Orthorexia nervosa: A preliminary study with a proposal for diagnosis and an attempt to measure the dimension of the phenomenon. *Eat Weight Disord.* 2004;9(2):151–7.
12. Souilm NA, Shokre ES. Effect of Liposuction on overweight/obese patients' eating concerns, body shape concerns, and self-esteem. *Am J Nurs Res.* 2018;6(6):484–90.
13. Aslan D. Beden algısı ile ilgili sorunların yaratabileceği beslenme sorunları. *TTB Sürekli Tıp Eğitimi Derg.* 2004;13(9):326–9.
14. Okumuşoğlu S. Diyet yapan kadınlarda beden algısı, benlik saygısı, yaş ve vücut kitle indeksi ilişkisinin araştırılması. *Ulakbilge Derg.* 2017;5(13):1171–81.
15. Galmiche M, Déchelotte P, Lambert G, Tavalacci MP. Prevalence of eating disorders over the 2000-2018 period: A systematic literature review. *Am J Clin Nutr.* 2019;109:1402–13.
16. Özel B. Liposuction Öncesi ve Sonrası Dioksin Toksininin Kan Düzeylerindeki Değişiminin İncelenmesi. G.Ü. Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, Ankara; 2013.
17. Altunkaynak BZ, Özbek E. Yağ dokusu endokrin bir organ mıdır? *Dicle Tıp Derg.* 2005;32(4):211–7.
18. Gimble JM. Adipose tissue-derived therapeutics. *Expert Opin Biol Ther.* 2003;3(5):705–13.
19. Jacobi D, Stanya K, Lee C-H. Adipose tissue signaling by nuclear receptors in metabolic complications of obesity. *Adipocyte.* 2012;1(1):4–12.
20. Nadir I, Oğuz D. Adipokinler. *Güncel Gastroenteroloji.* 2009;(13):107–9.

21. Van R, Roncari D. Complete differentiation of adipocyte precursors. *Cell Tissue Res.* 1978;195(2):317–29.
22. Smahel J. Adipose issue in plastic surgery. *Ann Plast Surg.* 1986;16(5):444–53.
23. Müllerová D, Kopecký J. White adipose tissue: Storage and effector site for environmental pollutants. *Physiol Res.* 2007;56(4):375–81.
24. Semin İ. Obezite fizyolojisi. *Arch Clin Toxicol.* 2014;1(1):2–7.
25. Fonseca-Alaniz MH, Takada J, Alonso-Vale MIC, Lima FB. Adipose tissue as an endocrine organ: from theory to practice. *J Pediatr (Rio J).* 2007;83(5):192–203.
26. Ahima RS. Adipose tissue as an endocrine organ. *Obesity.* 2006;14:242–9.
27. McGregor RA, Kwon EY, Shin SK, Jung UJ, Kim E, Park JHY, et al. Time-course microarrays reveal modulation of developmental, lipid metabolism and immune gene networks in intrascapular brown adipose tissue during the development of diet-induced obesity. *Int J Obes.* 2013;37(12):1524–31.
28. Voorspoels S, Covaci A, Maervoet J, Schepens P. Relationship between age and levels of organochlorine contaminants in human serum of a Belgian population. *Bull Environ Contam Toxicol.* 2002;69(1):22–9.
29. Kershaw EE, Flier JS. Adipose tissue as an endocrine organ. *J Clin Endocrinol Metab.* 2004;89(6):2548–56.
30. Chen XD, Lei T, Xia T, Gan L, Yang ZQ. Increased expression of resistin and tumour necrosis factor- α in pig adipose tissue as well as effect of feeding treatment on resistin and cAMP pathway. *Diabetes, Obes Metab.* 2004;(6):271–9.
31. Bouchard C. Current understanding of the etiology of obesity: genetic and nongenetic factors. *Am Soc Clin Nutr.* 1991;53:1561S-1565S.
32. Tam AA, Çakır B. Birinci basamakta obeziteye yaklaşım. *Ankara Med J.*

- 2012;12(1):37–41.
33. World Health Organization. Obesity Preventing and Managing the Global Epidemic. Geneva; 2000.
 34. Borkan GA, Hulst DE, Gerzof SG, Robbins AH, Silbert CK. Age changes in body composition revealed by computed tomography. *Journals Gerontol.* 1983;38(6):673–7.
 35. Baysal A. Beslenme. 13. Baskı. Hatipoğlu Yayınevi; Ankara, 2011. 9–18 s.
 36. Kenkel JM, Brown SA, Love EJ, Waddle JP, Krueger JE, Noble D, et al. Hemodynamics, electrolytes, and organ histology of larger-volume liposuction in a porcine model. *Plast Reconstr Surg.* 2004;113(5):1391–9.
 37. Dolsky RL, Newman J, Fetzek JR, Anderson RW. Liposuction History, Techniques and Complications. *Adv Dermatologic Surg.* 1987;5(2):313–33.
 38. Klein JA. The Tumescent Technique for Lipo-Suction Surgery. *Am J Cosmet Surg.* 1987;4(4):263–7.
 39. Apfelberg DB. Progress report on multicenter study of laser-assisted liposuction. *Aesth Plast Surg.* 1994;(18):259–64.
 40. Zocchi M. Ultrasonic Liposculpturing. *Aesth Plast Surg.* 1992;(16):287–98.
 41. Rohrich RJ, Beran SJ. Is Liposuction Safe? *Plast Reconstr Surg.* 1999;104(3):819–22.
 42. Iverson RE, Pao VS. MOC-PS(SM) CME article: liposuction. *Plast Reconstr Surg.* 2008;121(4):1–11.
 43. Rohrich RJ, Beran SJ, Fodor PB. The role of subcutaneous infiltration in suction-assisted lipoplasty: A review. *Plast Reconstr Surg.* 1997;99(2):514–9.
 44. Cardenas-Camarena L, Tobar-Losada A, Lacouture AM. Large - Volume Circumferential Liposuction with Tumescent Technique: A Sure and Viable Procedure. *Plast Reconstr Surg.* 1999;104(6):1887–99.

45. Matarasso A, Kim RW, Kral JG. The impact of liposuction on body fat. *Plast Reconstr Surg.* 1998;102(5):1686–9.
46. Lehnhardt M, Homann HH, Daigeler A, Hauser J, Palka P, Steinau HU. Major and lethal complications of liposuction: A review of 72 cases in germany between 1998 and 2002. *Plast Reconstr Surg.* 2008;121(6):396e-403e.
47. Kenkel JM, Lipschitz AH, Luby M, Kallmeyer I, Sorokin E, Appelt E, et al. Hemodynamic physiology and thermoregulation in liposuction. *Plast Reconstr Surg.* 2004;114(2):503–13.
48. Arıncı A, Usta S. Estetik amaçlı tıbbi müdahalelerde hekimin hukuki sorumlulukları ve eser sözleşmesi. *Turk J Plast Surg.* 2017;25(2):84–93.
49. Roy M, Perry JA, Cross KM. Nutrition and the plastic surgeon: possible interventions and practice considerations. *Plastic and Reconstructive Surgery - Global Open.* 2008. 112 p.
50. Erdoğan Z, Bulut H. Abdominoplastide hemşirelik bakımı. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Derg.* 2019;16(1):41–7.
51. Storch JE, Jan R. *Reconstructive Plastic Surgical Nursing: Clinical Management and Wound Care.* 2008, 1-470 p.
52. Özgen L, Kınacı B, Arlı M. Ergenlerin yeme tutum ve davranışları. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilim Fakültesi Derg.* 2012;45(1):229–47.
53. Macht M. Characteristics of eating in anger , fear , sadness and joy. *Appetite.* 1999;(33):129–39.
54. Zamora MLC, Bonaecha BB, Sánchez FG, Rial BR. Orthorexia nervosa. A new eating behavior disorder? *Actas Esp Psiquiatr.* 2005;33(1):66–8.
55. Micali N, Martini MG, Thomas JJ, Eddy KT, Kothari R, Russell E, et al. Lifetime and 12-month prevalence of eating disorders amongst women in mid-life: A population-based study of diagnoses and risk factors. *BMC Med.* 2017;15(1):1–10.

56. Fairburn CG, Harrison PJ. Eating disorders. *Lancet*. 2003;361:407–16.
57. Abraham S, Llewellyn-Jones D. *Eating Disorders: The facts*. 5th ed. Oxford University Press: UK. 2003. 30–32 p.
58. Monteleone P, Maes M, Fabrazzo M, Tortorella A, Lin A, Bosmans E, et al. Immunoendocrine findings in patients with eating disorders. *Neuropsychobiology*. 1999;(40):115–20.
59. Köroğlu E. *DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El kitabı*. HYB Yayıncılık; 2013. 171–179 p.
60. Bruch H. Anorexia nervosa: Therapy and theory. *Am J Psychiatry*. 1982;139(12):1531–8.
61. Bulik CM, Sullivan PF, Kendler KS. An empirical study of the classification of eating disorders. *Am J Psychiatry*. 2000;157(6):886–95.
62. Polivy J, Herman CP. Sociocultural idealization of thin female body shapes: An introduction to the special issue on body image and eating disorders. *J Soc Clin Psychol*. 2004;23(1):1–6.
63. Evilly MC Mac. The price of perfection. *Br Nutr Found Nutr Bull*. 2001;(26):275–6.
64. Bağcı Bosi AT, Çamur D, Güler Ç. Prevalence of orthorexia nervosa in resident medical doctors in the faculty of medicine (Ankara, Turkey). *Appetite*. 2007;(49):661–6.
65. Gleaves DH, Graham EC, Ambwani S. Measuring “orthorexia”: Development of the Eating Habits Questionnaire. *Int J Educ Psychol Assess*. 2013;12(2):1–18.
66. Moroze RM, Dunn TM, Craig Holland J, Yager J, Weintraub P. Microthinking about micronutrients: A case of transition from obsessions about healthy eating to near-fatal “orthorexia nervosa” and proposed diagnostic criteria. *Psychosomatics*. 2014;56(4):397–403.

67. Şengül R, Hocaoğlu Ç. Ortoreksiya nervoza nedir? Tanı ve tedavi yaklaşımları. KSÜ Tıp Fakültesi Derg. 2019;14(2):101–4.
68. Thompson JK, Covert MD, Richards KJ, Johnson S, Cattarin J. Development of body image, eating disturbance, and general psychological functioning in female adolescents: Covariance structure modeling and longitudinal investigations. *Int J Eat Disord.* 1995;18(3):221–36.
69. Ergüney FE. Yeme Bozukluğu Hastalarında Tedavi Motivasyonu, Beden İmgesi ve Depresyonun Değerlendirilmesi. İ.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2012.
70. Yücel B. Yeme Bozuklukları Tedaviler. İçinde: Yücel B, Akdemir A, Küey A, Maner F, Vardar E, editors. *Yeme Bozuklukları ve Obezite.* 2013. 147 s.
71. Koven NS, Wabry A. The clinical basis of orthorexia nervosa: Emerging perspectives. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2015;11:385–94.
72. TDK. Güncel Türkçe Sözlük. Türk Dil Kurumu. 1998.
73. Ferguson H. Me and my shadows: on the accumulation of body-images in western society part two-the corporeal forms of modernity. *Body Soc.* 1997;3(4):1–31.
74. Oğuz GY. Bir güzellik miti olarak incelik ve kadınlarla ilgili beden imgesinin televizyonda sunumu. *Selçuk İletişim Derg.* 2005;4(1):32–7.
75. Ergenekon B. Estetik Cerrahiye Başvurmanın Kültüre Bağlı Nedenleri. A.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara, 2006.
76. Davis K. Cosmetic surgery in a different voice: The case of madame noël. *Am J Cosmet Surg.* 2007;24(2):53–65.
77. Başterzi AD, Tüzer V, Alagöz MŞ, Uysal AÇ, Göka E. Estetik cerrahi hastalarında yeme tutumu ve beden algısı. *Yeni Symp.* 2003;41(1):3–6.
78. Stice E. Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review. *Psychol Bull.* 2002;128(5):825–48.

79. Jones JM, Bennett S, Olmsted MP, Lawson ML, Rodin G. Disordered eating attitudes and behaviours in teenaged girls: A school-based study. *Cmaj*. 2001;165(5):547–52.
80. Lindeman AK. Quest for ideal weight: Costs and consequences. *Med Sci Sports Exerc*. 1999;31(8):1135–40.
81. Ohjimi H, Shioya N, Ishigooka J. The role of psychiatry in aesthetic surgery. *Aesthetic Plast Surg*. 1988;(12):187–90.
82. Özgür F, Tuncali D, Gürsu KG. Life satisfaction, self-esteem, and body image: A psychosocial evaluation of aesthetic and reconstructive surgery candidates. *Aesthetic Plast Surg*. 1998;(22):412–9.
83. Uğurlu N, Akın H. Muğla sağlık yüksekokulu öğrencilerinin beden benlik algısı ve psikolojik sıkıntı belirtileri ile ilişkisi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Derg*. 2008;11(4):38–47.
84. Tezcan B. Obez Bireylerde Benlik Saygısı, Beden Algısı ve Travmatik Geçmiş Yaşantılar. Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2009.
85. Sarwer DB, Wadden TA, Foster GD. Assessment of body image dissatisfaction in obese women: Specificity, severity, and clinical significance. *J Consult Clin Psychol*. 1998;66(4):651–4.
86. Uskun E, Şabaplı A. Lise öğrencilerinin beden algıları ile yeme tutumları arasındaki ilişki. *TAF Prev Med Bull*. 2013;12(5):519–28.
87. Kundakcı AH. Üniversite Öğrencilerinin Yeme Tutumları, Benlik Algısı, Vücut Algısı ve Stres Belirtileri Açısından Karşılaştırılması. A.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2005.
88. Jourard SM, Secord PF. Body-cathexis and the ideal female figure. *J Abnorm Soc Psychol*. 1955;50(2):243–6.
89. Güleç M, Yabancı N, Göçgeldi E, Bakır B. Ankara’da iki kız öğrenci

- yurdunda kalan öğrencilerin beslenme alışkanlıkları. *Gülhane Tıp Derg.* 2008;(50):102–9.
90. Donini LM, Marsili D, Graziani MP, Imbriale M, Cannella C. Orthorexia nervosa: Validation of a diagnosis questionnaire. *Eat Weight Disord.* 2005;10:e28–32.
 91. Arusoğlu G, Kabakçı E, Köksal G, Merdol TK. Ortoreksiya nervoza ve ortoreksiya'nın Türkçe'ye uyarlama çalışması. *Türk Psikiyatri Derg.* 2008;19(3):283–91.
 92. Abakay U, Alıncak F, Ay S. Üniversite öğrencilerinin beden algısı ve atılganlık düzeyinin incelenmesi. *Uluslararası Türk Eğitim Bilim Derg.* 2017;(9):12–8.
 93. Secord PF, Jourard SM. The appraisal of body-cathexis: body-cathexis and the self. *J Consult Psychol.* 1953;17(5):343–7.
 94. Coughlin JW, Schreyer CC, Sarwer DB, Heinberg LJ, Redgrave GW, Guarda AS. Cosmetic surgery in inpatients with eating disorders: Attitudes and Experience. *Body Image.* 2012;9(1):180–3.
 95. Fidan T, Ertekin V, Işıkay S, Kirpınar I. Prevalence of orthorexia among medical students in Erzurum, Turkey. *Compr Psychiatry.* 2010;51(1):49–54.
 96. Aksoydan E, Camci N. Prevalence of orthorexia nervosa among Turkish performance artists. *Eat Weight Disord.* 2009;14(1):33–7.
 97. Hamurcu P, Öner C, Telatar B, Yeşildağ Ş. Obezitenin benlik saygısı ve beden algısı üzerine etkisi. *Türkiye Aile Hekim Derg.* 2015;19(3):122–8.
 98. Javo IM, Sørli T. Psychosocial characteristics of young Norwegian women interested in liposuction, breast augmentation, rhinoplasty, and abdominoplasty: A population-based study. *Plast Reconstr Surg.* 2010;125(5):1536–43.
 99. Asil E, Sürücüoğlu MS. Orthorexia nervosa in Turkish dietitians. *Ecol Food Nutr.* 2015;54(4):1–11.

100. Korinth A, Schiess S, Westenhoefer J. Eating behaviour and eating disorders in students of nutrition sciences. *Public Health Nutr.* 2009;13(1):32–7.
101. Baş Y. Diyetisyenlerde Sağlıklı Beslenme Takıntısı (Ortoreksiya Nervoz) ve Yeme Tutumlarının Saptanması. H.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2014.
102. Oğuz EG. Balıkesir Üniversitesi Öğrencilerinde Yeme Tutumu ve Yeme Bozuklukları Yaygınlığı ve İlişkili Faktörlerin Araştırılması. B.Ü. Uzmanlık Tezi, Balıkesir, 2018.
103. Ergin G. Sağlık Personeli Olan ve Olmayan Bireylerde Ortoreksiya Nervoz Sıklığı Araştırması. B.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2014.
104. Varga M, Thege BK, Dukay-Szabó S, Túry F, Furth EF Van. When eating healthy is not healthy: Orthorexia nervosa and its measurement with the ORTO-15 in Hungary. *BMC Psychiatry* 2014;. 2014;14(1):1–11.
105. Özkan AN, Ülkücü A, Tapan ME, Turgutlugil B, Çaylan A. Evaluating orthorexia tendency among trakya university medical school students. *Turkish Med Student J.* 2015;2(1):1–4.
106. Aşçı FH, Gökmen H, Tiryaki G, Aşçı A ZE. Sportif katılımın liseli erkek öğrencilerin beden bölgelerinden hoşnut olma düzeyleri üzerinde etkisi. *Spor Bilim Derg.* 1993;4(3):38–47.
107. Hausenblas HA, Downs DS. Comparison of body image between athletes and nonathletes: a meta-analytic review. *J Appl Sport Psychol.* 2001;13(3):323–39.
108. Hausenblas HA, Fallon EA. Exercise and body image: A meta-analysis. *Psychol Heal.* 2006;21(1):33–47.
109. Hacıoğlu M. Üniversite öğrencilerinin beden imgesi hoşnutluğu ve iletişim becerilerinin incelenmesi. *Gaziantep Üniversitesi Spor Bilim Derg.* 2017;2(2):1–16.

110. Frederick DA, Lever J, Peplau LA. Interest in cosmetic surgery and body image: Views of men and women across the lifespan. *Plast Reconstr Surg*. 2007;120(5):1407–15.
111. Arslantaş H, Adana F, Öğüt S, Ayakdaş D, Korkmaz A. Hemşirelik öğrencilerinin yeme davranışları ve ortoreksiya nervoza (sağlıklı beslenme takıntısı) ilişkisi : Kesitsel bir çalışma. *J Psychiatr Nurs*. 2017;8(3):137–44.
112. Plichta M, Jezewska-Zychowicz M. Orthorexic tendency and eating disorders symptoms in Polish students: Examining differences in eating behaviors. *Nutrients*. 2020;12(1):1–17.
113. Duran S. Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinde ortoreksiya nervoza (sağlıklı beslenme takıntısı) riski ve etkileyen faktörler. *Pamukkale Med J*. 2016;9(3):220–6.
114. Turner PG, Lefevre CE. Instagram use is linked to increased symptoms of orthorexia nervosa. *Eat Weight Disord*. 2017;22(2):277–84.
115. Türkiye Beslenme Rehberi TÜBER 2015. T.C. Sağlık Bakanlığı, 1031, Ankara; 2016.
116. Saariemi KMM, Salmi AM, Peltoniemi HH, Charpentier P, Kuokkanen HOM. Does liposuction improve body image and symptoms of eating disorders? *Plast Reconstr Surg - Glob Open*. 2015;3(7):1–5.

10. EKLER

EK 1: Taahhütname

İstanbul İçerenköy Bayındır Hastanesi Tıbbi Direktörlüğüne

"Liposuction (Yağ Emme) Ameliyatlı Olan Yetişkinlerin Ortoreksiya Nervosa Eğilimleri ve Beden Algıları" isimli tez çalışmamın İçerenköy Bayındır Hastanesi'nde yürütemem için başvurumun Kurulunuzca bilimsel ve etik yönden değerlendirilerek sonucun tarafıma bildirilmesini arz ederim.

Çalışmanın amaç-yöntem ve hastalar üzerinde uygulayacağım anket formu eklerdedir.

31/10/2018

Diyetisyen Aslı Fatma GÜNEŞ



Adres ve İletişim Bilgileri:
Ali Nihat Tarlan Cad. Ertaş Sk. No:17 İçerenköy-Ataşehir /İstanbul
0545 693 4635

Ek1: Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Başvuru Formu

Ek2: Asgari Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Ek 3: Anket Formu

Ek 4: Taahhütname

EK 2: Çalışma İzin Belgesi



10.12.2018

Sayın Aslı Fatma Güneş,

Ekte İstanbul Medipol Üniversitesi Etik Kurul Kararı bulunan "Liposuction (Yağ Emme) Ameliyatı Olan Yetişkinlerin Ortoreksiya Nervosa Eğilimleri ve Beden Algıları" isimli çalışmanızı Bayındır İçerenköy Hastanesi'nde yapmanız uygundur.

Prof.Dr.Tayfun GÜRPINAR
Tıbbi Hizmetler Direktör Yardımcısı

Prof.Dr.Tayfun GÜRPINAR
Ünvanı: Tıbbi Hizmetler Direktör Yardımcısı
Terc. Hizmetleri: Tıbbi Hizmetler Direktör Yardımcısı
No: 10.12.2018
Görev Bayındır İçerenköy Hastanesi: 122-4214



0 850 911 0 911 - 444 77 74
www.bayindir-hospital.com.tr

EK 3: Asgari Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

ASGARI BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Bu çalışma, bir yüksek lisans tez araştırmasıdır ve araştırmada, İçerenköy Bayındır hastanesinde yağ emme ameliyatı olan yetişkinlerin Ortoreksiya nervoza eğilimleri ve Beden algılarının belirlenmesi ve aralarındaki ilişkinin değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.

Araştırma sırasında 4 bölümden oluşan bir anket uygulanacaktır. Bu araştırmaya katılmak tamamen sizin gönüllülüğünüz doğrultusunda olup, istediğiniz zaman araştırmaya katılımı reddederek araştırmadan çekilebileceksiniz. Etik kurul, kurum ve diğer sağlık otoriteleri gerekli görülmesi halinde tıbbi kayıtlarınıza doğrudan erişebilecek ancak bilgileriniz kesinlikle gizli kalacaktır. Yazılı bilgilendirilmiş gönüllü olur formunu imzalayarak söz konusu erişime izin vermiş olacaksınız. İlgili mevzuat gereğince kimliğinizi orta çıkaracak kayıtlar gizli tutulacak kamuoyuna açıklanmayacaktır, araştırma sonuçları açıklansa dahi kimliğiniz gizli kalacaktır.

Bu anketi cevaplandırmak için yaklaşık 15 dakikalık bir süre ayırmanız gerekmektedir.

Bilgilendirilmiş gönüllü olur formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen diyetisyen tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum. Söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllü: Ad-Soyad

Araştırmacı: Ad-Soyad

İmza

İmza

Tarih

Tarih

EK 4: Anket Formu

Anket No:....

Bu anket formu, diyetisyen Aslı Fatma GÜNEŞ tarafından yürütülen “Liposuction (Yağ Aldırma) Ameliyatı Olan Kadınların Ortoreksiya Nervoza Eğilimleri ve Beden Algıları” adlı araştırma için oluşturulmuş ve katılımcının gönüllülüğü doğrultusunda sorular araştırmacı tarafından sorulacak ve gönüllü katılımcı tarafından cevaplandırılacaktır. Katılımınız bu konudaki bilimsel çalışmalara katkıda bulunacaktır, gösterdiğiniz ilgi ve hassasiyet için teşekkür ederim.

LİPOSUCTION (YAĞ ALDIRMA) AMELİYATI OLAN YETİŞKİN KADINLARIN ORTOREKSİYA NERVOZA EĞİLİMLERİ VE BEDEN ALGILARI

A) KİŞİSEL BİLGİLER

1. Kaç yaşındasınız?.....
2. Medeni haliniz?
 - 1) Evli
 - 2) Bekar-boşanmış
3. Eğitim düzeyiniz?
 - 1) Okuma yazma bilmiyorum
 - 2) İlkokul
 - 3) Ortaokul
 - 4) Lise
 - 5) Üniversite ve dengi
4. Hangi alanda çalışıyorsunuz?
 - 1) Çalışmıyorum
 - 2) Sağlık alanında çalışıyorum
 - 3) Sağlık dışı bir alanda çalışıyorum
5. Aylık gelirinizi nasıl tanımlarsınız?
 - 1) Düşük
 - 2) Orta
 - 3) Yüksek
6. Hekim tarafından tanısı konmuş kronik bir hastalığınız var mı?
 - 1) Yok
 - 2) Mide- bağırsak hastalıkları
 - 3) Depresyon
 - 4) Hipertansiyon
 - 5) Hipertiriodi
 - 6) Hipotiroidi
 - 7) İnsülin direnci
 - 8) Kabızlık
 - 9) Kalp hastalıkları
 - 10) Kanser
 - 11) Kansızlık
 - 12) PCOS
 - 13) Diyabet
 - 14) Yüksek kolesterol
 - 15) Diğer

7. Bu hastalığa bağlı düzenli olarak kullandığımız bir ilaç var mı? (hastalığı olanlara sorulacak)
- 1) Evet 2) Hayır
8. Bir hastalığa bağlı olmadan düzenli olarak vitamin veya mineral desteği kullanıyor musunuz?
- 1) Evet, düzenli olarak kullanıyorum
- 2) Hayır, düzenli değil zaman zaman kullanıyorum veya hiç kullanmıyorum
9. Sigara kullanıyor musunuz?
- 1) Evet 2) Hayır
10. Alkol kullanıyor musunuz?
- 1) Evet 2) Hayır
11. Fiziksel aktivite durumunuzu nasıl tanımlarsınız?
- 1) Gün içinde hareketsizim ve düzenli olarak yaptığım bir egzersiz yok
- 2) Gün içinde hareketsizim ve düzenli olarak yaptığım bir egzersiz var
- 3) Gün içinde hareketliyim ve düzenli olarak yaptığım bir egzersiz yok
- 4) Gün içinde hareketliyim ve düzenli olarak yaptığım bir egzersiz var
12. Liposuction ile birlikte plastik/estetik operasyonlar geçirdiniz mi?
- 1) Hayır 2) Evet () abdominoplasti () mamoplasti () popo estetiği () diğer
13. Daha önce plastik/estetik ameliyat geçirdiniz mi?
- 1) Hayır 2) Evet () abdominoplasti () mamoplasti
() popo estetiği () liposuction () diğer

B) ANTROPOMETRİK ÖLÇÜMLER

14. Boy (cm).... Kilo (kg).... VKİ (kg/m²)....

15. Kendi kilonuza bakışınız nasıldır?

- 1) Düşük kilodayım 2) Kilomdan memnunum 3) Fazla kilodayım

C) BESLENME ALIŞKANLIĞI VE BESİN TÜKETİM SIKLIĞI

16. Aşağıdaki öğünleri hangi sıklıkta tüketiyorsunuz?

	Her gün	Bazen	Hiç
Kahvaltı			
Öğle			
Akşam			
Ara öğün			

17. Son bir yıl içinde hiç diyet yaptınız mı?

- 1) Evet 2) Hayır

18. Diyet programınızı nereden edindiniz? (cevabı evet olanlara sorulacak)

- 1) Diyetisyenden (yüzyüze/online) 2) Kendim 3) Diğer

19. Besinler ve beslenme ile ilgili önerilere nereden ulaşırsınız?

- 1) İnternet, gazete, dergi, TV 2) Arkadaş
3) Diyetisyen 4) Doktor-hemşire
5) Bilimsel yayınlar, kitaplar

20. Yemek pişirme yöntemlerinden hangisini daha çok tercih edersiniz?

- 1) Hafif ateşte tencere, haşlama, fırın, ızgara, buhar (sağlıklı)
2) Kızartma, kavurma (sağlıksız)

21. Günlük su tüketiminizi nasıl tanımlarsınız?

- 1) Çok iyi takip etmiyorum, 1 litrenin (5 su bardağı) altında olduğunu düşünüyorum
2) Günlük 1-2 litre (5-10 su bardağı) arasında su içerim
3) Günlük 2 litrenin (10 su bardağı) üzerinde su içerim

22. Su ihtiyacınızı karşılamak için ilk olarak hangi sıvıyı tercih ediyorsunuz?

- 1) Su 2) Meyve suyu 3) Soda
4) Kahve / çay 5) Kola / meşrubat 6) Diğer

BESİN TÜKETİM SIKLIĞI ANKETİ

BESİNLER	Hangi Sıklıkta Tüketilir?			
	Her gün	Haftada birkaç kez	Ayda birkaç kez	Yılda birkaç kez veya hiç
Süt ve Süt Ürünleri				
1. Süt ve/veya yoğurt				
2. Süt ve/veya yoğurt (ev yapımı)				
3. Peynir				
Et ve Et Ürünleri, Yumurta, Kuru Baklagiller, Sert Kabuklu Yemişler				
4. Kırmızı et (köfte, kemikli veya kemiksiz parça et)				
5. Tavuk				
6. Balık ve diğer deniz ürünleri				
7. Yumurta				
8. Yumurta (doğal/organik)				
9. Şarküteri ürünleri ve sakatatlar (salam, sosis, sucuk, pastırma vb.)				
10. Kuru baklagiller (kuru fasulye, nohut, mercimek vb.)				
11. Sert kabuklu yemişler (ceviz, fındık, badem vb.)				
Ekmek ve Tahıl Grubu, Şekerli ve Unlu Besinler				
12. Ekmek				
13. Ekmek (ev yapımı)				
14. Tahıl ürünleri (makarna, pilav, erişte, unlu çorbalar)				
15. Tatlı, kek, kurabiye ve reçel				
16. Tatlı, kek, kurabiye ve reçel (ev yapımı)				
17. Fast-food (pizza, hamburger, lahmacun, pide)				

Sebze ve Meyveler				
18. Sebze ve ev yapımı sebze suları				
19. Meyve ve ev yapımı meyve suları				
20. Hazır meyve-sebze suyu, gazlı içecekler				
Yağlar				
21. Yağ çeşitleri (zeytin, zeytin yağı, tereyağ, diğer sıvı yağlar)				
22. Ev yapımı yağ çeşitleri (zeytin, zeytin yağı, tereyağ, diğer sıvı yağlar)				

D) ORTO-11 ÖLÇEĞİ (ORTO-11)

SORULAR	Her zaman	Sık sık	Bazen	Hiçbir zaman
1. Yemek yerken yediklerinizin kalorisine dikkat eder misiniz?				
2. Çeşitli yiyeceklerin olduğu bir yerde yiyecek seçmek durumunda kalırsanız kararsızlık yaşar mısınız?				
3. Son üç ay içerisinde besinler konusunda endişelendiğiniz oldu mu?				
4. Sağlığınızla ilgili endişeleriniz besin seçiminizi etkiler mi?				
5. Yemeğinizin sağlıklı olması sizin için lezzetli olmasından daha mı önemlidir?				
6. Daha sağlıklı daha taze besinler satın almak için daha fazla para harcamak ister misiniz?				
7. Sağlıklı beslenme ile ilgili düşünceler sizi günde üç saatten fazla meşgul eder mi?				
8. Sağlıksız olduğunu düşündüğünüz besinleri yediğiniz oldu mu?				
9. Sizde ruhsal durumunuz yeme düzeninizi etkiler mi?				
10. Besinler içerisinde sadece sağlıklı olanlarını tüketmek kendinize olan güveninizi artırır mı?				

11. Uyguladığınız beslenme tipi yaşam tarzınızı değiştirmi? (dışarıda yeme sıklığı, arkadaşlar vb. açıdan)				
12. Sağlıklı beslenmenin dış görünümünüzü daha iyi bir hale getirebileceğini düşünür müsünüz?				
13. Sağlıksız beslendiğinizde kendinizi suçlu hissedermisiniz?				
14. Piyasada sağlıksız besinlerin de satıldığını düşünür müsünüz?				
15. Son zamanlarda yemeklerinizi özellikle tek başına yemeyi mi tercih edersiniz?				

E) BEDEN ALGISI ÖLÇEĞİ (BAÖ)

	Çok beğeniyorum	Oldukça beğeniyorum	Kararsızım	Pek beğenmiyorum	Hiç beğenmiyorum
1. Saçlarım					
2. Yüzümün rengi					
3. İştahım					
4. Ellerim					
5. Vücudumun kıl dağılımı					
6. Burnum					
7. Fiziksel gücüm					
8. İdrar dışkı düzenim					
9. Kas kuvvetim					
10. Belim					
11. Enerji düzeyim					
12. Sırtım					
13. Kulaklarım					
14. Yaşım					
15. Çenem					
16. Vücut/beden yapım					

17. Profilim					
18. Boyum					
19. Duygularımın keskinliği					
20. Ağrıya dayanıklılığım					
21. Omuzlarımın genişliği					
22. Kollarım					
23. Göğüslerim					
24. Gözlerimin şekli					
25. Sindirim sistemim					
26. Kalçalarım					
27. Hastalığa direncim					
28. Bacaklarım					
29. Dişlerimin şekli					
30. Cinsel gücüm					
31. Ayaklarım					
32. Uyku düzenim					
33. Sesim					
34. Sağlığım					
35. Cinsel faaliyetlerim					
36. Dizlerim					
37. Vücudumun duruş şekli					
38. Yüzümün şekli					
39. Kilom					
40. Cinsel organlarım					

11. ETİK KURUL ONAYI



T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı

E-İmza

Sayı : 10840098-604.01.01-E.47617
Konu : Etik Kurulu Kararı

30/10/2018

Sayın Aslı Fatma GÜNEŞ

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz "Liposuction (Yağ Emme) Ameliyatı Olan Yetişkinlerin Ortoreksiya Nervoza Eğilimleri ve Beden Algıları" isimli başvurunuz incelenmiş olup etik kurulu kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı

Ek:
-Karar Formu (2 sayfa)

Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK tarafından 30.10.2018 tarihinde e-İmzalanmıştır. Evrağınızı <https://ebys.medipol.edu.tr/e-ımsız> linkinden 3769A20EXA kodu ile doğrulayabilirsiniz.

İstanbul Medipol Üniversitesi
Kavacık Mah. Ekinciler Cad. No 19 Kavacık Kavşağı - Beykoz
34810 İstanbul

Tel: 444 85 44
İnternet: www.medipol.edu.tr
Ayrıntılı Bilgi İçin: bilgi@medipol.edu.tr



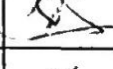


İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Liposuction (Yağ Emme) Ameliyatı Olan Yetişkinlerin Ortoreksiya Nervoza Eğilimleri ve Beden Algıları			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVAN/ADI/SOYADI	Aslı Fatma GÜNEŞ			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Beslenme ve Diyetetik			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarih	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
Karar Bilgileri	Karar No: 624	Tarih: 24/10/2018		
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna "oybirliği" ile karar verilmiştir.			

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI	Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile İlgili		Kabul *		İmza
Prof. Dr. Şeref DEMİRAYAK	Eczacılık	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK	Farmakoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. İlnur KESKİN	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Devrim TARAKCI	Ergoterapi	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Sibel DOĞAN	Psiko-onkoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Hikmet ÖÇİŞİK	Biyoteknoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Keziban OLCA	Endodonti	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

* : Toplantıda Bulunma



T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı

E-İmzalıdır

Sayı : 10840098-604.01.01-E.17718
Konu : Etik Kurulu Kararı

25/06/2020

Sayın Aşlı Fatma GÜNEŞ

Üniversitemizin Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 30/10/2018 tarihli ve 10840098-604.01.01-E.47617 karar no ile onay verilen "Liposuction (Yağ Emme) Ameliyatı Olan Yetişkinlerin Ortoreksiya Nervoza Eğilimleri Ve Beden Algıları" isimli araştırmanız ile ilgili aşağıda belirtmiş olduğunuz değişiklikler uygun bulunmuş olup kayıt altına alınmıştır.

Bilgilerinize rica ederim.

- Araştırmada hedeflenen kişi sayısı (61) tamamlanmıştır, ancak erkek sayısının çok az (3 kişi) olması nedeni ile erkek katılımcıların araştırma dışı bırakılmasının uygun olacağı düşünülmüştür. Böylece, hedeflenen sayının %5 eksiği olan 58 kadın katılımcı ile veri toplama süreci tamamlanmıştır. Bu nedenle "Liposuction (Yağ Emme) Ameliyatı Olan Yetişkinlerin Ortoreksiya Nervoza Eğilimleri ve Beden Algıları" olan araştırma adının "Liposuction (Yağ Aldırma) Ameliyatı Olan Yetişkin Kadınların Ortoreksiya Nervoza Eğilimleri ve Beden Algıları"

- Araştırma hipotezlerinin;

H1: Liposuction ameliyatı olan kadınların ON eğilimleri yüksektir ve beslenme alışkanlıkları ON eğilimlerini etkiler.

H2: Liposuction ameliyatı olan kadınlar düşük beden algısına sahiptir ve VKİ'leri ile fiziksel aktivite durumları beden algılarını etkiler.

H3: ON eğilimi ile beden algıları arasında ilişki vardır.

Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı

Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK tarafından 25.06.2020 tarihinde e-imzalanmıştır. Evrağınızı <https://ebys.medipol.edu.tr/e-imza> linkinden AE013515XA kodu ile doğrulayabilirsiniz.

12. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Aslı Fatma	Soyadı	GÜNEŞ
Uyruğu	TC	E-mail	afgunes4@gmail.com

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Yüksek Lisans	İstanbul Medipol Üniversitesi	2020
Lisans	Ege Üniversitesi	2015
Lise	Elbistan Anadolu Lisesi	2009

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre
1. Diyetisyen	Bayındır Sağlık Grubu (İstanbul İçerenköy Hastanesi)	2017-halen
2. Diyetisyen	Gözde Sağlık Grubu (İzmir Hastanesi)	2016-2017
3. Diyetisyen	Akhisar Özel Doğuş Hastanesi	2015-2016

Yabancı Dil Bilgisi ve Sınav Puanı

Yabancı Dil	Okuduğunu Anlama	Konuşma	Yazma	YÖKDİL
İngilizce	İyi	Zayıf	Orta	61,25

Sınav Puanları

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES	81,80	74,07	82,73

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma Becerisi
MS Office Programları	İyi
SPSS	Orta
BeBİS (Beslenme Bilgi Sistemi)	İyi