



**T.C.**

**HİTİT ÜNİVERSİTESİ**

**LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA  
ORTOREKSİYA NEVROZA PREVALANSI, RİSK FAKTÖRLERİ  
VE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ARASINDAKİ İLİŞKİ**

**Yüksek Lisans Tezi**

**Merve TATLI**

**Çorum - 2022**



**BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA ORTOREKSİYA  
NEVROZA PREVALANSI, RİSK FAKTÖRLERİ VE SAĞLIK  
OKURYAZARLIĞI ARASINDAKİ İLİŞKİ**

**Merve TATLI**

**Lisansüstü Eğitim Enstitüsü  
Hemşirelik Anabilim Dalı**

**Yüksek Lisans Tezi**

**TEZ DANIŞMANI**

**Doç. Dr. Gülay YILMAZEL**

**Çorum 2022**

Merve TATLI tarafından hazırlanan “Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarında Ortoreksiya Nevroza Prevalansı, Risk Faktörleri Ve Sağlık Okuryazarlığı Arasındaki İlişki” adlı tez çalışması 05/04/2022 tarihinde aşağıdaki jüri üyeleri tarafından oy birliği ile Hitit Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalında Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Danışmanı:

Doç. Dr. Gülay YILMAZEL  
Hitit Üniversitesi

.....

Jüri  
Üyeleri:

Dr. Öğr. Üyesi Remziye CİCİ  
Hitit Üniversitesi

.....

Jüri  
Üyeleri:

Dr. Öğr. Üyesi Kevser IŞIK  
Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi

.....

Hitit Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Yönetim Kurulunun .../.../..... tarih ve ..... sayılı kararı ile Merve TATLI'nın Hemşirelik Anabilim Dalında Yüksek Lisans derecesi alması onanmıştır.

Prof. Dr. Muhammed Asif YOLDAŞ  
Enstitü Müdürü

## TEZ BİLDİRİMİ

Tez içindeki bütün bilgilerin etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde elde edilerek sunulduğunu, ayrıca tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada bana ait olmayan her türlü ifade ve bilginin kaynağına eksiksiz atıf yapıldığını beyan ederim.

Merve TATLI



# BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA ORTOREKSİYA NEVROZA PREVALANSI, RİSK FAKTÖRLERİ VE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Merve TATLI

ORCID: 0000-0001-8269-9465

HİTİT ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

Yüksek Lisans Tezi

Mart 2022

## ÖZET

Bu çalışmanın amacı birinci basamak sağlık çalışanlarında ortoreksiya nevroza prevalansı, risk faktörleri ve sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkiyi incelenmektir. Kesitsel ve ilişki arayıcı türdeki bu çalışma Nisan 2020-Şubat 2022 tarihleri arasında Çorum ilinde 490 birinci basamak sağlık çalışanının katılımı ile tamamlandı. Verilerin toplanmasında sosyo-demografik bilgi formu, ORTO-15 ölçeği, Yeme Tutum Testi-26, Beck Depresyon Ölçeği ve Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 kullanıldı. Değerlendirmelerde yüzdellik, ortalama, Ki-kare testi, Pearson Korelasyon ile multinominal lojistik regresyon analizleri kullanıldı.

Katılımcıların %24,7'si 20-29 yaş grubunda, %38,6'sı 30-39 yaş grubunda ve %36,7'si 40 ve üstü yaş grubunda olup yaş ortalaması  $36,1\pm 8,7$  yıl olarak saptanmıştır. Araştırma grubunun %35,7'si erkek ve %64,3'ü kadındır. Katılımcıların ünvanlarına göre dağılımı incelendiğinde %30,2'si doktor ve %69,8'i yardımcı sağlık personelidir. Katılımcıların ORTO-15 ölçeğinden aldıkları puanların ortalaması  $38,3\pm 6,2$  olup %58,4'ü ortoreksiktir. Yeme tutum testinden alınan puanların ortalaması  $14,3\pm 10,2$ 'dir ve %76,3'ünde yeme tutumu normaldir. Depresyon ölçeğinden alınan puanların ortalaması  $30,3\pm 7,7$  iken %48,4'ünde depresyon şiddetlidir. Araştırma grubunun genelinde yetersiz/sorunlu sağlık okuryazarlığı oranı %46 olup ölçek puan ortalaması  $37,1\pm 9,1$ 'dir. Katılımcıların yaşları, kiloları ve sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile ortoreksiya eğilimi arasındaki ilişki pozitif yönde ( $p<0.05$ ), yeme tutumları ve depresyon ile ortoreksiya eğilimi arasındaki ilişki negatif yönde anlamlıdır ( $p<0.001$ ). Ortoreksiya riski sağlıklı ve temiz beslenmeye yönelik sosyal medya kanallarını

takip edenlerde 2,09 kat, fiziksel aktivite yapanlarda 1,88 kat, anormal yeme tutumuna sahip olanlarda 5,35 kat ve depresyon düzeyi şiddetli olanlarda 2,40 kat daha yüksek bulunmuştur.

Sonuç olarak birinci basamak sağlık çalışanlarında ortoreksiya prevalansı ve depresyon oranı yüksektir, sağlık okuryazarlığı düzeyi düşüktür. Anormal yeme tutumu ve depresyon şiddeti ortoreksiya eğilimi üzerinde en etkili iki risk faktörüdür.

**Anahtar Kelimeler:** Birinci basamak, Ortoreksiya, Risk faktörleri, Sağlık çalışanı, Sağlık okuryazarlığı

**Bilim Kodu:** 1032.05; 1079



# **THE RELATIONSHIP BETWEEN ORTHOREXIA NEUROSA PREVALENCE, RISK FACTORS, AND HEALTH LITERACY IN PRIMARY HEALTH CARE WORKERS**

Merve TATLI

ORCID: 0000-0001-8269-9465

HITIT UNIVERSITY

GRADUATE SCHOOL

Master of Science Thesis

March 2022

## **ABSTRACT**

The aim of this study is to examine the relationship between orthorexia neurosa prevalence, risk factors and health literacy among primary health care workers. This cross-sectional and correlational study was completed between April 2020 and February 2022 in Çorum with the participation of 490 primary health care workers. Socio-demographic information form, ORTO-15 scale, Eating Attitude Test-26, Beck Depression Scale and Turkey Health Literacy Scale-32 were used to collect data. Percentage, mean, Chi-square test, Pearson Correlation and multinomial logistic regression analyzes were used in the evaluations.

Of the study group, 24.7% were between the 20-29 age group, 38.6% were in the 30-39 age group and 36.7% were in the 40 and over age group, whit the mean age  $36.1 \pm 8.7$  years. Among the participants, 35.7% were male and 64.3% were female. When the distribution of the participants according to their professions were examined, 30.2% were doctors and 69.8% were allied health personnel. The mean scores of the participants from the ORTO-15 scale were  $38.3 \pm 6.2$  and 58.4% were orthorexic. The mean scores obtained from the eating attitude test was  $14.3 \pm 10.2$  and 76.3% of them had normal eating attitudes. While the mean score of the depression scale was  $30.3 \pm 7.7$ , 48.4% had severe depression. In the study group, the rate of insufficient/problematic health literacy was 46% with the mean score  $37.1 \pm 9.1$ . The relationship between the participants' age, weight, health literacy and orthorexia tendency was positive ( $p < 0.05$ ), while the relationship between eating attitudes, depression and orthorexia tendency was negative significant ( $p < 0.001$ ). The risk of orthorexia was 2.09 times higher among those who followed social media channels for healthy and clean eating, was 1.88 times

higher among those who did physical activity, 5.35 times higher among those with abnormal eating attitudes, and 2.40 times higher among those with severe depression.

In summary, the prevalence of orthorexia and depression were high in primary health care workers, and the level of health literacy was low. Abnormal eating attitude and depression severity were the two most effective risk factors on orthorexia tendency.

**Key Terms:** Primary care, Eating disorders, Risk factors, Health worker, Health Competen

**Science Code:** 1032.05; 1079



## TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın her aşamasında bilgi, tecrübe ve katkılarıyla yol gösteren, manevi desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, kendisini hayatım boyunca her zaman rol model olarak alacağım ve minnettar duyacağım tez danışman hocam Doç. Dr. Gülay YILMAZEL'e,

Yüksek lisans eğitim sürecimde katkılarından dolayı Prof. Dr. İlknur AYDIN AVCI ve Doç. Dr. Birsen ALTAY hocalarıma,

Bu süreçte bana hep inanan ve beni destekleyen çalışma arkadaşlarıma ve abim Hüseyin ÇAĞLAR'a

Hayatımın her aşamasında varlıklarıyla bana güç veren ve eğitim yaşamımın bu aşamasına kadar gelmemi sağlayan aileme sonsuz teşekkür ederim.

Merve TATLI

## İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET .....	iv
ABSTRACT .....	vi
TEŞEKKÜR .....	viii
İÇİNDEKİLER .....	ix
TABLolar DİZİNİ.....	xiii
SİMGELER VE KISALTMALAR .....	xiv
GİRİŞ.....	1

### 1. BÖLÜM

#### GENEL BİLGİLER

1.1. Ortoreksiya Nevroza Tanımı.....	4
1.2. Ortoreksiya Nevrozanın Diğer Yeme Bozuklukları İle İlişkisi.....	4
1.3. Ortoreksiya Nevroza Prevalansı .....	5
1.4. Ortoreksiya Nevroza Risk Faktörleri.....	5
1.4.1. Bireysel faktörler .....	6
1.4.2. Davranışsal faktörler .....	8
1.4.3. Çevresel faktörler.....	10
1.4.4. Psikolojik faktörler .....	11
1.5. Ortoreksiya Nevroza Belirtileri.....	13
1.6. Ortoreksiya Nevroza Tanı Kriterleri.....	13
1.7. Ortoreksiya Nevroza Tedavisi ve Korunma.....	14

## 2. BÖLÜM

### MATERYAL ve YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Şekli .....	15
2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman .....	15
2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....	15
2.3.1. Araştırmanın evreni .....	15
2.3.2. Araştırmanın örnekleme .....	15
2.4. Araştırmanın Değişkenleri .....	16
2.4.1. Araştırmanın bağımlı değişkenleri .....	16
2.4.2. Araştırmanın bağımsız değişkenleri .....	16
2.5. Veri Toplama Araçları .....	16
2.5.1. Ortoreksiya nevroza ölçeği (ORTO-15) .....	16
2.5.2. Yeme tutum testi (EAT-26/YTT-26) .....	17
2.5.3. Beck depresyon ölçeği (BDÖ/BECK-21) .....	17
2.5.4. Türkiye sağlık okuryazarlığı ölçeği (TSOY-32) .....	17
2.6. Verilerin Toplanması .....	18
2.7. İstatistiksel Analiz .....	18

## 3. BÖLÜM

### BULGULAR

3. BULGULAR .....	19
-------------------	----

## 4. BÖLÜM

### TARTIŞMA

4. TARTIŞMA .....	33
-------------------	----

<b>SONUÇ VE ÖNERİLER .....</b>	<b>43</b>
--------------------------------	-----------

<b>KAYNAKÇA .....</b>	<b>45</b>
-----------------------	-----------

<b>EKLER.....</b>	<b>59</b>
<b>EK-1. Anket .....</b>	<b>59</b>
<b>EK-2. Etik kurul onayı.....</b>	<b>65</b>
<b>EK-3. Çorum İl Sağlık Müdürlüğü izin yazısı.....</b>	<b>66</b>
<b>EK-4. Bilgilendirilmiş gönüllü olur formu .....</b>	<b>69</b>



## TABLolar DİZİNİ

<b>Tablo</b>	<b>Sayfa</b>
<b>Tablo 3.1.</b> Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri .....	<b>19</b>
<b>Tablo 3.2.</b> Katılımcıların bazı sağlık davranışları .....	<b>20</b>
<b>Tablo 3.3.</b> Katılımcıların ölçeklerden aldıkları puanların dağılımı .....	<b>21</b>
<b>Tablo 3.4.</b> Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre ortoreksiya prevalansı .....	<b>22</b>
<b>Tablo 3.5.</b> Katılımcıların bazı sağlık davranışlarına göre ortoreksiya prevalansı .....	<b>23</b>
<b>Tablo 3.6:</b> Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre yeme tutumları .....	<b>25</b>
<b>Tablo 3.7:</b> Katılımcıların bazı sağlık davranışlarına göre yeme tutumları.....	<b>26</b>
<b>Tablo 3.8:</b> Sosyo-demografik özelliklerine göre katılımcılarda depresyon şiddeti.....	<b>27</b>
<b>Tablo 3.9.</b> Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri .....	<b>28</b>
<b>Tablo 3.10.</b> Sosyo-demografik özelliklerine göre katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyi .	<b>29</b>
<b>Tablo 3.11.</b> Bazı sağlık davranışlarına göre katılımcıların sağlık okryazarlığı düzeyi .....	<b>30</b>
<b>Tablo 3.12.</b> ORTO-15 puanları ile değişkenlerin korelasyon analizi.....	<b>31</b>
<b>Tablo 3.13.</b> Ortoreksiya riski ile ilişkili faktörlerin lojistik regresyon analizi .....	<b>32</b>

## SİMGELER VE KISALTMALAR

### Simgeler

OR	Odds Oranı (Olasılıklar Oranının Oran)
p	Anlamlılık Değeri
r	Korelasyon Katsayısı
SS	Standart Sapma
% 95 CL	% 95 Güven Aralığı
$\chi^2$	Ki-kare Testi
$\beta$	Beta

### Kısaltmalar

AMA	American Medical Association (Amerikan Tıp Derneği)
APA	American Psychology Association (Amerika Psikoloji Derneği)
BDÖ (BECK)	Beck Depresyon Ölçeği
BKİ	Beden Kitle İndeksi
BOH	Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar
BOT	Bratman Orthorexia Test (Bratman Ortoreksiya Testi)
CDC	Center for Disease Control and Prevention (Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi)
EAT (YYT)	Eating Attitudes Test (Yeme Tutum Testi)
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı veya Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı)
HLS-EU	The European Health Literacy Survey (Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması)
ICD	International Classification of Disease (Uluslararası Hastalık Sınıflandırması)

ON	Ortoreksiya Nevroza (Orthorexia Neurosa)
ORTO	Ortoreksiya Nevroza Değerlendirme Testi
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences (Sosyal Bilimler İstatistik Kurumu)
T.C.	Türkiye Cumhuriyeti
TSOY	Türkiye Sağlık Okuryazarlık Ölçeği
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
WHO	World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)



## GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre kanser, diyabet, kalp hastalığı gibi bulaşıcı olmayan hastalıklar (BOH) dünya çapındaki ilk 10 ölüm nedenleri arasında yer almaktadır (World Health Organization [WHO], 2020). Yıllık 41 milyon insanın ölümüne neden olan BOH küresel düzeydeki tüm ölümlerin %71' inden sorumludur (WHO, 2018). Dünya Sağlık Örgütü halk sağlığı açısından büyük önem taşıyan BOH'ı her geçen yıl prevelansı ve insidansı artan sessiz bir pandemi olarak tanımlamaktadır. Genellikle BOH'ın oluşumuna katkı sağlayan risk faktörleri önlenmektedir. Önlenemez bu risk faktörlerinden; sağlıksız beslenme, fiziksel aktivite yetersizliği, alkol ve tütün kullanımı değiştirilebilir davranışlardandır (WHO, 2019). Olumsuz sağlık davranışları kontrol altına alındığında risk faktörlerinin ortadan kalkabileceği ve bu doğrultuda hastalıkların azalmasının olumlu yönde ivme kazanacağı bildirilmektedir (WHO, 2021a).

Risk faktörleri arasında yer alan sağlıksız beslenme ile BOH arasındaki neden sonuç ilişkisi sürekli gündemdedir. Beslenme alışkanlıklarında yaşanan epidemiyolojik dönüşüm ile artan obezite oranları tüm toplumları tehdit etmektedir (Şahin, Sezerol ve Atak, 2020). Dünya Sağlık Örgütü 2016 yılındaki obezite prevelansının 1975 yılındaki prevelansına göre yaklaşık üç katı arttığını raporlamıştır (WHO, 2021b). Türkiye'nin halk sağlığı sorunları arasında obezite önemli bir yer tutmaktadır ve obezite sıklığı "Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2017" verilerine göre %43,1'dir (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, 2019).

21. yüzyılda tüm toplumlar sağlıklı yaşam tarzının benimsenmesine yoğun ilgi gösterirken toplumlarda sağlıksız beslenmenin artışta olduğu da gözlemlenmektedir (Öztürk ve Tekeli, 2021). Küreselleşme bir yandan gıdaya erişimi kolaylaştırırken, diğer yandan hayat şartlarının değişmesi, uzun süren çalışma saatleri nedeniyle sağlıklı beslenme için yeteri kadar zaman ayıramamasına neden olmuştur. Tüm bu değişikliklerden bireylerin yeme alışkanlıkları olumsuz etkilenmiştir ve yeme bozuklukları gündeme gelmiştir (Cappelli ve Cini, 2020).

Ruhsal Bozuklukların Tanımsal ve Sayımsal El Kitabı - 5 (DSM-5)'te anoreksiya nevroza, bulimia nevroza, tıkanırçasına yeme bozukluğu, pika, geviş getirme bozukluğu, kaçınıcı/kısıtlı besin alımı bozukluğu, diğer belirlenmiş beslenme ve yeme bozuklukları ile belirlenmemiş beslenme ve yeme bozuklukları tanımlanmaktadır (American Psychiatric Association [APA], 2013). Yeme bozuklukları sıklığı kadınlar için %5,7 ve erkekler için ise %2,2 olarak bildirilmektedir (Galmiche, Déchelotte, Lambert ve Tavalacci, 2019).

Tanımlanmış yeme bozukluklarının dışında patolojik bir durum olarak değerlendirilmeyen sağlıklı ve temiz yeme takıntısı; besin hazırlama ve tüketimi ile fazla meşgul olma, zamanın büyük bir bölümünün sağlıklı besinleri temin etmek ile geçirilmesi ve bu nedenle sosyal hayatın geri planda bırakılması ile karakterize bir rahatsızlık olarak değerlendirilebilir (Koven ve Abry, 2015; Oberle, Samaghabadi ve Hughes, 2017).

Kişilerin besinler ile ilgili bu saplantılı tutumları yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilmektedir. Bu durum " ortoreksiya nevroza " (sağlıklı yeme takıntısı, ON) olarak tanımlanmaktadır (Malmborg, Bremander, Olsson ve Bergman, 2017). Yeni bir kavram olan ve toplumlara göre değişiklik gösteren ON prevalansı geniş bir spektrumda (%3,3-69,1) sahiptir (Brytek-Matera, Donini, Krupa, Poggiogalle ve Hay, 2015; Depa, Schweizer, Bekers, Hilzendege ve Stroebele-Benschop, 2017; Dunn, Gibbs, Whitney ve Starosta, 2017; Hyrnik ve diğ., 2016; Missback ve diğ., 2015; Tremelling, Sandon, Vega ve McAdams, 2017; Ramacciotti ve diğ., 2011). Türkiye'de yapılan çeşitli çalışmalarda ise bu oran %12,2-76,4 arasında değişmektedir (Acar Tek ve Karaçil Ermumcu, 2016; Fidan, Ertekin, Işıkay ve Kirpınar, 2010; Pehlivan, Mete, Fırıncı ve Doğan, 2019; Uzdil ve diğ., 2019).

Kesin tanı kriterleri bulunmadığı için henüz bir hastalık olarak tanımlanmayan (APA, 2013; Haman, Barker Ruchti, Patriksson ve Lindgren, 2015) ON sağlıkla ilgili inançlara dayalı saplantılı yiyecek seçimleri ile karakterizedir. Sağlığı iyileştirmek için masum görünen davranışlar ile başlayan ortoreksiya zamanla katı bir diyet şeklini alır. Zamanının çoğunu yiyecek satın almak, pişirmek ve yemek için harcayan bireyde obsesif düşünceler, zorlayıcı davranışlar, kendini kısıtlamalar ve cezalandırmalar kaçınılmazdır. Bu takıntılı beslenme fiziksel sağlığı ve sosyal yaşamı olumsuz etkileyebilmektedir. Yiyeceklerdeki sınırlandırmalar yeterli ve dengeli beslenmenin önüne geçebilmekte, bununla birlikte sosyal izolasyon ve sosyal ilişkilerde bozulmaya neden olabilmektedir (Dunn ve Bratman, 2016).

Sağlıklı ve temiz beslenme konusunda farkındalığın pozitif bir ivme kazanmasına rağmen sağlıkla ilgili yanlış bilgilerin çeşitli sosyal medya platformlarında geniş ve hızlı bir şekilde yayılması nedeniyle ortoreksiya ve yol açabileceği sorunların artması muhtemeldir (Kalra, Kapoor ve Jacob, 2020). Beslenme hakkında edinilen bu yanlış bilgiler ile bireylere benimsetilen beden algısı yeme bozukluklarına zemin hazırlayabilmektedir (Oberle ve diğ., 2017).

Ortoreksik bireylerde tıbbi tedavinin yanı sıra psikolojik destek ile bütüncül bir yaklaşım gerekmektedir. Ancak ON'ya karşı ağırlık verilmesi gereken kısımlardan birisi de koruyucu halk sağlığı önlemleridir. Risk faktörlerinin azaltılmasında en etkili araç sağlık okuryazarlığının iyileştirilmesidir (Yılmazel ve Bozdoğan, 2020). Yeterli sağlık okuryazarlığı sağlığı koruma ve geliştirme uygulamalarına daha fazla katılım ile ilişkilidir. Sağlık okuryazarlığı yeterli olan bireylerde ortoreksiya eğiliminin daha az olduğu görülmektedir (Pehlivan ve diğ., 2019; Yılmazel ve Bozdoğan, 2020).

Literatürde hem ulusal hemde uluslararası düzeyde ON prevalansını ortaya koyan ve risk faktörlerini irdeleyen kanıtlar mevcuttur (McComb ve Mills, 2019). Ancak ON, risk faktörleri ve sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar oldukça sınırlıdır.

Bu araştırmanın amacı birinci basamak sağlık çalışanlarında ON prevalansı, risk faktörleri ve sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkiyi incelemektir. Hipotezler;

H1: Birinci basamak sağlık alışanlarında ON prevalansı yüksektir ve ON risk faktörleri yaygındır.

H1a: Ortoreksik sağlık alışanlarında sağlık okuryazarlığı düzeyi düşüktür.

Bu çalışmanın kapsamı orum il ve ilçe merkezindeki birinci basamak sağlık çalışanları ile sınırlı olup araştırma sonuçları Türkiye'ye genellenemez. Bu çalışmada ankete yanıt veren katılımcıların görüşlerini içtenlikle belirteceği varsayılmıştır.



# 1. BÖLÜM

## GENEL BİLGİLER

### 1.1. Ortoreksiya Nevroza Tanımı

Ortoreksiya nevroza kelimesi sağlıklı gıda ve doğru beslenmeye olan takıntı anlamına gelen Yunanca orthos (= doğru) ve oreksis (= açlık) sözcüklerinden türemiştir. Litaretürde ilk defa 1997'de sağlıklı beslenmeye olan aşırı takıntıyı tanımlamak için Steven Bratman tarafından adlandırılmıştır. Bratman bireylerin kilo kaybını amaçlamadıklarını, hedeflerinin mükemmel ve saf gıdaya ulaşmak olduğunu belirtmektedir (Bratman 1997; Bratman ve Knight, 2000). Ortoreksiya nevroza sağlıklı ve doğal besin tüketimine yönelik patolojik ilgi olarak betimlenmektedir (Acar Tek ve Karaçil Ermumcu, 2016; Barnes ve Caltabiano, 2017; Brytek Matera, 2012; Brytek-Matera, Gramagliya, Gambaro, Delicato ve Zeppego, 2018). Sağlıklı gıda tüketmeye aşırı özen gösterilmesi, saf besinden oluşan diyetler, yemek hazırlama ile ilgili uzun süren meşgul olma hali, katkılı gıdalara yönelik olumsuz düşünceler ile bunlara bağlı günlük yaşamda işlev yitimi yaşanması ON için karakteristikdir (Brytek Matera, 2012; Dunn ve Bratman, 2016; Nevin ve Vartanian, 2017; Oberle ve diğ., 2017).

Ortoreksiya nevrozanın yeme bozuklukları arasında sınıflandırılması ile ilgili görüş farklılıkları devam etmektedir (Brytek-Matera, 2012; Çiçekoğlu ve Tunçay, 2017; Koven ve Abry, 2015). Bazı araştırmacılar ON'nın yemek bozukluklarının değişik bir türü olabileceği yönünde fikir birliği içindedirler (Brytek-Matera ve diğ., 2015; Segura-Garcia ve diğ., 2015). Bir diğer tartışma konusu ise ON'nın bir bozukluktan ziyade sağlıklı olmak adına oluşturulan yeni bir beslenme ve yaşam tarzı fenomeni olarak görülüp görülmeyeceğidir (Bratman, 2017). Ancak yaşam tarzı fenomeninden daha çok bireylerin sağlıklı beslenme adı altındaki saplantıları nedeni ile fiziksel, psikolojik ve sosyal olarak (yetersiz beslenme, kilo kaybı, yorgunluk, duyu durum bozukluğu, sosyal izolasyon ve damgalanma vb.) zarar gördüklerine ilişkin bildirilen raporlarda var olan ruhsal bozukluk kavramlarıyla uyumlu olduğu belirtilmektedir (Morozze, Dunn, Holland, Yager ve Weintraub, 2015.; Nevin ve Vartanian, 2017).

Dünya Sağlık Örgütü'nün Uluslararası Hastalıkların ve İlgili Sağlık Sorunlarının İstatistiksel Sınıflandırması (ICD-11) raporu (WHO, 2022) ile DSM-5'te ON, bağımsız bir ruhsal bozukluk olarak kabul edilmemekle birlikte evrensel bir tanıma sahip değildir (APA, 2013; Cena ve diğ., 2019).

### 1.2. Ortoreksiya Nevrozanın Diğer Yeme Bozuklukları İle İlişkisi

Mevcut veya geçmişte başka tür psikopatoloji öyküsü olanlar da ON için daha fazla risk altındadır (McComb ve Mills, 2019). Ortoreksiya nevroza bir yeme bozukluğu mu (Dunn ve Bratman, 2016) yoksa anoreksiya nevroza, bulimia nevroza ve obsesif- kompulsif gibi sınıflandırılmış olan yeme bozukluklarının bir varyantı mı yada sadece bozulmuş bir yeme

alışkanlığı mı olarak kabul edilmesine dair tartışmalar sürmektedir (Brytek-Matera, 2012). Ortoreksiya nervosa ve anoreksiya nervosanın benzer yönleri arasında; mükemmeliyetçilik, kaygı ve diyetle olan bağımlılıklar sayılabilir (Koven ve Abry, 2015). Anoreksiya nervoza ve bulimia nevrozada bireyler de şişman olma korkusu ön plana çıkarken ON da bu korku öncelikli değildir ve ortoreksik bireyler sağlıklı beslenmedikleri için suçluluk duyabilirler (Bratman ve Knight, 2000; Brytek-Matera,2012). Ortoreksiyada tüketilen besinin içeriği önemli iken anoreksiya nervosa ve bulimia nevrozada besinin miktarı daha çok önem arz etmektedir (Chaki, Pal ve Bandyopadhyay, 2013; Donini, Marsili, Graziani, Imbriale ve Cannella, 2004; Segura-Garcia ve diğ., 2015 ). Ortoreksik bireyler bazı obsesif eğilimler göstermektedirler. Obsesif kompulsif bozukluk hastalarına benzer şekilde, ON'lı bireylerin ritüelleştirilmiş ve kurallara dayalı kalıpları takip etmeleri, yiyeceklerin kontaminasyonu ve kalori içeriği ile ilgili takıntılarının yanı sıra giyinme, yıkama ve kontrol kompulsiyonlarının olması daha olasıdır (Bundros, Clifford, Silliman ve Morris, 2016 ; Hayes, Wu, Nadai ve Storch, 2017 ; Poyraz ve diğ., 2015). Obsesif kompulsif bozukluk ile ortoreksiyanın en belirgin ayırım noktası ise ortoreksiyada varolan takıntıların içeriğinin egoya uyumlu olmasıdır (Koven ve Abry, 2015).

### **1.3. Ortoreksiya Nevroza Prevalansı**

Son yıllarda temiz ve saf diyetler giderek artan bir trend göstermektedir. Bu durum araştırmacıların ON'ya olan ilgisini arttırmaktadır (Nevin ve Vartanian, 2017). Ülkeler arasında değişiklik gösteren ON toplum tabanlı ve spesifik gruplara yönelik yapılan araştırmalarda prevalansı Amerika'da %6-49,5 (Dunn, Gibbs, Whitney ve Starosta, 2017; Tremelling ve diğ., 2017), İtalya'da %6,9-57,6 (Donini ve diğ., 2004; Ramacciotti ve diğ., 2011), Almanya'da %3,3-69,1 (Depa ve diğ., 2017; Missback ve diğ., 2015) ve Polonya'da %61,3-65,1 (Brytek-Matera ve diğ., 2015; Hyrnik ve diğ., 2016) olduğu bildirilmektedir. Türkiye'de yapılan değişik gruplardaki araştırmalarda ON sıklığı %12,2-76,4 (Arslantaş, Adana, Öğüt, Ayakdaş ve Korkmaz, 2017; Asil ve Sürücüoğlu, 2015; Fidan ve diğ., 2010; Uzdil ve diğ., 2019; Yılmazel, 2021) arasında raporlanmıştır.

### **1.4. Ortoreksiya Nevroza Risk Faktörleri**

Günümüzde BOH'ın çözümü olarak görülen sağlıklı beslenme dünya çapında önem verilmesi gereken bir alana dönüşmektedir. Bireyler, bilgi ve finansal imkanları doğrultusunda "daha sağlıklı" olanı tercih etmeye yönelmektedir. Ortoreksiya nevrozayı etkileyen faktörlere yönelik belirsizlikler devam etmekle (Dunn ve Bratman, 2016) birlikte genel olarak bireysel, davranışsal, çevresel ve psikolojik risk faktörlerinden söz edilmektedir (McComb ve Mills, 2019).

### 1.4.1. Bireysel faktörler

#### 1.4.1.1. Cinsiyet

Kadınlar, toplumların dogmaları ile özdeşleştirdikleri fiziksel görünüşleri, zayıflığın güzellikle bağdaştırılması gibi nedenlerle kilo kontrolüne dikkat etmeye itilmektedirler. İnce beden imgesine sahip olma hedefi ile diyet yapma eğilimleri fazla olan kadınların yeme bozukluğu riskine yatkınlığı fazlalaşmaktadır. Medyadan daha çok etkilenme ve sosyal çevre sağlıklı beslenmeye olan ilgiyi artırırken bunun diğer dezavantajı beslenmeye olan takıntıların kadınlarda artması olarak ortaya çıkmaktadır (McInerney Ernst, 2011; Uzdil ve diğ., 2019).

Ortoreksiya nevrozının kadınlarda daha yaygın görüldüğünü gösteren bilimsel kanıtlar mevcuttur (Koven ve Senbonmatsu, 2013; Ramacciotti ve diğ., 2011; Segura-García ve diğ., 2012; Şanlıer, Yassıbaş, Bilici, Şahin ve Çelik, 2016; Varga, Dukay-Szabo, Tury and van Furth, 2013; Yeşil, Turhan, Tatan, Şarahman ve Saka, 2018). Bununla beraber literatürde erkeklerde ON görülme sıklığının kadınlardan fazla olduğunu gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (Almeida, Borba ve Santos, 2018; Donini ve diğ., 2004; Fidan ve diğ., 2010; Malmberg, Bremander, Olsson ve Bergman, 2017).

Tüm dünya da beden algısının önemi kadınlara atfedilse de günümüzde erkeklerin görünüşleri ile daha çok göz önüne gelmeleri genel olarak fiziksel görünüşün önemli olduğu kabul edilen bir kültür halini almaktadır. Sağlıklı ve fit olmak için yapılan diyetlerde kalorinin aşırı kısıtlanması yetersiz beslenme için risk oluştururken fiziksel uygunluğun sürdürülmesi ve geliştirilmesi için beslenmeye ve tüketilen gıdalara aşırı yoğunlaşma ON oluşumuna zemin hazırlayabilmektedir (Donini, Marsili, Graziani, Imbriale ve Cannella, 2005; Malmberg ve diğ., 2017).

#### 1.4.1.2. Yaş

Yeme sorunlarının en fazla bildirildiği yaş aralığı 10-19 yaş grubudur (Micali, Hagberg, Petersen ve Treasure, 2013). Adolesan dönem ile eğitimin aileden uzakta sürdürüldüğü yıllar, beslenme alışkanlıklarında değişikliğe neden olmaktadır (Racette, Deusinger, Strube, Highstein ve Deusinger, 2005). Sosyal çevre nedeniyle fiziksel görünümüne özen gösteren genç bireylerin yaptıkları kısıtlayıcı diyetler (Dalley ve Buunk, 2011; Liechty ve Lee, 2013) genellikle yetersiz ve sağlıksız beslenmeye yol açarken öte yandan sosyal medyanın aktif kullanımı ile ortoreksiya eğilimlerinde artış görülebilmektedir (Almeida ve diğ., 2018).

Ortoreksiya nevroza ile ilgili risk faktörü olan yaşa ilişkin farklı sonuçlar literatürde yer almaktadır. Yaş azaldıkça ortoreksiya eğiliminin arttığını raporlayan araştırmalar mevcuttur (Almeida ve diğ., 2018; Dell'Osso ve diğ., 2016; Fidan ve diğ., 2010; Rudolph, 2018; Segura-Garcia ve diğ., 2012).

Farklı olarak yaş arttıkça ON sıklığının da arttığı belirtilmektedir (Acar Tek ve Karaçil Ermumcu, 2016; Depa, Barrada ve Roncore, 2019; Donini ve diğ., 2004 ; Varga, Thege, Dukay-

Szabo, Tury ve Furth, 2014). İlerleyen yaşla artan, sağlık sorunlarını özellikle kronik hastalıkları önlemede beslenmenin önemi fark edilmektedir. Bu durum bireyleri beslenme konusunda daha hassas davranışlara yönlendirmektedir. İleri yaş gruplarının ekonomik açıdan özgür olması sağlıklı besinlere erişme imkan sunmaktadır. Sağlıklı ve temiz gıdaya ilişkin ihtiyaçlar ilerleyen yaşla birlikte ON'ya zemin hazırlamaktadır (Depa ve diğ., 2017; McComb ve Mills, 2019).

#### 1.4.1.3. Meslek

Literatür incelendiğinde bazı meslek gruplarının ON riskine yatkın olduğu bildirilmektedir ve bu gruplarda genel popülasyona göre beslenme takıntıları daha fazla görülmektedir. Özellikle sabit bir kiloda kalmaları gereken ve fiziksel egzersizin mesleki açısından gereklilik oluşturduğu; dansçılar, mankenler, atletler, sporcular (Cerea, Bottesi, Pacelli, Paoli ve GHisi, 2018 ; Clifford ve Blyth, 2018 ; Segura-Garcia ve diğ., 2012) yoğa eğitmenleri (Valera, Ruiz, Valdespino ve Visioli, 2014 ) ve sahne sanatçıları (Aksoydan ve Camci, 2009) ON'nın sık görüldüğü meslek gruplarıdır.

Sağlık alanında hizmet sunan veya eğitim gören bireyler sağlıklı beslenmeye daha çok önem vermektedirler. Sadece kendileri adına değil hizmet verdikleri gruplara rol model olmaları ve eğitim amaçlı beslenme konusunda daha çok bilgi ve dikkate sahip olmalarının bu konudaki obsesyonlara neden olabileceği bildirilmektedir (Asil ve Sürücüoğlu, 2015; Korinth, Schiess ve Westenhofer, 2010). Bundan dolayı doktorlar, hemşireler, ebeler, diyetisyenler, fizyoterapistler ve bu bölümlerde eğitim gören öğrenciler ON açısından riskli gruplardır (Acar-Tek ve Karaçil-Ermumcu, 2016; Alvarenga ve diğ., 2012; Asil ve Sürücüoğlu, 2015; Duran, 2016; Gezer ve Kabaran, 2013; Tremelling ve diğ., 2017; Yılmazel, 2021).

#### 1.4.1.4. Eğitim

Eğitim durumunun ON oluşumunda etkisi üzerinde yapılan araştırmalarda çelişkili sonuçlar sunulmaktadır. Bazı araştırmalar eğitim seviyesi azaldığında ortoreksik eğilimin artış gösterdiğini bildirmişlerdir (Arusoğlu, Kabakçı, Köksal ve Merdol, 2008; Barnes ve Caltabiano, 2017; Korinth ve diğ., 2010). Eğitim seviyesinin yüksek olması ile doğru bilgiye ulaşım daha mümkün görünmekte ve beslenme konusunda bilinçli davranışlar geliştirilmesi beklenmektedir (Bilir, 2014). Sağlıklı beslenme konusundaki takıntıların psikolojik bir rahatsızlık olduğu daha erken gözlemlenebilmektedir. Sağlıklı beslenmenin patolojik bir boyut kazanması bilinçsizce edinilen bilgilerden kaynaklanabildiği gibi bilginin yanlış kaynaklardan edinilmesi ve var olan bilginin doğruluğunun sorgulanmamasından da kaynaklanabilmektedir (Şanlier ve diğ., 2016). Yapılan diğer çalışmalarda ise eğitimin ortoreksik eğilimde etkili olmadığı sonucu ortaya konulmuştur (Aksoydan ve Camci, 2009; Asil ve Sürücüoğlu, 2015).

#### 1.4.1.5. Medeni Durum

Medeni durum ile ON ilişkisini inceleyen çalışmalar sınırlıdır. Evlilerin bekarlara oranla daha fazla ortoreksik eğilimde olduğu gösterilse de (Arusoglu ve diğ., 2008) medeni durum ile ON ilişkisini anlamlı bulmayan çalışmalar da mevcuttur (Donini ve diğ., 2004).

### 1.4.2. Davranışsal faktörler

#### 1.4.2.1. Kilo Kontrolü

Obezite ile baş etmenin en etkili yolu sağlıklı beslenme ve fiziksel egzersiz ile optimal vücut ağırlığının korunmasıdır (Şahin, Sezerol ve Atak, 2021; Yaralı ve Hacıoğlu, 2021). Beden kitle indeksi (BKİ) fazla olan bireylerin kilo vermek için uyguladıkları kısıtlayıcı diyetler sağlıklı beslenme ile ilgili aşırı takıntılara yol açabilmektedir (Hyrnik ve diğerleri, 2016). Yapılan araştırmalarda da bireylerde aşırı kilo kontrolünün ON riskini artırdığı gösterilmektedir (Asil ve Sürücüoğlu, 2015; Barthels, Meyer ve Pietrowsky, 2018; Oberle ve diğ., 2017). Beden Kitle İndeksi düşüklüğü ile ON arasındaki ilişkiyi gösteren çalışmalar olduğu gibi (Brytek-Matera ve diğ., 2018; Dell'Osso ve diğ., 2016; Tremelling ve diğ., 2017 ) ON'nın BKİ' den etkilenmediğini raporlayan araştırmalar da mevcuttur (McInerney-Ernst, 2011, Ramacciotti ve diğ., 2011, Varga ve diğ., 2014).

#### 1.4.2.2. Yaşam Biçimi Alışkanlıkları

Optimal vücut ağırlığı ve beden imajı için egzersizin aşırı yapılması sonucunda psikolojik sorunlar ve yeme bozuklukları oluşabilmektedir. Başka bir açıdan fiziksel egzersiz, beslenme konusundaki sorunlardan duygusal kaçış olarak kullanılabilir. Bu sayede yeme davranışındaki bozuklukların giderilmesi ve ideal beden görünümüne sahip olunması amaçlanabilmektedir. Bilinçsiz olarak yapılan aşırı egzersiz bireyleri, yaşam kalitesini olumsuz etkileyen ve sağlık için risk oluşturan eğilimlere yöneltebilmektedir. Bu saplantılar bireylerde ON görülme sıklığını artırabilmektedir (Barnes ve Caltabiano, 2017; Brytek-Matera ve diğ., 2015; Oberle ve diğ., 2018).

Ortoreksiya nevrozının düzenli olarak spor yapanlarda (Oberle ve diğ., 2018), sürekli diyet uygulayanlarda (Barthels ve diğ., 2018) ve çevresindeki kişileri diyetin gerekliliğine inandırmaya çalışanlarda daha sık görüldüğü bildirilmektedir (Varga ve diğ., 2014). Katı diyetlerde besinlerin hazırlanması, pişirilmesi ve satın alınmasında farklı değişiklikler görülmekte ve bu diyetler için diyetisyene sık sık başvurma ve önerilen diyetleri koşulsuz uygulama dikkati çekmektedir (Arslantaş ve diğ., 2017; Missbach ve diğ., 2015). Diyetin içeriklerinin bu kadar farklılaşma göstermesi ON eğilimini artırmaktadır (Barthels ve diğ., 2018). Sosyal medyanın katkısı ile bu eğilimler hızlanmakta (Yılmazel, 2021) ve doğruluğu kesin olmayan diyet uygulama bilgileri çok fazla kişiye ulaşmaktadır. Diyetle aşırı uğraşma, kısıtlayıcı besin alımlarına aşırı odaklanma ve belli programlar dışına çıkmama düzenli diyet yapan bireylerin ON eğilimlerini açıklayabilmektedir (McComb ve Milles, 2019).

### 1.4.2.3. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi

İlk kez 1974 yılında bir çalışmanın içerisinde yer alan sağlık okuryazarlığını Amerikan Tıp Birliği (AMA) “sağlık ortamındaki işleyiş için gerekli olan temel okuma ve işlemsel görevleri yerine getirme yeteneğini içine alan becerilerin bir takım yıldızı” olarak tanımlamaktadır (American Medical Association [AMA], 1999).

Sağlık okuryazarlığına gösterilen fazla ilgi, kavram hakkında birden çok tanımın ortaya çıkmasına neden olmuştur. Sağlık okuryazarlığı yaşam boyunca çeşitli ortamlarda sağlığı geliştirmenin, sürdürmenin ve iyileştirmenin bir yolu olarak bilgiye erişme, anlama, değerlendirme ve iletme yeteneği olarak tanımlanırken (Rootman ve Gordon-El-Bihbey, 2008) aynı zamanda halk sağlığı okuryazarlığına eşdeğer görülmektedir (Freedman ve diğ., 2009).

Avrupa’da sekiz ülke ile (Avusturya, Bulgaristan, Almanya, Yunanistan, İrlanda, Hollanda, Polonya ve İspanya) gerçekleştirilen bir çalışmada anket yapılan toplam nüfusun %10’undan fazlasının yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip olduğu gösterilirken, bu oranın ülkelere göre %1,8 ile %26,9 arasında değiştiği, her 10 kişiden en az birinin (%12) yetersiz ve her iki kişiden birinin (%47) ise sınırlı (yetersiz veya sorunlu) sağlık okuryazarlığına sahip olduğu bildirilmiştir (Sørensen ve diğ., 2015). Güneydoğu Asya ülkelerinde yapılan çalışmaların karşılaştırılmalı analizinde (Malezya, Singapur, Tayland, Myanmar, Laos) sınırlı sağlık okuryazarlığının genel prevalansı ortalama %55,3 iken ülkeler arasında bu oranın %1,6 ila %99,5 arasında önemli ölçüde değiştiği raporlanmıştır (Rajah, Hassali ve Murugiah, 2019). Çin’de toplum tabanlı yapılan bir araştırmada ise düşük sağlık okuryazarlığının prevalansı %84,5 olarak tespit edilmiş ve düşük sağlık okuryazarlığı sıklığı eğitim düzeyi, meslek ve yıllık hane geliri ile negatif ilişkili olarak bildirilmiştir (Wu ve diğ., 2017).

Türkiye geneline temsil eden bir çalışmada bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri %30,9 oranında yetersiz, %38 oranında sorunlu-sınırlı, %23,4 oranında yeterli ve %7,7 oranında ise mükemmel olarak bildirilmiştir. Bu veriler değerlendirildiğinde Türkiye’de yaklaşık her 10 kişiden 7’sinin yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyinde olduğu saptanmıştır (T. C. Sağlık Bakanlığı, 2020).

Yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olan bireyler sağlıklarını korumak için gerekli olan öz bakımları sağlayamamakta, sağlıklı ve dengeli beslenme, fiziksel aktivite gibi olumlu davranışları sergileyememekte, koruyucu sağlık hizmetlerinden yeteri kadar yararlanamamakta, sağlık ihtiyaçları için uygun sağlık kuruluşuna gitmekte zorlanmakta ve çalışanlarla iletişimleri sınırlı olmaktadır. Yanlış ilaç kullanma oranlarının bu bireylerde daha fazla görülmesi bir diğer önemli sorundur (Ennis, Hawthorne ve Frownfelter, 2012; Nutbeam, McGill ve Premkumar, 2018).

Aynı zamanda koruyucu sağlık hizmetlerinde tamamlayıcı bir unsur olarak adlandırılan sağlık okuryazarlığının (Yılmazel ve Çetinkaya, 2016) yetersiz olduğu durumlarda hastalıklara

yakalanma ve var olan hastalığın riskini algılayamama söz konusudur. Bu durumda hastalıkların önlenmesi ve sağlığın korunması çok mümkün görünmemektedir. Sağlık okuryazarlığı, bireylerin beslenme konusundaki bilgileri anlama, değerlendirme ve bu bilgileri sağlıklı besin seçme ve tüketme konusunda kullanmaları açısından da önemlidir (Yılmaz, Yaşar Fırat, Gül ve Atuk Kahraman, 2021). Sağlık okuryazarlık düzeyi yüksek olanların düşük ve yetersiz olanlara göre diyetlerinin daha sağlıklı olduğu kanıtlanmıştır (Speirs, Messina, Munger ve Grutzmacher, 2012; Zoellner ve diğ., 2011).

Sınırlı sağlık okuryazarlığı, ortoreksinin başlangıcında ve ilerlemesinde rol oynayabilir (Yılmazel ve Bozdoğan, 2020). Ortoreksiya riski altında olan bireyler, ilk başlarda sağlıklı yaşam sürme adı altında beslenmeye önem vermiş olsalar da zamanla fiziksel ve ruhsal sağlıklarını, sosyal çevrelerini tehlikeye atan takıntılar ile karakterize olabilmektedir (Tremelling ve diğ., 2017). Sağlıklı beslenme konusundaki var olan bilgilerin doğruluğunu sorgulayabilmek, takıntı halini alan katı ve kısıtlı diyetlerin yetersiz besin alımında nasıl rol oynadığını fark edebilmek ve bu obsesyonların yol açabileceği sosyal sorunların boyutunu erken tanımlayıp çözüme odaklanmak sağlık okuryazarlığı düzeyinin yüksek olması ile bağdaştırılabilmektedir (Biçer ve Malatyalı, 2018).Yapılan çalışmalarda sağlık okuryazarlık düzeyi düşük olanlarda yüksek olanlara göre ortoreksiya görülme riskinin daha fazla olduğu raporlanmıştır (Pehlivan ve diğ., 2019; Yılmazel ve Bozdoğan, 2020).

### **1.4.3. Çevresel faktörler**

#### **1.4.3.1. Aile ve Aile Yaşantısı**

Ruhsal sorunlarda etki payı en yüksek çevresel faktörlerden biri olan aile aynı zamanda beslenme alışkanlıklarının temelini atıldığı ilk ortamdır (Hacıhasanoğlu, Yıldırım, Karakurt ve Sağlam, 2011). Aileden kazanılmış alışkanlıklar, aileye özgü sağlık sorunları, ailenin yaşadığı çevrenin kültürel etkisi ve besinler ile ilgili kısıtlayıcı ya da olumsuz bilgi inançları ON riskini artırabilmektedir (Brytek-Matera, 2012).

Toplumun en küçük yapı taşı olan aileyi, evlenmeden önce sağlıklı beslenme konusunda bilinçlendirmek, beslenme konusundaki alışkanlıklarını yaşamlarına adapte etmeyi kolaylaştırabilir. Evlilik, bireylerin hayatlarında düzen oluşturma çabası olarak görülmektedir (Gregerson ve Gilliath, 2020). Evliliğin oluşturduğu sorumluluklarla birlikte evli bireylerin bekar olanlara göre daha düzenli yaşam biçimine sahip olduğu raporlanmıştır (Kaygusuz ve Gümüş, 2021). Düzenli yeme alışkanlığını benimseyen evli bireylerin sağlıklı beslenme konusunda daha bilgili olmaları öngörülebilir (Erkoç ve Unusan, 2021).

Ailede var olan alışkanlıklar özellikle beslenme alışkanlıklarındaki tutumlar tüm aile bireylerini etkileyebilmektedir (Bükülmez, Oflu, Molon, Aydın ve Şen, 2021; Stage ve diğ., 2018). Çocuklara bakım verenlerin ON riski taşıması çocukluk döneminde gelişen yeme davranışları ve besin tüketimi ile ilgili konularda olumsuz tutumlara neden olabilir (Gu ve

Tucker, 2017) ve erişkinlik döneminde bu tutumlar takıntıya dönüşebilir (Hyrynik ve diğ., 2016).

#### 1.4.3.2. Sosyal Çevre ve Medya

Tüm toplumların kendilerine ait “zayıflık algıları” bulunmaktadır. Bireyler buldukları toplum içerisinde kabul görmelerini kültürün güzellik ideallerine uyup uymadıklarına göre değerlendirmektedir (Arusoğlu ve diğ., 2008; Fidan ve diğ., 2010; Oberle ve diğ., 2017). Bu nedenle bireylerin belli bir fiziksel görünüme sahip olmaları için sergiledikleri aşırı ve takıntılı davranışlar ON oluşumuna katkı sağlayabilmektedir (Gezer ve Kabaran, 2013).

Başka bir açıdan doğal besin maddelerine ulaşmada yaşanan zorluklar, çalışma saatlerinin artması ile hazır gıdaya talebin artması toplumlarda giderek yaygınlaşmaktadır. Fabrikasyon olarak seri üretilen bu besinlerin sağlıklı olup olmadığına karşı güvensizlikler yaşanmaktadır. Bireylerin daha güvenilir besin maddelerine erişmek istemeleri ve sağlık gıda arayışları takıntılara yol açmaktadır (Rangel, Dukeshire ve MacDonald, 2012).

Medyanın besinlerin yol açtığı sağlık sorunlarına karşı sürekli uyarılar yayınlaması, bireyleri sağlık ile ilgili değer yargılarını sorgulamalarına ve hakkında olumsuz fikirler oluşturdukları besinleri dışlayan katı diyetler uygulamaya yönlendirmektedir (Pulat Demir, Can ve Can Tezel, 2020). Diyetten dışladıkları besinler temel besin öğeleri olabilmekte ve bu da bireylerin yetersiz ve sağlıksız beslenmesine sebep olabilmektedir. Gün geçtikçe uygulanan diyet programlarının sayısı ve çeşidi artmaktadır. Bu diyetlerin içerikleri, kullandıkları ürünlerin bilgileri, gıdalardaki katkı maddeleri ve içerisindeki boya, kanserojen gibi zarar veren maddelerin haberlerinin sürekli sosyal medyada tekrar edilmesi bireylerde beslenme ile ilgili obsesyonları artırarak ON'a sebep olmaktadır (Bağcı Bosi, Çamur ve Güler, 2007).

#### 1.4.4. Psikolojik faktörler

##### 1.4.4.1. Beden Ve Sağlık Algısı

Ortoreksiya nervosa riski yüksek olan bireylerin beden görünümü hakkındaki endişelerini sağlıklı beslenmeye atfettiği bildirilmektedir (Barnes ve Caltabiano, 2017; Brytek-Matera ve diğ., 2018). Kadınlarda olumsuz beden algısının zayıflık, erkeklerde kaslı olma isteği ile ortaya çıktığı görülmektedir (Zam, Saijari ve Sijari, 2018). Normal bireylerden farklı olarak ortoreksik bireyler; besinler hakkında daha tedirgin olup, saf olmadığına inandıkları besin aldıklarında suçluluk hissederler. Bu bireylerin dış görünüşlerinin tükettikleri besinlerin etkisi altında olduğu belirtilmektedir (Bratman ve Knight, 2000).

##### 1.4.4.2. Mükemmeliyetçilik

Literatürde ortoreksik bireylerde mükemmeliyetçilik duygusunun baskın olduğu raporlanmaktadır (Barrada ve Roncero, 2018; Dittfeld, Gwizdek, Jagielski, Brzęk, ve Ziora, 2017; Duran, 2016; Hayes, Wu, De Nadai ve Storch, 2017; Koven ve Abry, 2015; Koven ve Senbonmatsu, 2013; Oberle ve diğ., 2017). Yüksek ON riski taşıyan bireyler mükemmele yakın

bir diyet uyguladıklarını düşünerek bu durumdan gurur duyarlar (Oberle ve diğ., 2017). Katı diyet kurallarını aksatmadan yerine getirerek mükemmel bir diyet amaçladıklarından ortoreksik bireyler de mükemmeliyetçiliğin olması doğal karşılanmaktadır (Barnes ve Caltabiano, 2017).

#### 1.4.4.3. Depresyon

Depresyon, dünya çapında 264 milyondan fazla insanı etkileyen yaygın bir ruhsal bozukluktur. Sürekli üzüntü ve daha önce zevk alınan faaliyetlere ilgi eksikliği ile karakterizedir. Depresyon, olağan ruh hali dalgalanmalarından ve günlük yaşamdaki zorluklara verilen kısa süreli duygusal tepkilerden farklıdır. Erkeklerden ziyade kadınlar depresyondan daha fazla etkilenmektedir (WHO, 2021c).

Amerika Birleşik Devletleri'nde 2019 yılında yapılan hane halkı nabız anketi ile elde edilen verilerde 18 yaş ve üzeri bireylerin %6,5'inde depresif bozukluk olduğu bildirilmiştir (Centers Disease Control [CDC], 2021).

Depresyon nokta prevalansı 1994 ile 2014 yılları arasında 30 ülkeye ait analiz sonuçlarında %12,9 olarak bildirilmiştir. Kıtalar arasında en yüksek prevalans Güney Amerika'da (%20,6) iken bunu Asya (%16,7), Kuzey Amerika (%13,4), Avrupa (%11,9) ve Afrika (%11,5) izlemiştir. En düşük prevalans ise %7,3 ile Avusturalya'da raporlanmıştır. Cinsiyet farkının anlamlı olduğu ve toplam prevalansın kadınlarda (%14,4) erkeklere (%11,5) göre daha fazla olduğu bildirilmiştir (Lim ve diğ., 2018). Türkiye'de 2000-2012 yılları arasında depresif bozukluklar üzerine yapılan epidemiyolojik araştırmaların incelendiği bir çalışmada depresif bozukluk sıklığının %1,6 ile %48 arasında değiştiği bildirilmiştir (Binbay ve diğ., 2014).

Tüm toplumları olumsuz etkileyen depresyonun oluşum nedenlerinde sosyal, psikolojik ve biyolojik faktörler yer almaktadır (WHO, 2021c). Depresif bireylerde normal bireylere göre biyokimyasal (noropinefrin, serotonin ve endorfin gibi) değişiklikler görülebilmektedir. Bu değişikliklerin depresyona mı sebep olduğu yoksa depresyon sonucu mu gerçekleştiği kesin olarak bilinmemektedir. Ancak depresyonun çift taraflı neden sonuç ilişkisi düşünülebilir (Koç, 2016). Bu bağlamda depresif belirtilere yol açtığı düşünülen serotonin ve dopamin eksikliği bireylerin yaşamsal faaliyetlerini yerine getirmeyi olumsuz etkileyebilir (Cowen ve Browning, 2015). Beslenme alışkanlıkları ve diyet uygulamaları ile alınan ya da kısıtlanan besinler depresyon belirtilerinin seyrini değiştirebilmektedir (Jacka, Mykletun, Berk, Bjelland ve Tell, 2011; Lang, Beglinger, Schweinfurth, Walter ve Borgwardt, 2015; Özenoğlu, 2018). Diğer yandan sağlıklı diyet uygulamaları depresyon belirtilerinin azaltılmasında ve depresyonun önlenmesinde rol almaktadır (Kurtbeyoğlu, Akduman ve Güneş, 2021).

Sağlıklı beslenmeye olan takıntı ile karakterize edilen ON, dengesiz beslenme nedeniyle temel besin maddelerinin eksikliği ve yetersiz alımı ile ilişkilidir (Varga ve diğ., 2013). Ortoreksik bireylerin yaşamlarının diğer yönlerine müdahale eden ve sosyal izolasyona yol açan bu saplantının diyetteki hatalara yönelik kendini suçlama ve kınamaya yol açtığı göz önüne

alındığında, depresyona yatkınlıkları açısından şaşırtıcı değildir (Gleaves, Graham ve Ambwani, 2013; Oberle ve diğ., 2017).

### **1.5. Ortoreksiya Nevroza Belirtileri**

Ortoreksik eğilimi olan bireylerde genel olarak gözlenen bazı belirtiler şu şekildedir;

- Fast-food yiyeceklerden kaçınma ve organik besinlere yönelme
- Yeme alışkanlıklarını saf besinler tüketme yönünde değiştirme
- Tüketilen yiyecekler dışındaki farklı türden besinlerin genetiği değiştirilmiş yapay madde, herbisit ve pestisit kalıntıları, zararlı yağlar ile fazla tuz/şeker içermesinden aşırı kaygılanarak uzak durmayı seçme
- Zamanla kendilerine özel sınırları olan diyetler geliştirme
- Genellikle diyetle çiğ sebze ve meyvelere yer verme
- Pişirme yönündeki takıntılar nedeniyle besinleri tek tip hazırlamaya yönelme (Alvarenga ve diğ., 2012; Brytek-Matera, 2012; Donini ve diğ., 2004; Dunn, 2016; Ramacciotti ve diğ., 2011).

Ortoreksik bireyler kendileri için oluşturdukları yeme davranışlarını sergilerken ortaya çıkan kaygı ve endişeleri nedeniyle besinlerin satın alınması, hazırlanması ve pişirilmesi konusunda çok fazla zaman harcamaktadırlar. Bununla birlikte katı şekilde uyguladıkları diyetler sosyal izolasyonu da beraberinde getirmektedir (Brytek-Matera, 2012).

Ortoreksiya nevroza riski fazla olan bireyler, ilk başlarda sağlıklı bir yaşam hedefleseler de daha sonra sağlığı bozan, gıda ile ilgili işlevsel olmayan, iş ve sosyal yaşantıyı zorlayıcı inançlar ile karakterize olabilirler. Ortoreksiklerin yeme bozukluğu ve obsesif-kompulsif bozukluklar ile benzer özellikleri taşıdığı görülmektedir (Tremelling ve diğ., 2017).

### **1.6. Ortoreksiya Nevroza Tanı Kriterleri**

Amerikan Psikiyatri Birliği'nin DSM-5'te, ortoreksiyaya ilişkin tanımlanmış resmi bir tanı kriteri bulunmamaktadır (APA, 2013). Ortoreksiya nevroza terimini ilk kez kullanan Steven Bratman, yeme tutumlarının bireylerde patolojik boyuta ulaşmış olduğunu saptamak amacıyla 10 maddeden oluşan Bratman'ın Ortoreksiya Testininin (BOT) uygulanmasını önermiştir (Bratman ve Knight, 2000).

Günümüzde genel olarak kullanılmakta olan ve ON için belirleyici bir ölçek olan ORTO-15, Donino ve arkadaşları ile birlikte 2005 yılında düzenlenmiştir. Bratman ölçeğinde yer alan 10 sorudan; bazı soruların içeriği değiştirilerek ve bazı sorular çıkarılıp, çıkarılan soruların yerine yenilerinin eklenmesi sonucunda 15 soruluk düzenlenen ölçek İtalya'da geliştirilmiştir. Ancak

çoğunlukla bu ölçek yeme tutumunu, depresyon düzeyini ve obsesif- kompulsif davranışları belirlemek için destekleyici ölçeklerle birlikte kullanılmaktadır (Donino ve diğ., 2005).

### **1.7. Ortoreksiya Nevroza Tedavisi ve Korunma**

Tedavinin sağlık profesyonellerinden oluşan bir ekip çalışması ile yürütülmesi önemlidir (Erbay ve Seçkin, 2016). Takıntılarının çok olduğu ortoreksik bireylerin tedavisinde serotonin artıran ilaçlar, davranışa yönelik terapiler ve beslenme ile ilgili eğitimler uygulanabilmektedir. Ortoreksik bireylerin yakınları da tedaviye dahil edilip sosyal çevresi ile çözüme odaklanması daha çok fayda sağlayabilmektedir.

Risk faktörlerinin azaltılmasında altta yatan sebeplerin fark edilmesi önem arz etmektedir (Kalra, Kapoor ve Jacob, 2020). Ortoreksik bireylerin sağlıklı beslenmeye yönelik öğrendikleri bilgiler, bozukluğun boyutu hakkında önemli bilgi vermektedir. Bilgilerin bilimsel olmayan kaynaklardan edinilmesi nedeniyle bireyler sağlıklı olarak düşünülen besinler hakkında yanıltıcı düşüncelere sahip olabilirler. Ortoreksiya nevroza riskinin artıran bu durumlar için gerekli önlem ve denetimler yapılmalıdır. Sağlıklı beslenme hakkında doğru bilginin yaygınlaştırılması ve eğitim verenlerin yeterli donanıma sahip olup olmadığı gözlemlenmelidir (Brytek-Matera, 2012).

Ortoreksiya nevrozadan korunmada kilit taşı bireylerin sağlık okuryazarlık seviyesinin yükseltilmesidir. Kendisine sunulan bilginin doğruluğunu sorgulama yetisi yüksek olan bireyler bu takıntılar oluşmadan ya da oluşuktan sonra gerekli sağlık hizmetlerinden ne ölçüde yararlanabileceğinin farkına varabilmektedirler. Yeterli sağlık okuryazarlığının ON'da en etkili köprü olduğu düşünülmektedir (Pehlivan ve diğ., 2019; Yılmazel ve Bozdoğan, 2020).

Erken teşhis ile ON'nın ilerlemesine engel olunabilir. Buda toplumda periyodik olarak ON taraması yapılarak gerçekleştirilebilir (Karla ve diğ., 2020).

## 2. BÖLÜM

### MATERYAL ve YÖNTEM

#### 2.1. Araştırmanın Şekli

Kesitsel ve ilişki arayıcı türdedir.

#### 2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Nisan 2020-Şubat 2022 tarihleri arasında Çorum il merkezinde yapılmıştır. Türkiye'nin Orta Karadeniz bölgesinde yer alan Çorum ilinin 2020 yılı nüfusu 530.126'dır. İlin nüfus yoğunluğu en fazla Merkez ilçede (299.315) iken en az yoğunluk Boğazkale (3.648) ilçesindedir (Türkiye İstatistik Kurumu [TÜİK], 2021). İlin yüzölçümü ise 12.820 km<sup>2</sup> dir. İl doğusunda Amasya, güneyinde Yozgat, batısında Çankırı, kuzeyinde Sinop, kuzeybatısında Kastamonu, kuzeydoğusunda Samsun ve güneybatısında Kırıkkale ile sınırdır. Uygarlık tarihinde eski bir medeniyet merkezi olarak gösterilen Çorum ili özellikle Hitit uygarlığı ile öne çıkmaktadır (T. C. Kültür ve Turizm Bakanlığı, 2021). Çorum'a bağlı 14 ilçe bulunmaktadır. Sağlık İl Müdürlüğü bünyesinde il merkezinde 31 Aile Sağlığı Merkezi ve 96 Aile Hekimliği Birimi mevcut iken ilçelerde en az birer tane olmak üzere toplamda 41 tane Aile Sağlığı Merkezi ve 86 tane Aile Hekimliği Birimi bulunmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2020).

#### 2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

##### 2.3.1. Araştırma evreni

Araştırmanın evrenini Çorum il ve ilçe merkezinde bulunan birinci basamak sağlık çalışanları oluşturmuştur (N= 600 ). İl ve ilçe merkezi birinci basamak sağlık çalışanlarının toplam listesi İl Sağlık Müdürlüğü'nden temin edilmiştir.

##### 2.3.2. Araştırmanın örneklemi

Evreni bilinen araştırmalarda uygulanan örnekleme formülü ile minimum örneklem büyüklüğü hesaplanmıştır. Ülkemizde yapılan çeşitli araştırmalarda ortoreksiya nevroza prevalansının %12,2 -76,4 arasında olduğu bilgisinden hareketle (Arslantaş, Adana, Öğüt, Ayakdaş ve Korkmaz, 2017; Asil ve Sürücüoğlu, 2015; Fidan ve diğ., 2010; Uzdil ve diğ., 2019; Yılmazel, 2021) minimum örneklem büyüklüğü 235 olarak hesaplanmıştır.

$$n = N.t^2.p.q/d^2(N-1)+ t^2.p.q$$

$$N = 600$$

$$t = 1.96$$

$$p = 0.50$$

$$q = 0.50$$

$$d = \pm 0.05$$

Çalışma 490 birinci basamak sağlık çalışanının katılımı ile tamamlanmıştır.

## **2.4. Araştırmanın Değişkenleri**

### **2.4.1. Araştırmanın bağımlı değişkenleri**

Birinci basamak sağlık çalışanlarında ON görülme durumudur.

### **2.4.2. Araştırmanın bağımsız değişkenleri**

Birinci basamak sağlık çalışanlarının sosyo-demografik özellikleri, ON düzeyleri ile ilişkili olabilecek sağlık davranışları, depresyon şiddeti, yeme tutumu ve sağlık okuryazarlığı düzeyleridir.

## **2.5. Veri Toplama Araçları**

Araştırma verileri iki aşamalı anket formu ile toplanmıştır. Birinci aşamada; katılımcıların sosyo-demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, mesleği, medeni durumu, hane halkındaki kişi sayısı, boyu, kilosu), sağlık-hastalık durumu (doktor tarafından konulmuş kronik bir hastalık varlığı, genel sağlık algısı), beslenme davranışları (öğün atlama durumu, vitamin desteği kullanma durumu, beslenme türleri, diyet uygulama durumu, sosyal medyadan sağlıklı ve temiz beslenme ile ilgili kanalları takip etme durumu) ve sağlık davranışları (fiziksel aktivite yapma durumu, sigara içme durumu) sorgulanmıştır. İkinci aşamada katılımcılardan; ORTO-15 Ölçeği, EAT-26 (Yeme Tutum Testi), Beck Depresyon Ölçeği ve Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 sorularını yanıtlamaları istenmiştir (EK-1).

### **2.5.1. Ortoreksiya nevroza ölçeği (ORTO-15)**

ORTO-15, Bratman ve Kinght (2000) tarafından hazırlanan 10 soruluk ortoreksiya kısa soru kağıdında yer alan ifadelerin (Bratman ve Kinght, 2000), Donini ve diğerleri (2005) tarafından geliştirilmesi ve değiştirilmesi ile oluşturulmuştur. Bazı sorular çıkarılıp yerlerine farklı sorular eklenmiştir. Orijinal haliyle ORTO-15 ölçeği, ilk olarak İtalya'da geliştirilen, ON eğilimini değerlendirmek için düzenlenmiş 15 maddelik bir kendini değerlendirme aracıdır. Ölçeğin Tüekçe versiyonu 2006 yılında düzenlenmiş olup (Bağcı Bosi ve diğ., 2006), 2008 yılında geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılmıştır ve ölçeğin cronbach alfa katsayısı 0,62 olarak bildirilmiştir (Arusoğlu ve diğ., 2008). Maddeler; bireylerin besin seçme, satın alma, hazırlama ve kendilerinin sağlıklı olarak nitelendirdikleri besinleri tüketme konularındaki davranışlarını araştırmaktadır. İfadeler kişilerin hem duygusal hem de rasyonel açıdan değerlendirilmeleri amacıyla geliştirilmiştir. Bu nedenle bazı maddeler "bilişsel-rasyonel alanı" (1, 5, 6, 11, 12, 14), bir bölümü "klinik alanı" (3, 7, 8, 9, 15), diğer kısmı da "duygusal alanı" (2, 4, 10, 13) incelemektedir. Her bir ifade 4'lü likert tipi derecelendirme ile değerlendirilir. Ölçekte, bireylerin kendilerini ne sıklıkla maddelerde tarif edildiği şekilde hissettiklerini "her zaman", "sık sık", "bazen" ve "hiçbir zaman" seçeneklerinden birini işaretleyerek belirtmeleri istenmektedir. Ortoreksiya için ayırt edici olduğu düşünülen cevaplara "1", normal yeme davranışı eğilimini gösteren cevaplara "4" puan verilmektedir. Düşük puanlar ortorektik eğilimi göstermektedir. Yaptıkları geçerlik çalışmalarında, Donini ve

diğerleri (2005) farklı kesme noktaları geliştirmiş olup kesme noktası 40 puan alındığında, ölçeğin yordama kapasitesinin yüksek olduğunu ve ortorektik eğilimi olanları ayırt edebildiğini göstermişlerdir (Donini ve diğ., 2005). Bu çalışmada ölçeğin cronbach alfa katsayısı 0,77 olarak bulunmuştur.

### **2.5.2. Yeme tutum testi (EAT-26/YTT-26)**

Yeme Tutum Testi (YTT-26); Garner, Olmsted, Bohr ve Garfinkel, (1982) tarafından YTT-40 testi revize edilerek, anoreksiya nevrozanın semptomlarını ölçmek için geliştirilmiştir. Test 26 sorudan alınan toplam puanlar ile değerlendirilir ve kesim noktası 20 puan olarak kabul edilmektedir. Testten 0-53 puan arasında puan alınabilir ve alınan puanlar  $\geq 20$  ise yeme davranışındaki tutumunun normal olmadığı,  $< 20$  ise normal yeme davranışına sahip olduğunu gösterir (Dotti ve Lazzari, 1998; Garner ve diğ., 1982). Yeme tutum testi “her zaman” 3 puan, “sıklıkla” 2 puan, “genellikle” 1 puan, “bazen”, “nadiren” ve “hiçbir zaman” yanıtları 0 puan olacak şekilde 6 maddelik Likert ölçeği ile puanlandırılmıştır. Tek bir maddede ise puanlama tam tersi olacak şekilde yapılmıştır. Alınan YTT-26 puanları yükseldikçe yeme bozukluğu riski artmaktadır. Testin kısa formunun Türkçe’ye uyarlanması ilk kez 2014 yılında (cronbach alfa= 0,70) yapılmıştır (Devran, 2014) ve 2019 yılında ölçeğin cronbach alfa iç tutarlık katsayısı yeniden hesaplanarak 0.84 olarak saptanmıştır (Ergüney Okumuş ve Sertel Berk, 2019). Bu çalışmada ölçeğin cronbach alfa katsayısı 0,73 olarak bulunmuştur.

### **2.5.3. Beck depresyon ölçeği (BDÖ/BECK-21)**

Ölçeğin amacı, depresyon belirtilerini ölçmek ve depresyonun derecesini sayısal olarak belirlemektir (Beck, Ward, Mendelson, Mock, ve Erbaugh, 1961). Beck Depresyon Ölçeğinin (BDÖ) geçerlilik ve güvenilirlik çalışması üniversite öğrencileri ile gerçekleştirilmiş olup Türkçe’ye uyarlanması Hisli (1989) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı (cronbach alfa) 0,63 olarak saptanmıştır. Kesme noktası ise 17 olarak kabul edilmiştir. Ölçek 21 başlık ve bu başlıklara ait dört maddelik sorudan oluşmaktadır. Her bir maddenin 0-3 arasında puanlandığı ölçekten toplamda 0 ile 63 arasında puan alınabilmektedir. Ölçekten alınan 0-9 puan aralığı minimal, 10-16 puan aralığı hafif depresyon, 17-29 puan aralığı orta derece depresyon ve 30-63 puan aralığı şiddetli depresyonu göstermektedir (Hisli, 1989). Bu çalışmada ölçeğin cronbach alfa katsayısı 0,85 olarak bulunmuştur.

### **2.5.4. Türkiye sağlık okuryazarlığı ölçeği (TSOY-32)**

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32), Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması (HLS-EU) temel alınarak, sağlık okuryazarlığı düzeyini değerlendirmek için geliştirilmiş öz bildirim ölçeğidir. Beşli Likert tipinde 32 maddelik bu ölçek, 2x4’lük bir matris olarak yapılandırılmıştır (Okyay ve Abacıgil, 2016). Kavramsal çerçevede bu matriks, sağlıkla ilgili iki boyut (tedavi ve hizmet/ hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi) ve sağlıkla ilgili dört bilgi edinme sürecini (ulaşma, anlama, değerlendirme ve kullanma/kullanmama) kapsamaktadır. Ölçekteki her soru, “çok kolay, kolay, zor, çok zor ve fikrim yok” şeklinde derecelendirilmiştir ve ‘1: çok

kolay, 2: kolay, 3: zor, 4: Çok zor, 5: fikrim yok' olarak kodlanmıştır. Ölçekten en düşük 0 puan en yüksek ise 50 puan alınmaktadır. Puanlara verilen cevaplar ise 1 (çok kolay) = 4 puan, 2 (kolay) = 3 puan, 3 (zor) = 2 puan, 4 (çok zor) = 1 puan ve 5 (fikrim yok) = 0 puan olacak şekilde hesaplanmıştır. Sağlık okuryazarlık düzeyi elde edilen puana göre; yetersiz sağlık okuryazarlığı (0-25 puan), sorunlu/sınırlı sağlık okuryazarlığı (26-33 puan), yeterli sağlık okuryazarlığı (34-42 puan) ve mükemmel sağlık okuryazarlığı (43-50 puan) olmak üzere dört grupta toplanmıştır. Ölçeğin geçerlilik ve güvenirlik çalışması 2016 yılında tarafından yapılmış olup genel iç tutarlık katsayısını (cronbach alfa) 0,93 olarak belirlenmiştir (Okyay ve Abacıgil, 2016). Bu çalışmada ölçeğin cronbach alfa kat sayısı 0,96 olarak bulunmuştur.

## **2.6. Verilerin Toplanması**

Çalışmanın başlatılabilmesi için Hitit Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulundan onam alınmıştır (Kabul No: 2020-38) (EK-2). Etik kurul onayını takiben İl Sağlık Müdürlüğü ile görüşülerek yazılı onam alınmıştır (EK-3). Yazılı izinler doğrultusunda birinci basamak sağlık çalışanlarının bulunduğu kurumlara haftalık ziyaretler yapılmıştır. Ziyaret saatlerinde katılımcılara anket formları dağıtılmıştır. Anket formlarının yanıtlanma süresi ortalama 20-30 dakikadır. Yanıtlanan anketler doldurulduktan sonra geri toplanmıştır.

## **2.7. İstatistiksel Analiz**

Araştırma verileri SPSS 21.0 programı aracılığı ile değerlendirilmiştir. Değerlendirmelerde verilerin normal dağılıma uygunluğu incelenmiştir. Analizlerde yüzdeler, ortalama, Ki-kare testi (gruplar arasındaki karşılaştırma için) Pearson Korelasyon Analizi (bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki ilişkinin gücü ve yönü için) ve multinominal lojistik regresyon analizi (bağımlı değişken üzerinde etkili olan faktörlerin belirlenmesi için) yapılmıştır. İstatistiksel analizlerde  $p < 0,05$  değeri anlamlı kabul edilmiştir.

### 3. BÖLÜM

#### BULGULAR

Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri Tablo 3.1'de gösterilmiştir.

**Tablo 3.1.** Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri (n=490)

Özellikler	$\bar{x}\pm SS$	Sayı	%
<b>Yaş grupları (yıl)</b>	36,1±8,7		
20-29		121	24,7
30-39		189	38,6
≥40		180	36,7
<b>Cinsiyet</b>			
Kadın		315	64,3
Erkek		175	35,7
<b>Eğitim düzeyi</b>			
Lise		71	14,5
Üniversite		419	85,5
<b>Unvanı</b>			
Doktor		148	30,2
Yardımcı Sağlık Personeli		342	69,8
<b>Medeni durumu</b>			
Evli		348	71,0
Evli değil		142	29,0
<b>Hane halkı sayısı</b>	3,4±1,2		
<b>Kronik hastalık durumu</b>			
Var		86	17,6
Yok		404	82,4
<b>Genel sağlık algısı</b>			
İyi		357	72,9
Orta/kötü		133	27,1
<b>BKİ (kg/m<sup>2</sup>)</b>	25,2±3,9		
Normal		239	48,8
Hafif şişman/şişman		251	51,2

Araştırma grubunun %38,6'sı 30-39 yaş grubunda olup yaş ortalamaları 36,1±8,7 yıldır. Katılımcıların %64,3'ü kadın, %85,5'i üniversite mezunu olup %69,8'i yardımcı sağlık personelidir. Tüm grubun %71'i evlidir ve hane halklarında ortalama 3,4±1,2 kişi bulunmaktadır. Kronik hastalığı olduğunu beyan edenlerin oranı %17,6 iken genel olarak sağlığını iyi olarak beyan edenlerin oranı %72,9'dur. Katılımcıların BKİ ortalaması 25,2±3,9 kg/m<sup>2</sup> olup %51,2'si hafif şişman/şişmandır.

Katılımcıların bazı sağlık davranışları Tablo 3.2’de verilmiştir.

**Tablo 3.2. Katılımcıların Bazı Sağlık Davranışları (n=490)**

<b>Davranışlar</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Öğün atlama durumu</b>		
Atlıyor	283	57,8
Atlamıyor	207	42,2
<b>Vitamin takviyesi alma durumu</b>		
Takviye alıyor	151	30,8
Takviye almıyor	339	69,2
<b>Diyet planı uygulama durumu</b>		
Uyguluyor	143	29,2
Uygulamıyor	347	70,8
<b>Sağlıklı ve temiz beslenmeye yönelik sosyal medya kanallarını takip etme durumu</b>		
Takip ediyor	255	52,0
Takip etmiyor	235	48,0
<b>Fiziksel aktivite yapma durumu</b>		
Hiç yapmıyor	61	12,4
Bazen/düzenli yapıyor	429	87,6
<b>Sigara içme durumu</b>		
Hiç içmemiş/bırakmış	297	50,6
Halen içiyor	193	39,4

Katılımcıların %57,8’i öğün atladığını ifade etmiştir. Herhangi bir vitamin takviyesi almadığını belirtenlerin oranı %69,2 iken diyet planı uygulamadığını belirtenlerin oranı %70,8’dir. Sağlıklı ve temiz beslenmeye yönelik sosyal medya kanallarını takip edenlerin oranı %52,0’dir. Fiziksel aktivite yapanların oranı %87,6 ve sigara içmeyenlerin oranı %50,6’dır.

Katılımcıların ölçeklerden aldıkları puanların dağılımı Tablo 3.3'te verilmiştir.

**Tablo 3.3.** Katılımcıların Ölçeklerden Aldıkların Puanların Dağılımı

<b>Ölçekler</b>	<b>Min-Max</b>	<b><math>\bar{x}\pm SS</math></b>
ORTO-15	17-58	38,3±6,2
EAT-26	0-78	14,3±10,2
BDÖ	21-63	30,3±7,7
TSOY-32	0-50	37,1±9,1
<b>Ortoreksiya eğilimi</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
Ortoreksik	286	58,4
Ortoreksik değil	204	41,6
<b>Yeme tutumu</b>		
Normal	374	76,3
Anormal	116	23,7
<b>Depresyon şiddeti</b>		
Orta	253	51,6
Şiddetli	237	48,4
<b>Sağlık okuryazarlığı düzeyi</b>		
Yetersiz/sorunlu	225	46,0
Yeterli	111	22,7
Mükemmel	154	31,3

Katılımcıların ORTO-15 ölçeğinden aldıkların puanların ortalaması 38,3±6,2 olup %58,4'ünün ortoreksik olduğu belirlenmiştir. Araştırma grubunun EAT-26 ölçeğinden aldıkları puanların ortalaması 14,3±10,2'dir ve %76,3'ünün yeme tutumu normaldir. Katılımcıların depresyon ölçeğinden aldıkları puanların ortalaması 30,3±7,7 iken %51,6'sında orta ve %48,4'ünde şiddetli depresyon saptanmıştır. Araştırma grubunun genelinde yetersiz/sorunlu sağlık okuryazarlığı oranı %46 olup TSOY-32 ölçek puan ortalaması 37,1±9,1 olarak belirlenmiştir.

Tablo 3.4'te katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre ortoreksiya prevalansı gösterilmiştir.

**Tablo 3.4 . Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Ortoreksiya Prevalansı**

Özellikler	Ortoreksik (n=286, %58,4)		Ortoreksik Değil (n=204, %41,6)		Toplam (n=490)		$\chi^2$	p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
<b>Yaş grupları (yıl)</b>							12,598	<b>0,002</b>
20-29	86	30,1	35	17,2	121	24,7		
30-39	109	38,1	80	39,2	189	38,6		
≥40	91	31,8	89	43,6	180	36,7		
<b>Cinsiyet</b>							8,388	<b>0,004</b>
Kadın	199	69,6	116	56,9	315	64,3		
Erkek	87	30,4	88	43,1	175	35,7		
<b>Eğitim düzeyi</b>							0,165	0,685
Lise	43	15,0	28	13,7	71	14,5		
Üniversite	243	85,0	176	86,3	419	85,5		
<b>Unvanı</b>							1,623	0,203
Doktor	80	28,0	68	33,3	148	69,8		
Yardımcı sağlık personeli	206	72,0	136	66,7	342	30,2		
<b>Medeni durumu</b>							4,178	<b>0,041</b>
Evli	193	67,5	155	76,0	348	71,0		
Evli değil	93	32,5	49	24,0	142	29,0		
<b>Kronik hastalık durumu</b>							0,083	0,773
Var	49	17,1	37	18,1	86	17,6		
Yok	237	82,9	167	81,9	404	82,4		
<b>Genel sağlık algısı</b>							1,225	0,268
İyi	203	71,0	154	75,5	357	72,9		
Orta/kötü	83	29,0	50	24,5	133	27,1		
<b>BKİ (kg/m<sup>2</sup>)</b>							2,667	0,264
Normal	134	46,9	105	51,5	239	48,8		
Hafif şişman/şişman	152	53,1	99	48,5	251	51,2		

Tablo 3.4'de görüldüğü üzere, ortoreksiya prevalansı 30-39 yaş grubunda %38,1 iken bu oran 20-29 yaş grubunda %30,1'dir. Katılımcıların yaş gruplarına göre ortoreksiya prevalansı istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermiştir ( $p<0.05$ ).

Ortoreksiya prevalansı kadınlarda %69,6 ve erkeklerde %30,4 olarak saptanmıştır. Katılımcıların cinsiyetlerine göre ortoreksiya prevalansı anlamlı farklılık göstermiştir ( $p<0.05$ ).

Evli katılımcılarda ortoreksiya prevalansı %67,5 olup evli olmayanlara göre anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

Katılımcıların eğitim düzeyine göre ortoreksiya prevalansı anlamlı farklılık göstermemiştir ( $p>0.05$ ).

Ortoreksiklerin oranı doktorlar arasında %28 iken yardımcı sağlık personeli arasında %72,0'dir. Katılımcıların unvanlarına göre ortoreksiya prevalansı anlamlı farklılık göstermemiştir ( $p>0.05$ ).

Katılımcıların kronik hastalık durumları, genel sağlık algısı ve BKİ'leri açısından ortoreksiya prevalansı anlamlı farklılık göstermemiştir ( $p>0.05$ ).

Katılımcıların bazı sağlık davranışlarına göre ortoreksiya prevalansı Tablo 3.5'te gösterilmiştir.

**Tablo 3.5.** Katılımcıların Bazı Sağlık Davranışlarına Göre Ortoreksiya Prevalansı

Özellikler	Ortoreksik (n=286, %58,4)		Ortoreksik Değil (n=204, %41,6)		Toplam (n=490)		$\chi^2$	p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
<b>Öğün atlama durumu</b>							3,320	0,068
Atlıyor	175	61,2	108	52,9	283	57,8		
Atlamıyor	111	38,8	96	47,1	207	42,2		
<b>Vitamin takviyesi alma durumu</b>							17,150	<b>0,000</b>
Takviye alıyor	109	38,1	42	20,6	151	30,8		
Takviye almıyor	177	61,9	162	79,4	339	69,2		
<b>Diyet planı uygulama durumu</b>							15,507	<b>0,000</b>
Uyguluyor	103	36,0	40	19,6	143	29,2		
Uygulamıyor	183	64,0	164	80,4	347	70,8		
<b>Sağlıklı ve temiz beslenmeye yönelik sosyal medya kanallarını takibi</b>							34,810	<b>0,000</b>
Takip ediyor	181	63,3	74	36,3	255	52,9		
Takip etmiyor	105	36,7	130	63,7	235	48,0		
<b>Fiziksel aktivite yapma durumu</b>							19,964	<b>0,000</b>
Hiç yapmıyor	22	7,7	39	19,1	61	12,4		
Bazen/düzenli yapıyor	264	92,3	165	80,9	429	87,6		
<b>Sigara içme durumu</b>							11,783	<b>0,008</b>
Hiç içmemiş/ bırakmış	165	57,7	132	64,7	297	60,6		
Halen içiyor	121	42,3	72	35,3	193	39,4		

Ortoreksiklerin oranı vitamin takviyesi almayanlarda %61,9 iken bu oran vitamin takviyesi alanlarda %38,1'dir. Ortoreksiya prevalansı vitamin takviyesi alma durumuna göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermiştir ( $p<0.001$ ).

Diyet planı uygulama durumuna göre incelendiğinde ortoreksiklerin oranı %64'ü olup diyet planı uygulayanlara göre anlamlı ölçüde yüksektir ( $p<0.001$ ).

Ortoreksiklerin oranı sağlıklı ve temiz beslenmeye yönelik sosyal medya kanallarını takip edenler arasında %63,3 iken bu oran sosyal medya kanallarını takip etmeyenlerde %36,7'dir ( $p<0.001$ ).

Ortoreksiya prevalansı bazen/düzenli fiziksel aktivite yapanlar arasında %92,3 olup hiç fiziksel aktivite yapmayanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı ölçüde yüksektir ( $p<0.001$ ).

Ortoreksiklerin oranı sigara içmeyenlerde %57,7'dir ve halen sigara içenlerde %42,3'dür. Ortoreksiya prevalansı sigara içme durumu açısından anlamlı farklılık göstermiştir ( $p<0.01$ ).

Öğün atlama durumuna göre ortoreksiya prevalansı anlamlı farklılık göstermemiştir ( $p>0.05$ ).



Tablo 3.6’da katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre yeme tutumları verilmiştir.

**Tablo 3.6.** Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Yeme Tutumları

Özellikler	Normal (n=374, %76,3)		Anormal (n=116, %23,7)		Toplam (n=490)		$\chi^2$	p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
<b>Yaş grupları (yıl)</b>							8,369	<b>0,015</b>
20-29	82	21,9	39	33,6	121	24,7		
30-39	144	38,5	45	38,8	189	38,6		
≥40	148	39,6	32	27,6	180	36,7		
<b>Cinsiyet</b>							11,710	<b>0,001</b>
Kadın	225	60,2	90	77,6	315	64,3		
Erkek	149	39,8	26	22,4	175	35,7		
<b>Eğitim düzeyi</b>							4,715	<b>0,030</b>
Lise	47	12,6	24	20,7	71	14,5		
Üniversite	327	87,4	92	79,3	419	85,5		
<b>Unvanı</b>							13,779	<b>0,000</b>
Doktor	245	65,5	97	83,6	342	69,8		
Yardımcı sağlık personeli	129	34,5	19	16,4	148	30,2		
<b>Medeni durumu</b>							12,987	<b>0,000</b>
Evli	281	75,1	67	57,8	348	71,0		
Evli değil	93	24,9	49	42,2	142	29,0		
<b>Kronik hastalık durumu</b>							1,035	0,309
Var	62	16,6	24	20,7	86	17,6		
Yok	312	83,4	92	79,3	404	82,4		
<b>Genel sağlık algısı</b>							0,015	0,902
İyi	273	73,0	84	72,4	357	72,9		
Orta/kötü	101	27,0	32	27,6	133	27,1		
<b>BKİ (kg/m<sup>2</sup>)</b>							0,297	0,862
Normal	181	48,4	58	50,0	239	48,8		
Hafif şişman/şişman	193	51,6	58	50,0	251	51,2		

Tablo 3.6’da görüldüğü gibi, yeme tutumu anormal olanların oranı 30-39 yaş grubunda %38,8 olup diğer yaş gruplarına göre istatistiksel açıdan anlamlı ölçüde yüksektir ( $p<0.05$ ).

Anormal yeme tutumuna sahip olanların %77,6’sı kadın iken %22,4’ü erkektir. Cinsiyete göre katılımcıların yeme tutumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p<0.01$ ).

Anormal yeme tutumuna sahip olanların oranı üniversite mezunu olanlarda %79,3 ve lise mezunlarında 20,7’dir. Katılımcıların eğitim düzeyleri açısından yeme tutumları istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermiştir ( $p<0.05$ ).

Yardımcı sağlık personeline göre doktorlar arasında anormal yeme tutumu %83,6 oranında anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ( $p<0.001$ ).

Anormal yeme tutumu evlilerde %57,8 iken evli olmayanlarda %42,2'dir. Medeni duruma göre katılımcıların yeme tutumları istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermiştir ( $p<0.001$ ).

Kronik hastalık durumu, genel sağlık algısı ve BKİ açısından katılımcıların yeme tutumları anlamlı farklılık göstermemiştir ( $p>0.05$ ).

Tablo 3.7'de katılımcıların bazı sağlık davranışlarına göre yeme tutumları verilmiştir.

**Tablo 3.7. Katılımcıların Bazı Sağlık Davranışlarına Göre Yeme Tutumları**

Özellikler	Normal (n=374, %76,3)		Anormal (n=116, %23,7)		Toplam (n=490)		$\chi^2$	p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
<b>Öğün atlama durumu</b>							0,186	0,666
Atlıyor	214	57,2	69	59,5	283	57,8		
Atlamiyor	160	42,8	47	40,5	207	42,2		
<b>Vitamin takviyesi alma durumu</b>							3,608	0,057
Takviye alıyor	107	28,6	44	37,9	151	30,8		
Takviye almıyor	267	71,4	72	62,1	339	69,2		
<b>Diyet planı uygulama durumu</b>							24,439	<b>0,000</b>
Uyguluyor	88	23,5	55	47,4	143	29,2		
Uygulamıyor	286	76,5	61	52,6	347	70,8		
<b>Sağlıklı ve temiz beslenmeye yönelik sosyal medya kanallarını takibi</b>							27,458	<b>0,000</b>
Takip ediyor	170	45,5	85	73,3	255	52,0		
Takip etmiyor	204	54,5	31	26,7	235	48,0		
<b>Fiziksel aktivite yapma durumu</b>							11,969	<b>0,003</b>
Hiç yapmıyor	53	14,2	8	6,9	61	12,4		
Bazen/düzenli yapıyor	321	85,8	108	93,1	429	87,6		
<b>Sigara içme durumu</b>							8,584	<b>0,035</b>
Hiç içmemiş/ bırakmış	236	63,1	61	52,6	297	60,6		
Halen içiyor	138	36,9	55	47,4	193	39,4		

Anormal yeme tutumu oranı diyet planı uygulamayanlarda %52,6 olup diyet planı uygulayanlara göre anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ( $p<0.001$ ).

Anormal yeme tutumu oranı sağlıklı ve temiz beslenmeye yönelik sosyal medya kanallarını takip edenlerde %73,3 iken takip etmeyenlerde %26,7'dir ( $p<0.001$ ).

Anormal yeme tutumu fiziksel aktivite yapanlarda %93,1 iken bu oran fiziksel aktivite yapmayanlarda %6,9 bulunmuştur. Katılımcıların fiziksel aktivite yapma durumuna göre yeme tutumları istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermiştir ( $p<0.01$ ).

Sigara içme durumu açısından incelendiğinde, anormal yeme tutumu sigarayı hiç içmemiş/bırakmış olanlarda %52,6 oranındadır ve halen sigara içenlere göre anlamlı ölçüde yüksektir ( $p<0.05$ ).

Öğün atlama ve vitamin takviyesi alma durumu açısından katılımcıların yeme tutumları istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermemiştir ( $p>0.05$ ).

Sosyo-demografik özelliklerine göre katılımcılarda depresyon şiddeti Tablo 3.8’de verilmiştir.

**Tablo 3.8. Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Katılımcılarda Depresyon Şiddeti**

Özellikler	Orta (n=253, %51,6)		Şiddetli (n=237, %48,4)		Toplam (n=490)		$\chi^2$	p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
<b>Yaş grupları (yıl)</b>							3,826	0,148
20-29	54	44,6	67	55,4	121	24,7		
30-39	98	51,9	91	48,1	189	38,6		
≥40	101	56,1	79	43,9	180	36,7		
<b>Cinsiyet</b>							8,710	<b>0,003</b>
Kadın	147	46,7	168	53,3	315	64,3		
Erkek	106	60,6	69	39,4	175	35,7		
<b>Eğitim düzeyi</b>							1,432	0,231
Lise	32	45,1	39	54,9	71	14,5		
Üniversite	221	52,7	198	47,3	419	85,5		
<b>Unvanı</b>							19,771	<b>0,000</b>
Doktor	99	66,9	49	33,1	148	30,2		
Yardımcı sağlık personeli	154	45,0	188	55,0	342	69,8		
<b>Medeni durumu</b>							1,585	0,208
Evli	186	53,4	162	46,6	348	71,0		
Evli değil	67	47,2	75	52,8	142	29,0		
<b>Kronik hastalık durumu</b>							0,381	0,537
Var	47	54,7	39	45,3	86	17,6		
Yok	206	51,0	198	49,0	404	82,4		
<b>Genel sağlık algısı</b>							17,658	<b>0,000</b>
İyi	205	57,4	152	42,6	357	72,9		
Orta/kötü	48	36,1	85	63,9	133	27,1		
<b>BKİ (kg/m<sup>2</sup>)</b>							0,285	0,867
Normal	126	52,7	113	47,3	239	48,8		
Hafif şişman/şişman	127	50,6	124	49,4	251	51,2		

Tablo 3.8’de görüldüğü gibi kadınların %53,3’ünde, erkeklerin %39,4’ünde depresyon şiddetlidir. Katılımcıların cinsiyetlerine göre depresyon şiddeti istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermiştir ( $p<0.01$ ).

Katılımcıların ünvanlarına göre depresyon şiddeti incelendiğinde doktorların %33,1’ünde, yardımcı sağlık personelinin %55’inde depresyonun şiddetli olduğu belirlenmiştir ( $p<0.001$ ).

Genel sağlık algısı iyi olanların %42,6'sında, orta/kötü olanların %63,9'unda depresyon şiddetlidir. Genel sağlık algısı açısından katılımcılarda depresyon şiddeti istatistiksel açıdan anlamlı farklılık oluşturmuştur ( $p<0.001$ ).

Şiddetli depresyon oranı 20-29 yaş grubunda %55,4 oranı ile diğer yaş gruplarına göre daha yüksektir ancak katılımcıların yaş gruplarına göre depresyon şiddeti anlamlı farklılık göstermemiştir ( $p>0.05$ ).

Lise mezunu olanlarda, evli olmayanlarda, kronik hastalığı olmayanlarda, hafif şişman/şişman olanlarda şiddetli depresyon oranı daha yüksektir ancak katılımcıların eğitim düzeyi, medeni durumu, kronik hastalık durumu ve BKİ açısından depresyon şiddeti anlamlı farklılık göstermemiştir ( $p>0.05$ ).

Bazı sağlık davranışlarına göre katılımcılarda depresyon şiddeti Tablo 3.9'da verilmiştir.

**Tablo 3.9.** Bazı Sağlık Davranışlarına Göre Katılımcılarda Depresyon Şiddeti

Özellikler	Orta (n=253, %51,6)		Şiddetli (n=237, %48,4)		Toplam (n=490)		$\chi^2$	p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
<b>Öğün atlama durumu</b>							4,920	<b>0,027</b>
Athıyor	134	47,3	149	52,7	283	57,8		
Atlamıyor	119	57,5	88	42,5	207	42,2		
<b>Vitamin takviyesi alma durumu</b>							8,110	0,995
Takviye alıyor	78	51,7	73	48,3	151	30,8		
Takviye almıyor	175	51,6	164	48,4	339	69,2		
<b>Diyet planı uygulama durumu</b>							2,427	0,119
Uyguluyor	66	13,5	77	53,8	143	29,2		
Uygulamıyor	187	53,9	160	46,1	347	70,8		
<b>Sağlıklı ve temiz beslenmeye yönelik sosyal medya kanallarını takibi</b>							15,366	<b>0,000</b>
Takip ediyor	110	43,1	145	56,9	255	52,0		
Takip etmiyor	143	60,9	92	39,1	235	48,0		
<b>Fiziksel aktivite yapma durumu</b>							8,075	<b>0,018</b>
Hiç yapmıyor	23	37,7	38	62,3	61	12,4		
Bazen/düzenli yapıyor	230	51,6	199	48,4	429	87,6		
<b>Sigara içme durumu</b>							0,200	0,978
Hiç içmemiş / bırakmış	153	51,5	144	48,5	297	60,6		
Halen içiyor	100	53,2	93	46,8	193	39,4		

Öğün atlayanların %52,7'sinde depresyon şiddetli iken bu oran öğün atlamayanlarda %42,5'tir. Katılımcıların öğün atlama durumuna göre depresyon şiddeti istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermiştir ( $p<0.05$ ).

Sağlıklı ve temiz beslenmeye yönelik sosyal medya kanallarını takip edenlerin %56,9'unda, takip etmeyenlerin %39,1'inde depresyon şiddetlidir (p<0.001).

Fiziksel aktivite yapanlara göre fiziksel aktivite yapmayanların %62,3'ünde depresyon şiddeti istatistiksel açıdan anlamlı ölçüde yüksektir (p<0.05).

Vitamin takviyesi alma, diyet planı uygulama ve sigara içme durumu açısından depresyon şiddeti anlamlı farklılık göstermemiştir (p>0.05).

Tablo 3.10'da katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre sağlık okuryazarlığı düzeyleri gösterilmiştir.

**Tablo 3.10.** Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi

Özellikler	Yetersiz/Sınırlı (n=225, %46,0)		Yeterli (n=111, %22,7)		Mükemmel (n=154, %31,3)		Toplam (n=490)		χ <sup>2</sup>	p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
<b>Yaş grupları (yıl)</b>									1,270	0,866
20-29	54	44,6	25	20,7	42	34,7	121	24,7		
30-39	88	46,6	46	24,3	55	29,1	189	38,6		
≥40	83	46,1	40	22,2	57	31,7	180	36,7		
<b>Cinsiyet</b>									4,991	0,082
Kadın	152	48,3	75	23,8	88	27,9	315	64,3		
Erkek	73	41,7	36	20,6	66	37,7	175	35,7		
<b>Eğitim düzeyi</b>									5,419	0,067
Lise	41	57,8	15	21,1	15	21,1	71	14,5		
Üniversite	184	43,9	96	22,9	139	33,2	419	85,5		
<b>Unvanı</b>									50,779	<b>0,000</b>
Doktor	43	29,0	25	16,9	80	54,1	148	30,2		
Yardımcı sağlık personeli	182	53,3	86	25,1	74	21,6	342	69,8		
<b>Medeni durumu</b>									2,675	0,263
Evli	153	44,0	85	24,4	110	31,6	348	71,0		
Evli değil	72	50,7	26	18,3	44	31,0	142	29,0		
<b>Kronik hastalık durumu</b>									0,220	0,989
Var	40	46,5	19	22,1	27	31,4	86	17,6		
Yok	185	45,8	92	22,8	127	31,4	404	82,4		
<b>Genel sağlık algısı</b>									6,558	<b>0,038</b>
İyi	152	42,6	83	23,2	122	34,2	357	72,9		
Orta/kötü	73	54,8	28	21,1	32	24,1	133	27,1		
<b>BKİ (kg/m<sup>2</sup>)</b>									2,681	0,613
Normal	107	44,8	54	22,6	78	32,6	239	48,8		
Hafif şişman/şişman	118	47,0	57	22,7	76	30,3	251	51,2		

Doktorların %54,1'i mükemmel sağlık okuryazarlığına sahip iken bu oran yardımcı sağlık personelinde %21,6'dır. Katılımcıların unvanlarına göre sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık belirlenmiştir ( $p<0,001$ ).

Genel sağlık algısı iyi olanların %34,2'si mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olup sağlık algısı orta/kötü olanlara anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

Mükemmel sağlık okuryazarlığı oranı 20-29 yaş grubunda diğer yaş gruplarına göre yüksek olmakla birlikte bu yükseklik istatistiksel açıdan anlamlı değildir ( $p>0,05$ ).

Kadınlara göre erkeklerde mükemmel sağlık okuryazarlığı daha yüksektir ancak cinsiyete göre sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Eğitim düzeyi, medeni durum, kronik hastalık durumu ve BKİ açısından katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyleri anlamlı farklılık göstermemiştir ( $p>0,05$ ).

Bazı sağlık davranışlarına göre katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyi Tablo 3.11'de verilmiştir.

**Tablo 3.11.** Bazı Sağlık Davranışlarına Göre Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi

Özellikler	Yetersiz/ Sınırlı (n=225, %46)		Yeterli (n=111, %22,7)		Mükemmel (n=154, %31,3)		Toplam (n=490)		$\chi^2$	p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
<b>Öğün atlama durumu</b>									0,404	0,978
Atlıyor	131	46,3	64	22,6	88	31,1	283	57,8		
Atlamıyor	94	45,4	47	22,7	66	31,9	207	42,2		
<b>Vitamin takviyesi alma durumu</b>									1,323	0,516
Takviye alıyor	73	48,3	36	23,8	42	27,9	151	30,8		
Takviye almıyor	152	44,8	75	22,1	112	33,1	339	69,2		
<b>Diyet planı uygulama durumu</b>									1,871	0,392
Uyguluyor	59	41,3	34	23,7	50	35,0	143	29,2		
Uygulamıyor	166	47,8	77	22,2	104	30,0	347	70,8		
<b>Sağlıklı ve temiz beslenmeye yönelik sosyal medya kanallarının takibi</b>									1,094	0,579
Takip ediyor	117	45,9	62	24,3	76	29,8	255	52,0		
Takip etmiyor	108	46,0	49	20,8	78	33,2	235	48,0		
<b>Fiziksel aktivite yapma durumu</b>									4,060	0,398
Hiç yapmıyor	21	34,4	17	27,9	23	37,7	61	12,4		
Bazen/düzenli yapıyor	204	47,6	94	21,9	131	30,5	429	87,6		
<b>Sigara içme durumu</b>									6,263	0,394
Hiç içmemiş/ bırakmış	160	43,6	79	21,5	128	34,9	367	60,6		
Halen içiyor	93	48,2	48	24,9	52	26,9	193	39,4		

Sağlık okuryazarlığı öğün atlamayanlarda %31,9 ve öğün atlayanlarda %31,1 oranında mükemmel düzeydedir. Öğün atlama durumu açısından katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeyi istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermemiştir ( $p>0.05$ ).

Vitamin takviyesi alma ve diyet planı uygulama durumuna göre sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Sağlıklı ve temiz beslenmeye yönelik sosyal medya kanallarını takip edenlerin %24,3'ünde, takip etmeyenlerin %20,8'inde sağlık okuryazarlığı yeterli düzeydedir ( $p>0.05$ ).

Fiziksel aktivite yapma durumu açısından sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyi sigarayı hiç içmemiş/bırakmış olanlarda %34,9 iken bu oran halen sigara içenlerde %26,9'dur. Ancak sigara içme durumuna göre sağlık okuryazarlığı düzeyleri anlamlı farklılık göstermemiştir ( $p>0.05$ ).

Tablo 3.12'de ORTO-15 puanları ile değişkenlerin korelasyon analizi gösterilmiştir.

**Tablo 3.12.** ORTO-15 Puanları İle Değişkenlerin Korelasyon Analizi

Değişken	r	p
Yaş	0,171	0,000
Hane halkındaki kişi sayısı	0,066	0,143
Boy	0,085	0,059
Kilo	0,093	0,040
EAT-26	-0,602	0,000
BDÖ	-0,181	0,000
TSOY-32	0,169	0,000

r: Sperman's korelasyon katsayısı

Yaş ile ortoreksiya eğilimi arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ( $r:0,171$ ;  $p<0.001$ ).

Katılımcıların kiloları ile ortoreksiya eğilimi arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır ( $r:0,093$ ;  $p<0.05$ ).

Yeme tutumu ile ortoreksiya eğilimi arasındaki ilişki negatif yönde ve anlamlıdır ( $r:-0,602$ ;  $p<0.001$ ).

Depresyon ile ortoreksiya eğilimi arasındaki ilişki negatif yönde ve anlamlıdır ( $r:-0,181$ ;  $p<0.001$ ).

Sağlık okuryazarlığı ile ortoreksiya arasındaki ilişki pozitif yönde ve anlamlı bulunmuştur ( $r:0,169$ ;  $p<0.001$ ).

Katılımcıların hane halkındaki kişi sayısı ve boyları ile ortoreksiya arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Tablo 3.13'de ortoreksiya riski ile ilişkili faktörlerin çok değişkenli lojistik regresyon analizi gösterilmiştir.

**Tablo 3.13.** Ortoreksiya Riski İle İlişkili Faktörlerin Lojistik Regresyon Analizi

<b>Değişkenler</b>	<b>OR</b>	<b>%95CL</b>	<b>p</b>
Sağlıklı ve temiz beslenmeye yönelik sosyal medya kanallarının takibi	2,09	1,39-3,14	0,000
Fiziksel aktivite yapma	1,88	1,07-3,33	0,000
Anormal yeme tutumu	5,35	2,93-9,78	0,000
Şiddetli depresyon	2,40	1,58-3,63	0,000

Çok değişkenli lojistik regresyon analizine göre ortoreksiya riski sağlıklı ve temiz beslenmeye yönelik sosyal medya kanallarını takip edenlerde 2,09 kat (OR: 2.09; %95CL: 1.39-3.14), fiziksel aktivite yapanlarda 1,88 kat (OR: 1.88; %95CL, 1.07-3.33), anormal yeme tutumuna sahip olanlarda 5,35 kat (OR: 5,35; %95CL: 2.93-9,78) ve depresyon düzeyi şiddetli olanlarda 2,40 kat (OR: 2.40; %95CI: 1.58-3.63) daha yüksek bulunmuştur.

## 4. BÖLÜM

### TARTIŞMA

Çorum ilinde birinci basamakta görev alan 490 sağlık çalışanı ile yapılan bu çalışmada ON prevalansı %58,4 olarak bulunmuştur (Tablo 3.3). Konu ile ilgili literatür incelendiğinde ON prevalansının toplumun farklı gruplarında farklı örüntü gösterdiği görülmektedir. Genel toplumda ON prevalansı %6,9-57,6 arasında bildirilmektedir (Donini ve diğ., 2004; Ramacciotti ve diğ., 2011). Toplumdaki yüksek riskli gruplar arasında (sağlık profesyonelleri, sanatçılar) ise %35 ile %57,8 arasında değiştiği gösterilmiştir (Varga ve diğ., 2013). Ortoreksiya prevalansının sağlık çalışanlarında ki boyutu incelendiğinde en yüksek prevalansın Brezilyalı diyetisyenlerde (%81,9) olduğu görülmüştür (Alverange ve diğ., 2012). Benzer şekilde Amerikalı diyetisyenlerde bu oran %49,5 olarak gösterilmiştir (Tremelling ve diğ., 2017). Türkiye’de farklı sağlık meslek gruplarında ON prevalansının %41,9-75,8 arasında değiştiği belirlenmiştir (Acar Tek ve Karaçil Ermumcu, 2016; Asil ve Sürücüoğlu, 2015; Fidan ve diğ., 2010; Yılmazel, 2021). Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar yurtdışında ve yurtiçinde yapılan çalışmaların sonuçları ile paralel olmakla birlikte birinci basamak sağlık çalışanlarındaki yüksek prevalansı göstermesi bakımından önemlidir. Primer, sekonder ve tersiyer korumanın ilk basamağı temel sağlık hizmetleridir. Yeterli ve dengeli beslenme uygulamaları ise temel sağlık hizmetlerinin önemli bir bileşenidir. Bu hizmetlerde görevli birinci basamak sağlık çalışanlarının beslenmeye ilişkin davranış ve uygulamalarının olumlu olması beklenen bir durumdur ancak bu davranış ve uygulamaların takıntıya dönüşebileceği göz ardı edilmemelidir.

Bu çalışmada yeme tutumu normal olmayanların oranı %23,7 olarak bulunmuştur (Tablo 3.3). İspanya’da hemşireler arasında yapılan bir çalışmada yeme tutum bozukluğu %3,5 (Leyva-Vela, Jesus Llorente-Cantarero, Henarejos-Alarcon ve Martinez-Rodriguez, 2018) iken Amerika’da diyetisyenler arasında yapılan başka bir çalışmada bu oran %12,9 olarak bildirilmiştir (Tremelling ve diğ., 2017). Pakistan’da aday eczacılar arasında yeme bozukluğu prevalansı %36,7 olarak bulunmuştur (Khalid ve diğ., 2017). İran’da doktor adayları arasında yapılan başka bir çalışmada yeme bozukluğu prevalansı ise %10,5 olarak bulunmuştur (Jahrami, Saif, Faris ve Levine, 2019). Beş farklı Asya ülkesinde (Endonezya, Malezya, Myanmar, Tayland ve Vietnam) sağlık alanında eğitim gören öğrenciler ile yapılan bir çalışmada yeme bozukluğu prevalansı %11,5 olarak bulunmuştur (Pengpid ve Peltzer, 2018). Amerika’da beslenme bölümü öğrencileri ile yapılan çalışmada yeme bozukluğu riski %10 olarak raporlanmıştır (Yu ve Tan, 2016). Türkiye’de yeme tutum bozuklukları çalışmaları hemşire adayları üzerine yoğunlaşmıştır. Yeme tutumu bozukluğu prevalansının %5,6-84,5 arasında değiştiği gösterilmiştir (Arslantaş ve diğ., 2017; Cengiz, Ayar, Arkan ve Bektaş, 2020; Çelik Ugur, Aykurt ve Bektaş, 2015; Duran, Ergün, Çalışkan ve Karadaş, 2016; Öztürk ve İncedere, 2021; Usta, Sağlam, Şen, Aygin ve Sert, 2015). Yeme tutum bozukluğunun yaygınlığı

toplumlara göre değişiklik gösterebilmektedir. Birinci basamak sağlık çalışanları ile yapılan bu çalışmadan elde edilen sonuçlar literatürdeki sonuçlarla uyumludur. Birinci basamak sağlık alışanlarında yeme tutum bozukluklarının yaygınlığını inceleyen bir araştırmaya rastlanmamıştır. Sağlık alışanlarında yeme tutum bozukluğunun görölmesi, pandemi nedeniyle artan iş yükü ve strese bağlı duygu durum değişikliklerinin yeme davranışlarına yansımaya bağlanabilir.

Bu çalışmada katılımcıların tamamında depresif belirtilerin olduğu belirlenmiştir. Depresyonun boyutu incelendiğinde %48,4'ünde şiddetli depresyon saptanmıştır (Tablo 3.3). Brezilya'da birinci basamak sağlık ekiplerinde şiddetli depresyon oranı %16 (Da Silva ve diğ., 2015), Suudi Arabistan (Alshardi ve Farahat, 2020) ve Avusturalya'da (Wurm ve diğ., 2016) doktorlar arasında yapılan çalışmalarda şiddetli depresyon oranları sırası ile %6 ve %10,3 olarak gösterilmiştir. Amerika'da hemşireler arasında yapılan bir çalışmada depresif belirti oranı %18 olarak bulunmuştur ve bu oranın genel popölasyondan iki kat daha fazla olduğu raporlanmıştır (Letvak, Ruhm ve McCoy, 2012). Türkiye'de Sivas ilinde birinci basamak sağlık alışanlarında depresyon şiddeti %20,7 olarak saptanmıştır (Akova, Hasdemir ve Kılıç, 2019). Erzincan ilinde birinci ve ikinci basamak sağlık alışanlarında yapılan başka bir çalışmada depresyon riski %16,4 olarak raporlanmıştır (Yıldırım ve Hacıhasanoğlu, 2011). Ankara ilinde sağlık çalışanları ile yapılan bir çalışmada ise depresyon düzeyi %11,2 olarak saptanmıştır (Geniş, Coşar ve Taner, 2020). Yapılan tüm çalışmalardan farklı olarak bu çalışmada ortaya çıkan yüksek depresyon prevalansı ve şiddeti içinde bulunduğumuz Covid-19 pandemisi ile ilişkilendirilebilir. Birinci basamak sağlık alışanları Covid-19 pandemisinde ön saflarda çalışan, enfekte hasta takibi, fiyasyon ve bağışıklama hizmetlerinde aktif rol alan meslek gruplarıdır. Nitekim in'de pandemi sürecinde sağlık çalışanlarının %50,4'ünde depresyon semptomlarının varlığı bildirilmiştir (Lai ve diğ., 2020).

Birinci basamak sağlık çalışanlarının sağlık okuryazarlığı düzeyinin incelendiği bu çalışmada katılımcıların %46'sının yetersiz ve sorunlu sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip oldukları belirlenmiştir (Tablo 3.3). Eczacı ve doktor adayları arasında yapılan iki farklı çalışmada düşük sağlık okuryazarlığı düzeyi sırası ile %11 (Newsome, Mallawaarachchi, Conklin ve Ray, 2018) - %20,4 (Zhang ve diğ., 2016) olarak gösterilmiştir. Slovenya'da hemşire adayları arasında yapılan başka bir çalışmada düşük sağlık okuryazarlığı düzeyi %34,2 olarak saptanmıştır (Kolnik, Hozjan ve Babnik, 2017). Türkiye'de Ankara ilinde birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personelinin %34,1'inde sağlık okuryazarlığı yetersiz/sorunlu olarak saptanmıştır (Deniz, Öztaş ve Akbaba, 2018). Hastane alışanlarının dahil edildiği başka bir çalışmada yetersiz/sorunlu sağlık okuryazarlığı düzeyi %61,7 olarak raporlanmıştır (Bükecik ve Adana, 2021). Doktor, hemşire ve ebe adayları üzerinde yapılan diğer çalışmalarda yetersiz ve sınırda sağlık okuryazarlığı düzeyi %27,2-59,9 arasında değişmektedir (Ergün, 2017; Erunal, Ozkaya, Mert ve Kucukguclu, 2018; Gün, Aslantekin ve Karadağ, 2021; Güven, Bulut ve Öztürk, 2018; şirin ve diğ., 2021; Uysal ve Yıldız, 2021). Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar yurtdışındaki çalışmalarla kıyaslandığında yetersiz/sorunlu sağlık okuryazarlığı

düzeyinin daha yüksek olduğu, ülkemizde yapılan çalışmalarla kıyaslandığında ise paralel olduğu saptanmıştır. Toplumların sağlık okuryazarlık düzeyi sosyo-kültürel farklılıklardan etkilenebilir. Birinci basamak sağlık çalışanlarında sağlık okuryazarlık düzeyinin yüksek olması topluma vermiş oldukları koruyucu sağlık hizmetleri nedeniyle istenen bir durumdur. Elde edilen sonuçlar ile birinci basamak sağlık çalışanlarının sağlık okuryazarlığı becerilerinin geliştirilmesine yönelik daha fazla çabaya ihtiyaç duyulduğu görülmektedir.

Ortoreksiya eğiliminin 20-29 yaş grubundan başlayarak 40 yaşına kadar artış gösterdiği bu çalışmada yaş ile ortoreksik eğilimin ilişkili olduğu saptanmıştır (Tablo 3.4). Ortoreksiya nevroza eğilimi 30-39 yaş grubunda en yüksek orandadır. Literatürde bazı çalışmalarda ortoreksiya eğilimi yaşa göre farklılık göstermezken (Arusoğlu ve diğ., 2008; Özenoğlu ve Dege, 2015; Öztürk ve Yabancı Ayhan, 2017) ilerleyen yaşla ortoreksiya eğilimin arttığını gösteren çalışmalar da mevcuttur (Acar Tek ve Karaçil Ermumcu, 2016; Bağcı Bosi, 2007 ; Depa ve diğ., 2019; Donini ve diğ., 2004; Varga ve diğ., 2013). Türkiye’de sağlık çalışanları ile gerçekleştirilen çalışmalarda ilerleyen yaş ile ON eğiliminin arttığı gösterilmiştir (Acar Tek ve Karaçil Ermumcu, 2016). Yaş ilerledikçe kronik sağlık sorunlarının ortaya çıkma olasılığı bireyleri sağlıklı ve temiz beslenme konusunda endişelendirebilir. Bu endişeler ve artan farkındalık zamanla takıntıya neden olabilir. Sağlıklı beslenme uygulamalarını içine alan koruyucu sağlık hizmetleri bünyesinde yer alan birinci basamak sağlık çalışanlarında bu farkındalıkların gelişmesi ilerleyen yaşla sağlıklı beslenme takıntılarının oluşmasına zemin hazırlayabilmektedir.

Bu çalışmada kadınların erkeklere göre daha ortoreksik olduğu saptanmıştır (Tablo 3.4). Literatürde toplumun farklı kesimlerinde uluslararası düzeyde yapılan çalışmaların genelinde kadınların daha ortoreksik eğilim gösterdiği bildirilmiştir (Ramacciotti ve diğ., 2011; Segura-García ve diğ., 2012). İspanya’da üniversite öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada ortoreksik eğilimin kadınlarda erkeklere göre daha yüksek olduğu raporlanmıştır (Parra-Fernández ve diğ., 2018). Polonya’da yapılan bir araştırmada da kadınların (%68,5) erkeklere (%43,2) göre daha fazla ON riski altında oldukları bulunmuştur (Brytek-Matera ve diğ., 2015). Macaristan’da genel toplumda yapılan bir çalışmada ON riskinin kadınlarda %54 erkeklerde ise %30 olduğu tespit edilmiş ve farkın anlamlı olduğu saptanmıştır (Kiss-Leizer ve Rigo, 2019). Almanya da genel toplumda yapılan bir çalışmada cinsiyetler arasında anlamlı fark olmamakla birlikte kadınlarda ortoreksik eğilimin daha fazla olduğu bildirilmiştir (Luck-Sikorski, Jung, Schlosser ve Riedel Heller, 2019). İtalya’da genel nüfus örnekleminde yapılan çalışmada ise ON prevalansı %57,6 olarak bulunmuş ve kadınların erkeklere göre iki kat daha fazla risk altında oldukları bildirilmiştir (Ramacciotti ve diğ., 2011). Türkiye’de yapılan çalışmalar incelendiğinde kadınların erkeklere oranla daha fazla ortoreksik eğilime sahip olduğu raporlanmıştır (Arusoğlu ve diğ., 2008; Yeşil ve diğ., 2018). Bitlis’ de üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmada, ON prevalansı kadın öğrencilerinde %49,8, erkek öğrencilerde ise %32,2 olduğu belirlenmiştir (Oğur, Aksoy ve Güngör, 2015). Üniversite öğrencilerinden oluşan bir başka popülasyondaki çalışmada ise kadınlarda erkeklerden 2,5 kat

daha fazla ON riski olduğu bulunmuştur (Şanlıer ve diğ., 2016). Benzer şekilde hemşire adaylarında yapılan başka bir çalışmada kadın öğrencilerin erkek öğrencilere göre daha düşük puan alarak ortoreksik eğilimlerindeki artış ile ön plana çıktığı saptanmıştır (Çiçekoğlu Öztürk, 2021). Yapılan çalışmalarla uyumlu olarak kadınlarda görülen yüksek ON eğilimi dış görünüşe yönelik sosyo-kültürel tutumun içselleştirilmesiyle ilişkili olduğu düşünülmektedir. Güzellik algısının beden imajına yöneltildiği sosyal çevre ile pekiştirilebilen bu tutum kadınları sağlık çalışanlarını beslenme konusunda daha fazla dikkatli olmaya yöneltebilir öte yandan toplumda aile içerisindeki bireylerin beslenmesi kadınlara atfedildiğinde bu durum sağlıklı beslenme konusunda takıntılarının artmasına da neden olabilir.

Medeni durum ile ortoreksik eğilimi inceleyen çok fazla çalışmaya rastlanmamıştır. Bazı çalışmalar ON eğiliminin medeni durumdan etkilenmediğini gösterirken (Donino ve diğ., 2004; Yeşil ve diğ., 2018) bu çalışma ile uyumlu olarak (Çielge 4.4) evliliğin ON eğilimini arttırdığı çalışmalarda (Arusoğlu ve diğ., 2008) raporlanmıştır. Genellikle evli olan bireylerin daha düzenli beslenme örüntülerine sahip olduğu düşünüldüğünde böyle bir sonuç evli bireylerin ev ve aile yaşamı ile ilgili artmış sorumlulukları ile açıklanabilir. Sağlıklı ve temiz beslenme konusunda zaman içerisinde artan sorumluluklar evli bireylerde takıntılara daha kolay dönüşebilir.

Dışarıdan ilave vitamin takviyesi alınmasının ortoreksiya eğilimi üzerindeki etkisini inceleyen çalışmalar sınırlıdır. Vitamin desteği alınmasının ortoreksiya eğilimini etkilemediğini raporlayan çalışmalar mevcuttur (Arusoğlu ve diğ., 2008; Bağcı Bossi ve diğ., 2007; Garipoğlu, Arslan ve Andaç Öztürk, 2019). Bu çalışmayı destekler nitelikte (Tablo 3.5), Çorum ilinde tıp ve hemşirelik öğrencileri ile yapılan bir çalışmada vitamin desteği almayan öğrencilerin ON eğilimlerinin daha fazla olduğu gösterilmiştir (Yılmazel, 2021). Ortoreksiya nevroza eğilimi fazla olan bireylerde saf ve katkısız gıda tüketimi önceliklidir. Bu bireyler sağlığa zararlı olduğunu düşündüğü katkı maddeli olan gıda ve ilaçları tüketmekten kaçınabilirler. Benzer şekilde vitaminlerin içeriğinden endişe duyan bireyler vitamin desteği almaktan da kaçınabilirler.

Bu çalışmada herhangi bir diyet planı uygulamayan bireylerde ON eğilimi daha yüksek bulunmuştur (Tablo 3.5). Literatürde ise tersine diyet yapanlarda ON eğiliminin daha fazla olduğu gösterilmiştir (Barthels ve diğ., 2018; Haddad ve diğ., 2019; Yılmazel, 2021). Sonuçların farklılık göstermesi bireylerin diyet planını bireysel olarak değil de bir profesyonelden yardım alarak uygulanması şeklinde yorumlamalarına bağlı olduğu düşünülmektedir.

Sosyal medya kanalları sağlıklı beslenmeye yönelik ipuçlarını keşfetmek veya bir fitness planına bağlı kalmak için takip edilmektedir (Yılmazel, 2021). Ancak temiz ve sağlıklı beslenme arayışı sağlıksız bir meşgüliyet haline gelebilir. Sosyal medyanın aşırı kullanımı ON için predispozan bir faktördür (Turner ve Lefevre, 2017; Yılmazel, 2021). Ayrıca sosyal medyadaki beslenme ile ilgili paylaşımlar bireylerin beslenme davranışlarını şekillendirmektedir (Sipahi ve Demirel, 2021). Sosyal medya kanallarını takip edenlerde ON eğiliminin daha yüksek olduğu

sonucu (Tablo 3.5) literatür ile uyumludur. Günümüzde sağlıklı beslenmeye verilen önemin artması bu alanda paylaşılan bilgilerinde artmasına neden olmuştur. Ancak sosyal medya aracılığı ile paylaşılan bu bilgilerin doğruluklarını sorgulamak çoğu zaman göz ardı edilebilir.

Fiziksel aktivite ve sağlıklı beslenme uygulamalarının kombinasyonu sağlık üzerinde olumlu etkiye sahiptir. Ancak her iki uygulamada da aşırılık potansiyel patolojik sonuçlara yol açabilir. Bu çalışmada fiziksel aktivite yapanlarda ortoreksik eğilimin yüksek oluşu dikkat çekicidir (Tablo 3.5). Nitekim hem ulusal hem de uluslararası düzeyde yapılan çalışmalarda egzersiz yapan bireylerde ON riski daha fazla olarak raporlanmıştır (Almeida ve diğ., 2018; Hyrnik ve diğ., 2016; Malmborg ve diğ., 2017; Kiss-Leizer ve diğ., 2019; Pehlivan ve diğ., 2019; Rudolph, 2017; Segura- Garcia ve diğ., 2012; Yılmazel ve Bozdoğan, 2020). Ortoreksik davranışların temelinde sağlığı koruma endişesi yatmaktadır. Bu bireylerin fiziksel aktivite yapmaları sağlıklı fiziksel görünüm ve optimal beden ağırlığını sürdürme çabaları ile açıklanabilir.

Yeme bozukluklarında sigara bir iştah ve kilo kontrolü sağlama yöntemi olarak kullanılsa da (Kermen, S., Kermen, U., Dinçer ve Muslu, 2019) farklı olarak ON eğilimi olan bireylerin tutarlı bir şekilde sağlıksız yaşam tarzından kaçındıkları bilinmektedir (Almeida ve diğ., 2018; Oberle ve diğ., 2021). Sigara kullanmayanların ON eğilimine daha yatkın oldukları belirtilmektedir (Cengiz ve diğ., 2020; Fidan ve diğ., 2010; Hyrink ve diğ., 2016; Oberle, Marcell ve Noebel, 2021; Pehlivan ve diğ., 2019). Nitekim bu çalışmada da sigara içmeyenlerde görülen yüksek ON eğilimi literatür ile örtüşmektedir (Tablo 3.5).

Bu çalışmada katılımcılarda 20-29 yaş grubundan başlayarak artan anormal yeme tutumu saptanmıştır. 40 yaş ve üzerindeki bireylerde ise yeme tutumunun normale döndüğü görülmüştür (Tablo 3.6). Bireylerin yeme tutumu üzerinde etkili olduğu gösterilen faktörlerden biriside yaştır. Genç yetişkinlerde ilerleyen yaş ile yeme bozukluğu riskinin arttığı raporlanmıştır (Duran ve diğ., 2016; Kadioğlu ve Ergün, 2015; Ünsal, Tozun, Ayrancı ve Arslantaş, 2010). Böyle bir sonuç genç yetişkinliklerin beslenme alışkanlıklarındaki epidemiyolojik dönüşüm ile açıklanabilir.

Bireylerin yeme tutumlarının cinsiyete göre farklılaştığı, kadınların yeme tutumlarının erkeklere göre daha riskli olduğu raporlanmıştır (Akdevelioğlu ve Yörüsün, 2019; Cengiz ve diğ., 2020; Çiçekoğlu Öztürk, 2021; Okumuşoğlu, 2017; Semiz, Kavakçı, Yağız, Yontar ve Kuğu, 2013; Ulaş, Uncu ve Üner, 2013; Uzdil ve diğ., 2019; Vijayalakshmi, Thimmaiah, Gandhi ve BadaMath, 2018). Nitekim bu çalışmada da kadınların erkeklere göre daha yüksek düzeyde anormal yeme tutumuna sahip oldukları görülmüştür (Tablo 3.6). Toplumlarda güzellik algısı zayıf bir beden ile bağdaştırılmaktadır. Kadınların zayıf beden imajına sahip olmak için beslenme konusuna daha çok ilgi duyduğu ve bu nedenle yeme bozukluğu açısından daha riskli grupta olduğu söylenebilir.

Literatürde düşük eğitim seviyesi ile anormal yeme tutumu arasında çalışmalar mevcuttur (Haman, Barker Ruchti, Patriksson ve Lindgren, 2015). Bu çalışmada farklı olarak eğitim

düzeyi yüksek bireylerin yeme tutumlarının anormal olduğu saptanmıştır (Tablo 3.6). Eğitim durumu yüksek olan bireyler beslenme ve gıdalar hakkında daha bilgili ve duyarlı olabilirler. Sağlıklı beslenme konusundaki bu hassasiyetleri zamanla yeme tutumunda anormalliklerine neden olabilir.

Sağlık alanında eğitim gören veya çalışan bireylerin, sağlıklı beslenmeye olan aşırı ilgileri nedeniyle yeme bozukluklarına daha yatkın oldukları öne sürülmektedir (Gezer ve Kabaran, 2013; Korinth ve diğ., 2010). Bu çalışmada doktorların yeme tutumlarının yardımcı sağlık personeline göre daha anormal olduğu saptanmıştır (Tablo 3.6). Doktorların çalışma şartlarının da bu durumu etkileyebildiği düşünülmektedir.

Medeni durum ile yeme tutumu arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar sınırlıdır. Evlilerin bekarlara göre daha fazla yeme davranış bozukluğu olduğunu gösteren bir çalışmada gruplar arası farkın anlamlı olmadığı bildirilmiştir (Semiz ve diğ., 2013). Bu çalışmada da evli bireylerin daha fazla anormal yeme tutumu sergiledikleri saptanmıştır (Tablo 3.6). Evli bireylerin aile yaşantıları nedeniyle beslenmeye daha fazla hassasiyet göstermeleri yeme tutumu açısından risk oluşturabilir.

Diyet planı uygulama ile yeme tutum bozukluğu arasında ilişki olduğunu raporlayan çalışmalar mevcuttur (Ulaş ve diğ., 2013; Uzdil ve diğ., 2019; White, Reynolds-Malear ve Cordero, 2011). Bu çalışmada ise literatürün aksine diyet planı uygulamayanlarda yeme tutum anormallikleri ön plana çıkmıştır (Tablo 3.7). Bu durum diyet planının profesyonel destek ile veya bireysel olarak uygulanması konusundaki anlam karmaşasından kaynaklanabilir.

Sosyal medya ve teknoloji kullanımının, beden imajı memnuniyetsizliği ile yeme bozukluğu riskini artırdığı, sosyal medya kullanımının yüksek yeme bozukluğu semptomu ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (Bibbey, Phillips, Ginty ve Carroll, 2015; Çelik, Odacı ve Bayraktar, 2015; Grabe, Ward ve Hyde, 2008; Zeeni, Doumit, Abi Kharma ve Sanchez-Ruiz, 2018; Wang, Brede, Ianni ve Mentzakis, 2018). Sosyal medyanın sağlıklı olma, fit görünme isteği, egzersiz bağımlılığı ve beraberinde yeme bozukluğu gibi olumsuz sonuçlar doğuracağı bildirilmiştir (Raggatt ve diğ., 2018; Sidani, Shensa, Hoffman, Hanmer ve Primack, 2016). Olumsuz yeme tutum davranışına sahip bireylerin sosyal medyada yer alan haber ve paylaşımlara daha çok ilgi gösterdiği raporlanmıştır (Sipahi ve Demirel, 2021). Bu çalışmada sağlıklı ve temiz beslenmeye yönelik sosyal medya kanallarını takip edenlerde yeme tutum anormalliği daha yüksek bulunmuştur (Tablo 3.7). Sosyal medyayı takip edenlerin yeme tutumundaki anormallikler; bilgi kirliliği, beden imajı hakkındaki yanlış tutumları, besinler ile ilgili kaygı düzeyini artıran içeriklerle açıklanabilir.

Yeme tutumu anormallikleri bireylerin yaşam biçimi davranışlarından etkilenmektedir. Egzersiz yapma alışkanlığı yeme tutumu anormalliklerini tetikleyebilmektedir. Bu çalışmada fiziksel aktivite yapan bireylerin yeme tutumundaki anormallikler fiziksel aktivite yapmayanlara göre daha belirgindir (Tablo 3.7). Benzer şekilde Türkiye’ de ve yurtdışında

yapılan çalışmalarda da yeme bozukluğu olan bireylerin daha yoğun egzersiz yaptıkları ortaya konulmuştur (Trott ve diğ., 2021; Segura-Garcia ve diğ., 2012; Yıldırım ve diğ., 2017). Bireylerin fiziksel aktivite yaparak sağlıklarını desteklemeleri istenen bir durumdur. Ancak fiziksel aktivitenin yoğunluğu yeme tutum anormallikleri açısından risk oluşturabilir.

Sağlıklı yaşam alışkanlıklarından sigara içme durumu bireylerin yeme tutumları üzerinde risk oluşturan diğer bir faktördür. Bu çalışmada sigara içmeyenlerde anormal yeme tutumu daha yüksektir (Tablo 3.7). Literatürde sigara içme ve yeme tutumu arasında ilişki bulamayan çalışmalar mevcuttur (Özvuramaz, Mandıracıoğlu ve Lüleci, 2018; Toker ve Hocaoglu, 2009; Ünal ve diğ., 2009). Bu çalışmadan elde edilen sonuç sigara kullanmayan bireylerin sağlık konusundaki hassasiyetleri ile ilişkilendirilebilir. Sağlığın bozulmasından duyulan endişe kısıtlayıcı ve takıntılı yeme tutumlarının sergilenmesi beklenebilir sonuçlardandır.

Depresyonda cinsiyetler arasındaki fark hormonal ve nörogelişimsel değişikliklerin bileşimi ile açıklanmaktadır (Jung, Shin ve Kang, 2015). Genel toplumda erkeklerle kıyaslandığında kadınlarda daha fazla depresyon düzeyi saptanmıştır (Güney, Öztürk ve Arslantaş, 2018; Girgus ve Yang, 2015; Lim ve diğ., 2018; Lök ve Bademli, 2017). Kadın sağlık çalışanlarında (Bozdoğan Yeşilot, Çiftçi, Seyfioğlu, Doğan ve Durna, 2019; Geniş ve diğ., 2020; Lai ve diğ., 2020; Polat ve Coşkun, 2020) depresyon eğiliminin daha fazla olduğu, erkek cinsiyetin depresyona karşı koruyucu olduğu (Özkan ve Yılmaz, 2010; Softa Kaçan Kaya, 2013) raporlanmıştır. Nitekim bu çalışmada kadın sağlık çalışanlarında depresyon şiddeti erkeklere göre daha yüksek orandadır (Tablo 3.8). Böyle bir sonuç literatür ile uyumlu olmakla birlikte devam eden pandemi sürecinin etkisi ile yorumlanabilir. Devam etmekte olan pandemi sürecinde sağlık çalışanlarının ruhsal sağlık düzeylerinde etkilenme olduğu belirtilmektedir (Kang ve diğ., 2020; Lai ve diğ., 2020; Polat ve Coşkun, 2020). Öte yandan toplumların kadınlara atfettiği cinsiyet rolü, çalışma hayatı ile ilgili zorluklar, aile, sosyal ve iş yaşantısının dengelenmesinde yaşanabilen güçlükler kadınlarda depresyonun daha şiddetli görülmesine zemin hazırlayabilir.

Bu çalışmada yardımcı sağlık profesyonellerinde depresyon düzeylerinin daha şiddetli olduğu saptanmıştır (Tablo 3.8). Literatürde birinci basamakta aktif olarak çalışan personelin depresyon düzeylerini inceleyen çalışmalar kısıtlı olmakla birlikte hemşire ve hekimlerin diğer sağlık profesyonellerine göre daha depresif olduğunu gösteren araştırmalar mevcuttur (Saygılı, Avcı, Uğurluoğlu ve Özer, 2016; Yılmaz Karaman ve Yastıbaşı, 2021). Brezilya da birinci basamak sağlık ekiplerinde yapılan çalışmada ise en yüksek depresyon düzeyi toplum sağlığı alanında çalışan yardımcı sağlık profesyonellerinde bulunmuştur (Da Silva, Lopes, Susser ve Menezes, 2016). Sağlık sektöründe özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev alan profesyonellerde depresyon düzeylerinin yüksek olduğu görülmektedir. Toplumda yaşayan bireylere koruyucu sağlık hizmetlerinin sunumunda ön safta görev alan yardımcı sağlık profesyonellerinde pandemi nedeniyle iş yükünün artması, stres, işyeri ile ilgili sorunlar depresyon düzeyini şiddetli hale getirebilir.

Bu çalışmada genel sağlık algısı kötü olan sağlık profesyonellerinin depresyon düzeyi daha şiddetli bulunmuştur (Tablo 3.8). Sağlık çalışanlarında yapılan bir araştırmada olumsuz sağlık algısının ruhsal sorun yaşama riskini artırma olasılığı 1,64 kat yüksek bulunmuştur (Çolak ve Erol, 2021). Sağlıkla ilgili bölümlerde öğrenim gören üniversite öğrencilerinde yapılan çalışmalarda (Fırat, 2019; Güzel ve Ergün, 2020; İskender, Dokumacıoğlu, Kanbay ve Kılıç, 2018; Tunç ve Yapıcı, 2019) sağlık algısının iyileşmesi ile depresyon görülme sıklığının azaldığı gösterilmiştir. Kişisel sağlığın kendi kendine değerlendirilmesindeki ölçütlerden birisi de genel sağlık algısıdır. Nitekim bu çalışmada da fiziksel sağlığın, işlevselliğin ve ruhsal iyilik halinin genel sağlık algısına açıkça yansımaları görülmektedir.

Geleneksel olmayan yeme örüntülerinin özellikle öğün atlamanın veya geciktirilmesinin duygu durum bozukluğu ile ilişkilendirildiği raporlanmaktadır (Beyhan ve Taş, 2019; Glibowski ve Misztal, 2016). Bu çalışmada da öğün atlayanlarda depresyonun daha şiddetli olduğu saptanmıştır (Tablo 3.9). Depresyona neden olduğu düşünülen bazı hormonların (serotonin vb.) besinlerin eksik alınması ile azaldığı bildirilmektedir (Flaskerud, 2019; White, Horwath ve Conner, 2013). Tüm bu koşullar dikkate alındığında, yeme düzeni olmayan ve öğün atlayanlar da depresyon düzeyinin şiddetli olması öngörülebilir bir sonuçtur.

Sosyal medyanın belirli düzeyde ve artan bir şekilde kullanımı depresyon semptomlarının kötüleşme olasılığını artırabilmektedir (Akarsu, 2016; Becker, Alzahabi ve Hopwood, 2013; Bilge, Baydili ve Göktaş, 2020; Çelik ve Diker, 2021; Elhai, Gallinari, Rozgonjuk ve Yang, 2020; Hou ve diğ., 2019; Lin ve diğ., 2016). Bu çalışmada sağlıklı ve temiz beslenmeye yönelik sosyal medya kanallarını takip edenlerde depresyon daha şiddetli düzeydedir (Tablo 3.9). Sosyal medyanın sağlıklı ve temiz beslenmeye yönelik obsesyonlarla kullanımı bireylerin beslenme ile ilgili takıntılarını ve gerçek olmayan beklentilerini artırabilir. Sosyal yaşantılarını kısıtlayabilir. Bu durum ruhsal sağlığını olumsuz etkileyebilir.

Fiziksel aktivitenin depresyon semptomlarının gelişimini önlediği ve depresyonu tedavi ettiği belirtilmektedir. Ancak fiziksel aktivitenin antidepresan mekanizmaları henüz net değildir (Liu ve diğ., 2019). Fiziksel aktivite oksidatif ve fizyolojik stresi azaltır, özsaygıyı, sosyal desteği ve öz yeterliliği geliştirir (H.Song, J.Song ve Lee, 2021; Uney ve Erim, 2019). Bu çalışmada fiziksel aktivite yapmayan sağlık profesyonellerinde depresyon şiddeti daha yüksektir (Tablo 3.9). Benzer şekilde sağlık çalışanlarında ve sağlık çalışanı adaylarında depresyon görülme sıklığının fiziksel aktivite düzeylerinden etkilendiği gösterilmiştir (Çolak ve Erol, 2021; Serel Arslan, Alemdaroğlu, Öksüz, Karaduman ve Tunca Yılmaz, 2018; Yeniocak Tunç ve Yapıcı, 2019). Fiziksel aktivite yapan bireyler sağlıklarını koruma ve daha iyiye yöneltme amacı güdebilirler. Hareketsiz bir yaşam sürenlerde sağlık açısından daha riskli tablolar ortaya çıkabilir. Bu durum fiziksel sağlığı ve ruhsal sağlığı etkileyebilmektedir.

Bu çalışmada doktorların mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyleri yardımcı sağlık profesyonellerine göre daha yüksek seviyede bulunmuştur (Tablo 3.10). Benzer şekilde birinci basamak sağlık çalışanlarında da hekimlerin sağlık okuryazarlık düzeyi daha yüksek

bulunmuştur (Deniz ve diğ., 2018). Öte yandan Güneydoğu Asya ülkesi Malezya'da yapılan başka bir çalışmada ise sağlık çalışanlarının unvanları açısından sağlık okuryazarlığı düzeylerinin farklılık göstermediği belirtilmiştir (Rajah ve diğ., 2019). Hekimlerin daha yüksek sağlık okuryazarlık düzeylerine sahip olması mezuniyet öncesi ve mezuniyet sonrası eğitimlerinin ve müfredatlarının farklı olmasına, tanı ve tedavi boyutunda sağlık hizmetlerinin temel taşlarından biri olmalarına bağlanabilir.

Sağlık algısı öznel bir terimdir ve bireyin fiziksel, zihinsel ve sosyal iyilik durumunu yansıtır (Alkan, Özdelikara ve Boğa, 2017). Bu çalışmada genel sağlık algısı olumsuz olan bireylerde sağlık okuryazarlığı düzeyleri daha sınırlıdır (Tablo 3.10). Bu çalışma ile uyumlu olarak sağlık çalışanlarında ve sağlık çalışanı adaylarında yapılan tüm çalışmalarda olumsuz sağlık algısının sağlık okuryazarlığı düzeylerini düşürdüğü gösterilmiştir (Çolak ve Erol, 2021; Şirin ve diğ., 2021).

Vücut ağırlığı yüksek olan bireylerde ON eğilimi artmaktadır (Donini ve diğ., 2004; Missbach ve diğ., 2015). Bu çalışmadan elde edilen sonuç literatürle uyumludur. Sağlık profesyonellerinin vücut ağırlığı arttıkça daha ortoreksik oldukları belirlenmiştir (Tablo 3.12). Artmış vücut ağırlığı bireyleri sağlıklı yiyecekler tüketmeye ve diyet programı uygulamaya itebilir. Bu durum düşük ve normal kilolu bireylere göre fazla kilolu bireylerde ortoreksik eğilim gösterme ihtimalini artırabilir.

Ortoreksiklerde yeme bozukluk riskinin yüksek olduğu raporlanmaktadır (Barnes ve Caltabiano, 2017; Brytek-Matera ve diğ., 2015; Missbach ve diğ., 2015; Segura-Garcia ve diğ., 2015). Bu çalışmada yeme tutumundaki yüksek puanlar daha düşük ORTO-15 puanları ile anlamlı şekilde ilişkili bulunmuştur (Tablo 3.12) ve ON riski, anormal yeme tutumuna sahip olanlarda 5,35 kat daha yüksektir (Tablo 3.13). Benzer şekilde konu ile ilgili yapılan çalışmalarda ortoreksik eğilimin yeme tutumundaki bozukluklarla ilişkisi ortaya konulmuştur (Arslantaş ve diğ., 2017; Asıl ve Sürücüoğlu, 2015; Çiçekoğlu Öztürk, 2021; Çobanoğlu ve Akman, 2021; Duran, 2016; Farchakh, Hallit ve Soufia, 2019). Tüm bu sonuçlar doğrultusunda anormal yeme bozukluğunun katı, kısıtlayıcı, tek tip beslenme şekli ile ilişkili olduğu ve ON riskini artırdığı düşünülebilir.

Bu çalışmada yüksek depresyon puanları daha düşük ORTO-15 puanları ile anlamlı bir şekilde ilişkili bulunmuştur (Tablo 3.12) ve ON riski şiddetli depresyon olanlarda 2.40 kat daha yüksektir (Tablo 3.13). Literatürde genel popülasyonda yapılan bir çalışmada güçlü ortoreksik eğilimi olanların depresyon belirtilerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (Greetfeld ve diğ., 2021; Hessler-Kaufmann ve diğ., 2021). Türkiye'de ON ile depresyon arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışma bulgusuna rastlanılamamıştır. Depresyon şiddetinin besin tüketiminde zorlayıcı ve kısıtlayıcı davranışlara yol açabileceği ve bu durumun sağlıklı beslenme konusunda takıntıları artırabileceği söylenebilir.

Sınırlı sağlık okuryazarlığı, ortoreksiya için güçlü bir ngrdrcdr (Yılmazel ve Bozdoğan, 2020). Bu çalışmada sağlık okuryazarlığı düzeylerinin artması ile ortoreksiya düzeylerinin de artış gösterdiği görülmüştür (Tablo 3.12). Ortoreksiya ve sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar sınırlıdır. Sağlık okuryazarlığı düşük olan bireylerin ORTO-15 testinden daha düşük puanlar aldıkları raporlanmıştır (Pehlivan ve diğ., 2019; Yılmazel ve Bozdoğan, 2020). Sağlık bilgisi ve davranışlarına yönelik gelişen infodemi ortoreksik eğilimleri artırabilir (Pehlivan ve diğ., 2019). Sağlık okuryazarlığının yetersizliği sağlıklı beslenmeye ilişkin bilgilerin doğruluğunu ayırıştırmada bireyleri zorlayabilir ve ortoreksik eğilime itebilir.



## SONUÇ VE ÖNERİLER

Birinci basamak sağlık çalışanlarında ON prevalansı, risk faktörleri ve sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkiyi inceleyen bu çalışmadan elde edilen sonuçlar şu şekilde sıralanabilir:

- Sağlık çalışanlarının %58,4'ü ortoreksiktir,
- Sağlık çalışanlarının %23,7'si anormal yeme tutumuna sahiptir,
- Sağlık çalışanlarının %48,4'ünde şiddetli depresyon görülmektedir,
- Sağlık çalışanlarının %46'sında sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz/sorunlu düzeydedir,
- Ortoreksiya nevroza prevalansı 30-39 yaş grubunda %38,1 ile en yüksek düzeydedir,
- Ortoreksiya nevroza prevalansı %69,6 ile kadınlarda en yüksek düzeydedir,
- Ortoreksiya nevroza prevalansı %67,5 ile evlilerde en yüksek düzeydedir,
- Ortoreksiya nevroza prevalansı vitamin takviyesi alma, diyet programı uygulama, sigara içme durumu açısından anlamlı farklılıklar oluşturmuştur,
- Katılımcıların yeme tutumları yaş grupları, cinsiyet, eğitim düzeyi, ünvan ve medeni durum açısından anlamlı farklılıklar oluşturmuştur,
- Ünvan ve genel sağlık algısı, sağlık okuryazarlığı düzeyleri açısından anlamlı fark oluşturmuştur,
- Yaş, kilo ve TSOY-32 puanları ORTO-15 puanları ile pozitif yönde anlamlı ilişkilidir,
- YTT-26 ve BECK-21 puanları ORTO-15 puanları ile negatif yönde anlamlı ilişkilidir,
- Ortoreksiya ile ilişkili risk faktörleri arasında, sağlıklı ve temiz beslenmeye yönelik sosyal medya kanallarını takip etme, fiziksel aktivite yapma, anormal yeme tutumu ve şiddetli depresyon yer almaktadır.
- Elde edilen sonuçlar doğrultusunda şu önerilerde bulunulabilir:
- Birinci basamak sağlık çalışanlarında sağlıklı beslenme alışkanlıklarının geliştirilmesine yönelik sağlık eğitimi programlarının artırılması,
- Birinci basamak sağlık çalışanlarının sağlık okuryazarlığı düzeylerinin belirlenmesi ve artırılmasına yönelik farkındalık çalışmalarının geliştirilmesi,
- Birinci basamak sağlık çalışanlarında depresyona yönelik taramaların yapılması ve riskli bulunan bireylere yönelik danışmanlık ve terapi hizmetlerine yönlendirilmesi,

- Ortoreksiya açısından risk altında bulunan; sosyal medya takibi yapanlar, fiziksel aktivite yapanlar, anormal yeme tutumuna sahip olanlar ve şiddetli depresyon düzeyine sahip olanlara yönelik halk sağlığı çabalarının artırılması, medya okuryazarlığının geliştirilmesi önerilebilir.



## KAYNAKÇA

- Acar Tek, N., & Karaçil Ermumcu, M. Ş. (2016). Sağlık profesyonellerinde sağlıklı beslenme kaygısı: ortoreksiya nevroza (ON). *Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(2), 59-71.
- Akarsu, A. (2016). Sosyal medyanın toplum üzerindeki etkisi. *Toplum Bilimleri*, 347.
- Akdevelioğlu, Y., & Yörüsün, T. Ö. (2019). Üniversite öğrencilerinin yeme tutum ve davranışlarına ilişkin bazı faktörlerin incelenmesi. *Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(1), 19-28.
- Akova, İ., Hasdemir, Ö., & Kılıç, E. (2019). Birinci basamak sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeylerinin depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri ile ilişkisinin değerlendirilmesi (Sivas). In 3. International 21. National Public Health Congress.
- Aksoydan, E., & Camci, N. (2009). Prevalence of orthorexia nervosa among Turkish performance artists. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 14(1), 33-37.
- Almeida, C., Borba, V. V., & Santos, L. (2018). Orthorexia nervosa in a sample of Portuguese fitness participants. *Eating and Weight Disorders*, 23(4), 443-451.
- Alkan, S.A., Özdelikara, A., & Boğa, N.M. (2017). Hemşirelik öğrencilerinin sağlık algılarının belirlenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(2), 11-21.
- Alshardi, A., & Farahat, F. (2020). Prevalence and predictors of depression among medical residents in Western Saudi Arabia. *Journal of clinical psychology in medical settings*, 27(4), 746-752. <https://doi.org/10.1007/s10880-019-09667-7>
- Alvarenga, M. S., Martins, M. C. T., Sato, K. S. C. J., Vargas, S. V., Philippi, S. T., & Scagliusi, F. B. (2012). Orthorexia nervosa behavior in a sample of Brazilian dietitians assessed by the Portuguese version of ORTO-15. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 17(1), e29-e35.
- American Medical Association. (1999). Health literacy: report of the Council on Scientific Affairs. Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs, *JAMA*, 281(6), 552-557.
- American Psychiatric Association. (2013). *American Psychiatric Association Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*, American Psychiatric Publishing, Arlington, VA (2013).
- Arslantaş, H., Adana, F., Öğüt, S., Ayakdaş, D., & Korkmaz, A. (2017). Hemşirelik öğrencilerinin yeme davranışları ve ortoreksiya nevroza (sağlıklı beslenme takıntısı) ilişkisi: kesitsel bir çalışma. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 8(3), 137-144.
- Arusoğlu, G., Kabakçı, E., Köksal, G., & Merdol, T. K. (2008). Ortoreksiya nevroza ve Orto-11'in Türkçeye uyarlama çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19(3), 283-291.
- Asil, E., & Sürücüoğlu, M. S. (2015). Orthorexia nervosa in Turkish dietitians. *Ecology of food and nutrition*, 54(4), 303-313.
- Bağcı Bosi, A. T., Camur, D., & Güler, C. (2007). Prevalence of orthorexia nervosa in resident medical doctors in the faculty of medicine (Ankara, Turkey). *Appetite*, 49(3), 661-666.
- Barnes MA, & Caltabiano ML. (2017). The interrelationship between orthorexia nervosa, perfectionism, body image and attachment style. *Eat Weight Disord*. 2017 Mar;22(1):177-84.
- Barrada, J. R., & Roncero, M. (2018). Bidimensional structure of the orthorexia: Development and initial validation of a new instrument. *Anales De Psicología/Annals of Psychology*, 34(2), 283-291.
- Barthels, F., Meyer, F., & Pietrowsky, R. (2018). Orthorexic and restrained eating behaviour in vegans, vegetarians, and individuals on a diet. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 23(2), 159-166.

- Beck, A. T., Ward, C., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. J. A. G. P. (1961). Beck depression inventory (BDI). *Arch Gen Psychiatry*, 4(6), 561-571.
- Becker, M.W., Alzahabi, R. & Hopwood, C.J. (2013) Media multitasking is associated with symptoms of depression and social anxiety. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 16 (2), 132-135.
- Beyhan, Y., & Taş, V. (2019). Mental sağlık ve beslenme. *Zeugma Health Res* 1(1): 31-36.
- Bibbey, A., Phillips, A. C., Ginty, A. T., & Carroll, D. (2015). Problematic Internet use, excessive alcohol consumption, their comorbidity and cardiovascular and cortisol reactions to acute psychological stress in a student population. *Journal of behavioral addictions*, 4(2), 44-52. <https://doi.org/10.1556/2006.4.2015.006>
- Biçer, E.B., & Malatyali, İ. (2018). Sağlık Okuryazarlık Düzeyinin belirlenmesi: Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Örneği. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 17 (2) , 1-15.
- Bilge, Y., Baydili, K. N., & Gökteş, S. Ş. (2020). Sosyal medya bağımlılığını yordamada anksiyete, stres ve günlük sosyal medya kullanımı: Meslek yüksekokulu örneği. *Bağımlılık Dergisi*, 21(3), 223-235.
- Bilir, N. (2014). Sağlık okur-yazarlığı/Health Literacy. *Turkish Journal of Public Health*, 12(1), 61-68.
- Binbay, T., Direk, N., Aker, T., Akvardar, Y., Alptekin, K., Cimilli, C., ... Ulaş, H. (2014). Türkiye'de psikiyatrik epidemiyoloji: Yakın zamanlı araştırmalarda temel bulgular ve gelecek için öneriler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 25 (4), 264-281.
- Bozdoğan Yeşilot, S., Çiftçi, H., Seyfioğlu, T., Doğan, T., & Durna, İ. ( 2019). Ameliyathane çalışanlarında depresyon düzeyinin belirlenmesi. *ADYÜ Sağlık Bilimleri Derg.* ; 5(3): 1711-1721.
- Bundros, J., Clifford, D., Silliman, K., & Morris, M. N. (2016). Prevalence of Orthorexia nervosa among college students based on Bratman's test and associated tendencies. *Appetite*, 101, 86-94.
- Bratman S. (2017). Orthorexia vs. theories of healthy eating. *Eat Weight Disord* 22(3):381-385. <https://doi.org/10.1007/s40519-017-0417-6>
- Bükeçik, N., & Adana, F. (2021). Hastane çalışanlarının sağlık okuryazarlık düzeyleri ve ilişkili faktörler: Konya ili örneği. *Caucasian Journal Of Science*, 8(1), 1-13.
- Bükülmez, A., Oflu, A. T., Molon, L., Aydın, H. & Şen, T. A. (2021). Annelerin beslenme tutumları ile çocukların kilo durumu arasındaki ilişkisi . *Kocatepe Tıp Dergisi* , Cilt: 22 Sayı: 3 Mayıs 2021 özel sayısı , 213-220.
- Bratman, S. (1997). Health food junkie. *Yoga Journal*, September, 42-50.
- Bratman, S. (2017). Orthorexia vs. theories of healthy eating. *Eating and weight disorders-studies on anorexia, Bulimia and Obesity*, 22(3), 381-385.
- Bratman, S., & Knight, D. (2000). *Health Food Junkies: Overcoming the Obsession with Healthful Eating*. Broadway Books, New York.
- Brytek-Matera, A. (2012). Orthorexia nervosa - An eating disorder, obsessive-compulsive disorder or disturbed eating habit? *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 14: 55-60.
- Brytek-Matera, A., Donini, L. M., Krupa, M., Poggiogalle, E., & Hay, P. (2015). Orthorexia nervosa and self-attitudinal aspects of body image in female and male university students. *Journal of Eating Disorders*, 3(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s40337-015-0038-2>
- Brytek-Matera A., Gramaglia C., Gambaro E., Delicato C., & Zeppego P. (2018). The psychopathology of body image in orthorexia nervosa. *J Psychopathol*, 24:133-40.
- Cappelli, A., & Cini, E. (2020). Will the COVID-19 pandemic make us reconsider the relevance of short food supply chains and local productions? *Trends in Food Science & Technology*, 99: 566.

- Cena, H., Barthels, F., Cuzzolaro, M., Bratman, S., Brytek-Matera, A., Dunn, T., ... Donini, L. M. (2019). Definition and diagnostic criteria for orthorexia nervosa: a narrative review of the literature. *Eating and weight disorders : EWD*, 24(2), 209–246. <https://doi.org/10.1007/s40519-018-0606-y>
- Cengiz, B., Ayar D., Arkan, G., & Bektaş, İ. (2020). Hemşirelik öğrencilerinin sosyal, duygusal yalnızlık düzeyleri ve yeme davranışlarının incelemesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 13(1), 2-9.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2021). Anxiety and depression. Erişim Adresi: <https://www.cdc.gov/nchs/covid19/pulse/mental-health.htm> (Erişim Tarihi: 20.12.2021).
- Cerea, S., Bottesi, G., Pacelli, Q. F., Paoli, A., & Ghisi, M. (2018). Muscle dysmorphia and its associated psychological features in three groups of recreational athletes. *Scientific reports*, 8(1), 1-8.
- Chaki, B., Pal, S., & Bandyopadhyay, A. (2013). Exploring scientific legitimacy of orthorexia nervosa: a newly emerging eating disorder.
- Clifford, T., & Blyth, C. (2019). A pilot study comparing the prevalence of orthorexia nervosa in regular students and those in University sports teams. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 24(3), 473-480.
- Cowen, P. J., & Browning, M. (2015). What has serotonin to do with depression?. *World Psychiatry*, 14(2), 158.
- Çelik, Ç. B., Odacı, H., & Bayraktar, N. (2015). Is problematic internet use an indicator of eating disorders among Turkish university students?. *Eating and weight disorders : EWD*, 20(2), 167–172. <https://doi.org/10.1007/s40519-014-0150-3>
- Çelik, F., & Diker, E. (2021). Covid-19 sürecinde depresyon, stres, gelişmeleri kaçırma korkusu ve zorlayıcı sosyal medya kullanımı arasındaki ilişkiler. *Ayna Klinik Psikoloji Dergisi*, 8(1), 17-43.
- Celik, S., Ugur, B. A., Aykurt, F. A., & Bektas, M. (2015). Eating attitudes and related factors in Turkish nursing students. *Nursing and midwifery studies*, 4(2).
- Çiçekoğlu, P., & Tunçay, G. Y. (2017). A comparison of eating attitudes between vegans/vegetarians and nonvegans/nonvegetarians in terms of orthorexia nervosa. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32(2), 200-205. <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnu.2017.11.002>
- Çiçekoğlu Öztürk, S. (2021). Hemşirelik öğrencilerinin ortoreksiya nevroza eğilimlerinin belirlenmesi. *Avrasya Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(2), 99-105.
- Çobanoğlu, Z., & Akman, M. (2021). Consideration of healthy eating obsession (orthorexia nervosa) for students educated in nutrition and dietetics department. *Journal of Pharmacy and Pharmacology*, 9, 35-43.
- Çolak M, & Erol S. (2021). Sağlık çalışanlarının genel sağlık durumu, fiziksel aktivite düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi*; 24(2): 139-147.
- Dalley, S. E., & Buunk, A. P. (2011). The motivation to diet in young women: Fear is stronger than hope. *European Journal of Social Psychology*, 41(5), 672-680.
- Dalley, S. E., & Buunk, A. P. (2011). The motivation to diet in young women: fear is stronger than hope, 680(November 2009), 672–680.
- Da Silva, A. T., Lopes, C. S., Susser, E., & Menezes, P. R. (2016). Work-Related depression in primary care teams in Brazil. *American journal of public health*, 106(11), 1990–1997. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2016.303342>
- Da Silva, A. T. C., Peres, M. F. T., de Souza Lopes, C., Schraiber, L. B., Susser, E., & Menezes, P. R. (2015). Violence at work and depressive symptoms in primary health care teams: a cross-sectional study in Brazil. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 50(9), 1347-1355.

- Dell'Osso, L., Abelli, M., Carpita, B., Massimetti, G., Pini, S., Rivetti, L., ... Carmassi, C. (2016). Orthorexia nervosa in a sample of Italian university population. *Rivista di psichiatria*, 51(5), 190-196.
- Deniz, S., Öztaş, D., & Akbaba, M. (2018). Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personelinin sağlık okuryazarlığı düzeyinin ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Sakarya Tıp Dergisi*, 8(2), 214-228.
- Depa, J., Schweizer, J., Bekers, S.-K., Hilzendegen, C., & Stroebele-Benschop, N. (2017). Prevalence and predictors of orthorexia nervosa among German students using the 21-item-DOS. *Eating and Weight Disorders*, 22(1), 193-199.
- Depa, J., Barrada, J. R., & Roncero, M. (2019). Are the motives for food choices different in orthorexia nervosa and healthy orthorexia? *Nutrients*, 11, 697.
- Dittfeld, A., Gwizdek, K., Jagielski, P., Brzęk, A., & Ziara, K. (2017). Ocena związku pomiędzy ortoreksją a wegetarianizmem z użyciem BOT (" Ortoreksiya için Bratman Testi"). *Psikiyatri Polska*, 51 (6).
- Donini, L. M., Marsili, D., Graziani, M. P., Imbriale, M., & Cannella, C. (2004). Orthorexia nervosa: a preliminary study with a proposal for diagnosis and an attempt to measure the dimension of the phenomenon. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 9(2), 151-157.
- Donini, L. M., Marsili, D., Graziani, M., Imbriale, M., & Cannella, C. (2005). Orthorexia nervosa: validation of a diagnosis questionnaire. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 10(2), e28-e32.
- Dunn, T.M., & Bratman, S. (2016). On orthorexia nervosa: A review of the literature and proposed diagnostic criteria. *Eating Behaviors*, 21, 11-17. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2015.12.006>
- Dunn, T. M., Gibbs, J., Whitney, N., & Starosta, A. (2017). Prevalence of orthorexia nervosa is less than 1%: data from a US sample. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 22(1), 185-192.
- Duran, S. (2016). Sağlık yüksekokulu öğrencilerinde ortoreksiya nevroza (sağlıklı beslenme takıntısı) riski ve etkileyen faktörler. *Pamukkale Tıp Dergisi*, (3), 220-226.
- Duran, S., Ergün, S., Çalışkan, T., & Karadaş, A. (2016). Hemşirelik öğrencilerinin yeme tutumları ile problem çözme becerileri arasındaki ilişki.
- Dotti, A., Lazzari, R. (1998). Validation and reliability of the Italian EAT-26. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 3 (4), 188-194.
- Elhai, J. D., Gallinari, E. F., Rozgonjuk, D., & Yang, H. (2020). Depression, anxiety and fear of missing out as correlates of social, non-social and problematic smartphone use. *Addictive Behaviors*, 105, 106335. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2020.106335>
- Ennis, K., Hawthorne, K., & Frownfelter, D. (2012). How physical therapists can strategically effect health outcomes for older adults with limited health literacy. *Journal of geriatric physical therapy* (2001), 35(3), 148-154. <https://doi.org/10.1519/JPT.0b013e31823ae6d1>
- Erbay, L. G., & Seçkin, Y. (2016). Yeme bozuklukları. *Güncel gastroenteroloji*, 20(4), 473-477.
- Ergün, S. (2017). Health literacy in school of health students. *Kocaeli Medical Journal*, 6(3), 1-6.
- Ergüney Okumuş, F. E., & Sertel Berk, H. Ö. (2019). Yeme Tutum Testi Kısa Formunun (YTT-26) Üniversite Örnekleminde Türkçeye Uyarlanması ve Psikometrik Özelliklerinin Değerlendirilmesi. *Psikoloji Çalışmaları*, 40(1), 57-78.
- Erkoç, E., & Unusan, N. (2021). Evlilik uyumunun çiftlerin yeme tutum ve davranışlarına olan etkilerinin araştırılması . *KTO Karatay Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* , 2 (3) , 97-108.
- Erunal, M., Ozkaya, B., Mert, H., & Kucukguclu, O. (2018). Investigation of health literacy levels of nursing students and affecting factors. *International Journal of Caring Sciences*, 11(3), 1386-1395.

- Fırat, M. (2019). Hemşirelik öğrencilerinde sıradışı değişkenlerin ve depresyon düzeylerinin incelenmesi. *Archives of Basic and Clinical Research*, 1(2).
- Fidan, T., Ertekin, V., Işıkkay, S., & Kirpınar, I. (2010). Prevalence of orthorexia among medical students in Erzurum, Turkey. *Comprehensive psychiatry*, 51(1), 49-54. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2009.03.001>
- Farchakh, Y., Hallit, S., & Soufia, M. (2019). Association between orthorexia nervosa, eating attitudes and anxiety among medical students in Lebanese universities: results of a cross-sectional study. *Eating and weight disorders: EWD*, 24(4), 683-691. <https://doi.org/10.1007/s40519-019-00724-6>
- Flaskerud, J. H. (2015). Mood and food. *Issues in mental health nursing*, 36(4), 307-310. <https://doi.org/10.3109/01612840.2014.962677>
- Freedman, D. A., Bess, K. D., Tucker, H. A., Boyd, D. L., Tuchman, A. M., & Wallston, K. A. (2009). Public health literacy defined. *American journal of preventive medicine*, 36(5), 446-451.
- Galmiche, M., Déchelotte, P., Lambert, G., & Tavolacci, M. P. (2019). Prevalence of eating disorders over the 2000-2018 period: a systematic literature review. *The American journal of clinical nutrition*, 109(5), 1402-1413.
- Garipoğlu, G., Arslan, M., & Andaç Öztürk, S. (2019). Beslenme ve diyetetik bölümü'nde okuyan kız öğrencilerin ortoreksiya nevroza eğilimlerinin belirlenmesi. *İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 1 (3), 23-27.
- Garner, D. M., Olmsted, M. P., Bohr, Y. ve Garfinkel, P. E. (1982). The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12(4), 871-878.
- Geniş, B., Cosar, B., & Taner, M. E. (2020). Sağlık çalışanlarında ruhsal durumu etkileyen faktörler ve vardiyalı çalışma sisteminin etkileri. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 0-0.
- Gezer, C., & Kabaran, S. (2013). Beslenme ve etik bölümü kız öğrencilerden oluşan veya diyeteksiya nervosa riskli [Beslenme ve diyetetik okuyan kız öğrenciler için risk]. *SDÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 4 (1), 14-22.
- Gleaves, D. H., Graham, E. C., & Ambwani, S. (2013). Measuring "orthorexia": development of the eating habits questionnaire. *The International Journal of Educational and Psychological Assessment*.
- Glibowski, P., & Misztal, A. (2016). Wpływ diety na samopoczucie psychiczne. *Bromat Chem Toksykol* 49(1): 1-9.
- Girgus, J. S., & Yang, K. (2015). Gender and depression. *Current Opinion in Psychology*, 4, 53-60.
- Grabe, S., Ward, L. M., & Hyde, J. S. (2008). The role of the media in body image concerns among women: a meta-analysis of experimental and correlational studies. *Psychological bulletin*, 134(3), 460-476. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.134.3.460>
- Greetfeld, M., Hessler-Kaufmann, J. B., Brandl, B., Skurk, T., Holzapfel, C., Quadflieg, N., ... Voderholzer, U. (2021). Orthorexic tendencies in the general population: association with demographic data, psychiatric symptoms, and utilization of mental health services. *Eating and weight disorders: EWD*, 26(5), 1511-1519. <https://doi.org/10.1007/s40519-020-00961-0>
- Gregersen, S. C., & Gillath, O. (2020). How food brings us together: The ties between attachment and food behaviors. *Appetite*, 151, 1046-1054.
- Gu, X., & Tucker, K. L. (2017). Dietary quality of the US child and adolescent population: trends from 1999 to 2012 and associations with the use of federal nutrition assistance programs. *The American journal of clinical nutrition*, 105(1), 194-202. <https://doi.org/10.3945/ajcn.116.135095>
- Gün, M., Aslantekin, F., & Karadağ, N. (2021). Evaluating the health literacy of medical and vocational school of health services students and affecting factors. *Turkish Journal of Bioethics*, 8(1), 34-43.

- Günay, O., Öztürk, A., & Arslantaş, E. E. (2018). Öğrencilerinde internet bağımlılığı ve depresyon düzeyleri. *Neurological Sciences*, 31, 79-88.
- Güven, D.Y., Bulut, H., & Öztürk, S. (2018). Sağlık bilimleri fakültesi kutlamaları sağlık okuryazarlığı düzeylerinin incelenmesi/sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin incelenmesi. *Tarih Kültür Sanat Araştırmaları Dergisi*, 7 (2), 400-409.
- Güzel, A., & Ergün, G. (2020). Üniversite öğrencilerinde depresyon sıklığı ve ilişkili faktörler. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(2), 279-289.
- Hacıhasanoğlu, R., Yıldırım, A., Karakurt, P., & Sağlam, R. (2011). Healthy lifestyle behaviour in university students and influential factors in eastern Turkey. *International Journal of Nursing Practice*, 17(1), 43-51.
- Haddad, C., Obeid, S., Akel, M., Honein, K., Akiki, M., Azar, J., & Hallit, S. (2019). Correlates of orthorexia nervosa among a representative sample of the Lebanese population. *Eating and weight disorders: EWD*, 24(3), 481-493. <https://doi.org/10.1007/s40519-018-0631-x>
- Haman, L., Barker Ruchti, N., Patriksson, G., & Lindgren, E.C. (2015). Orthorexia nervosa: An integrative literature review of a lifestyle syndrome. *Int J Qualitative Stud Health Well-being*. 14 (10): 1- 15.
- Hamulka, J., Wadolowska, L., Hoffmann, M., Kowalkowska, J., & Gutkowska, K. (2018). Effect of an education program on nutrition knowledge, attitudes toward nutrition, diet quality, lifestyle, and body composition in polish teenagers. *The ABC of Healthy Eating Project: Design, Protocol, and Methodology. Nutrients*, 10(10): 1439.
- Hayes, O., Wu, M. S., De Nadai, A. S., & Storch, E. A. (2017). Orthorexia nervosa: An examination of the prevalence, correlates, and associated impairment in a university sample. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 31(2), 124-135.
- Hessler-Kaufmann, J. B., Meule, A., Holzapfel, C., Brandl, B., Greetfeld, M., Skurk, T., ... Voderholzer, U. (2021). Orthorexic tendencies moderate the relationship between semi-vegetarianism and depressive symptoms. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 26(2), 623-628.
- Hisli, N. (1989). Beck depresyon envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliliği, güvenilirliği.(A reliability and validity study of Beck Depression Inventory in a university student sample). *J. Psychol.*, 7, 3-13.
- Hocaoğlu, C. (2021). Az bilinen bir konu 'Ortoreksiya Nevroza': Bir olgu sunumu. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14 (1) , 172-175.
- Hou, X. L., Wang, H. Z., Hu, T. Q., Gentile, D. A., Gaskin, J., & Wang, J. L. (2019). The relationship between perceived stress and problematic social networking site use among Chinese college students. *Journal of Behavioral Addictions*, 8(2), 306-317. <https://doi.org/10.1556/2006.8.2019.26>
- Hyrnik, J., Janas-Kozik, M., Stochel, M., Jelonek, I., Siwiec, A., & Rybakowski, J. K. (2016). The assessment of orthorexia nervosa among 1899 Polish adolescents using the ORTO-15 questionnaire. *International journal of psychiatry in clinical practice*, 20(3), 199-203.
- İskender, H., Dokumacıoğlu, E., Kanbay, Y., & Kılıç, N. (2018). Üniversite öğrencilerinde sağlıklı yaşam ve depresyon puan düzeyleri ile ilgili faktörlerin belirlenmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (4), 414-423.
- Jacka, F. N., Mykletun, A., Berk, M., Bjelland, I., & Tell, G. S. (2011). The association between habitual diet quality and the common mental disorders in community-dwelling adults: the Hordaland Health study. *Psychosomatic medicine*, 73(6), 483-490. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e318222831a>
- Jahrami, H., Saif, Z., Faris, M. E. A. I., & Levine, M. P. (2019). The relationship between risk of eating disorders, age, gender and body mass index in medical students: a meta-regression. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 24(2), 169-177.

- Jung, S. J., Shin, A., & Kang, D. (2015). Hormone-related factors and post-menopausal onset depression: results from KNHANES (2010-2012). *Journal of affective disorders*, 175, 176-183. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.061>
- Kadioğlu, M., & Ergün, A. (2015). Üniversite öğrencilerinin yeme tutumu, öz-etkililik ve etkileyen faktörler. *Clinical And Experimental Health Sciences*, 5(2), 96-104.
- Kalra, S., Kapoor, N., & Jacob, J. (2020). Orthorexia nervosa. *JPMA. The Journal of the Pakistan Medical Association*, 70(7), 1282-1284.
- Kang, L., Ma, S., Chen, M., Yang, J., Wang, Y., Li, R., ... Liu, Z. (2020). Impact on mental health and perceptions of psychological care among medical and nursing staff in Wuhan during the 2019 novel coronavirus disease outbreak: A cross-sectional study. *Brain, behavior, and immunity*, 87, 11-17. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.03.028>
- Kaya, H. K. S. S. (2013). Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin depresyon düzeylerini etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2 (2), 214-229.
- Kaygusuz, Ö., & Gümüş, H. (2021). Çalışan kadınlarda boş zaman yönetimi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelenmesi. *Türkiye Spor Bilimleri Dergisi*, 5 (1), 45-53.
- Kermen, S., Kermen, U., Dinçer, F. & Muslu, M. (2019). Üniversite öğrencilerinde yeme bozukluğu riskinin lojistik regresyon ile belirlenmesi. *Yaşam Becerileri Psikoloji Dergisi*, 3 (6), 149-163.
- Khalid, S., Razia, E.T., Raza, M.H., Sheikh, H., Salman, M., Shehzadi, N., ... Saleem, F. (2017). It's not just a "female issue": eating attitudes and behaviors of Pakistani male and female pharmacy students. *Russian Open Medical Journal* 6: e0406.
- Kiss-Leizer M., & Rigo, A. (2019). People behind unhealthy obsession to healthy food: the personality profile of tendency to orthorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders*, 24(1) 29-35.
- Koç, M. (2016). Depressif (Çökkünlük) Bozukluklar. İçinde: *Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği*, Gürhan N (Ed.), Ankara Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara.s:475- 538.
- Kolnik, T. Š., Hozjan, D., & Babnik, K. (2017). Health literacy and health related lifestyle among nursing students. *Pielegniarstwo XXI wieku/Nursing in the 21st Century*, 16(2), 42-46.
- Korinth, A., Schiess, S., & Westenhoefer, J. (2010). Eating behaviour and eating disorders in students of nutrition sciences. *Public health nutrition*, 13(1), 32-37.
- Koven, N. S., & Abry, A. W. (2015). The clinical basis of orthorexia nervosa: Emerging perspectives. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 11(1), 385-394.
- Koven, N. S., & Senbonmatsu, R. (2013). A neuropsychological evaluation of orthorexia nervosa.
- Kurtbeyoğlu, E., Akduman, G., & Güneş, F. E. (2021). Depresyonda beslenmeye farklı bir bakış: fizyopatolojik yollar üzerinde besin öğelerinin önemi. *Turkiye Klinikleri J Health Sci*, 6(2), 320-8.
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., & Tan, H. (2020). Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA network open*, 3(3): e203976-e203976.
- Lang, U. E., Beglinger, C., Schweinfurth, N., Walter, M., & Borgwardt, S. (2015). Nutritional aspects of depression. *Cellular physiology and biochemistry: international journal of experimental cellular physiology, biochemistry, and pharmacology*, 37(3), 1029-1043. <https://doi.org/10.1159/000430229>
- Letvak, S., Ruhm, C. J., & McCoy, T. (2012). Depression in hospital-employed nurses. *Clinical Nurse Specialist*, 26(3), 177-182.
- Leyva-Vela, B., Jesús Llorente-Cantarero, F., Henarejos-Alarcón, S., & Martínez-Rodríguez, A. (2018). Psychosocial and physiological risks of shift work in nurses: a cross-sectional study. *Central European journal of public health*, 26(3), 183-189. <https://doi.org/10.21101/cejph.a4817>

- Liechty, J. M., & Lee, M. J. (2013). Longitudinal predictors of dieting and disordered eating among young adults in the US. *International Journal of Eating Disorders*, 46(8), 790-800.
- Lim, G. Y., Tam, W. W., Lu, Y., Ho, C. S., Zhang, M. W., & Ho, R. C. (2018). Prevalence of depression in the community from 30 countries between 1994 and 2014. *Scientific reports*, 8(1), 1-10.
- Lin, L. Y., Sidani, J. E., Shensa, A., Radovic, A., Miller, E., Colditz, J. B., ... Primack, B. A. (2016). Association between social media use and depression among u.s. young adults. *Depression And Anxiety*, 33(4), 323-331.
- Liu, Y., Yan, T., Chu, J. M. T., Chen, Y., Dunnett, S., Ho, Y. S., ... Chang, R. C. C. (2019). The beneficial effects of physical exercise in the brain and related pathophysiological mechanisms in neurodegenerative diseases. *Laboratory Investigation*, 99(7), 943-957.
- Lök, N., & Bademli, K. (2017). Yetişkin bireylerde fiziksel aktivite ve depresyon arasındaki ilişkisinin belirlenmesi. *Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 14 (40) , 101-110.
- Luck- Sikorski, C., Jung, F., Schlosser, K., & Riedel Heller, S.G. (2019). Is orthorexic behavior common in the general public? A large representative study in Germany. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 24:267-273. <https://doi.org/10.1007/s40519-018-0502-5>
- Malmborg, J., Bremander, A., Olsson, M. C., & Bergman, S. (2017). Health status, physical activity, and orthorexia nervosa: A comparison between exercise science students and business students. *Appetite*, 109, 137-143. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.11.028>
- McComb, S. E., & Mills, J. S. (2019). Orthorexia nervosa: A review of psychosocial risk factors. *Appetite*, 140, 50-75.
- McInerney Ernst, E.M. (2011). Orthorexia nervosa: real constructor newest social trend? (Doctor's degree thesis) Kansas City, Missouri.
- Micali, N., Hagberg, K. W., Petersen, I., & Treasure, J. L. (2013). The incidence of eating disorders in the UK in 2000-2009: findings from the General Practice Research Database. *BMJ open*, 3(5), e002646.
- Missbach, B., Hinterbuchinger, B., Dreiseitl, V., Zellhofer, S., Kurz, C., & König, J. (2015). When eating right, is measured wrong! A validation and critical examination of the ORTO-15 questionnaire in German. *PLoS one*, 10(8), e0135772.
- Moroze, R. M., Dunn, T. M., Holland, J. C., Yager, J., & Weintraub, P. (2015). Microthinking about micronutrients: a case of transition from obsessions about healthy eating to near-fatal "orthorexia nervosa" and proposed diagnostic criteria. *Psychosomatics*, 56(4), 397-403. <https://doi.org/10.1016/j.psych.2014.03.003>
- Nevin SM., & Vartanian LR. (2017). The stigma of clean dieting and orthorexia nervosa. *J Eat Disord*, 5(1):37.
- Newsome, C., Mallawaarachchi, I., Conklin, J., & Ray, G. (2018). Health literacy of student pharmacists. *Currents in Pharmacy Teaching and Learning*, 10(3), 340-343.
- Nutbeam, D., McGill, B., & Premkumar, P. (2018). Improving health literacy in community populations: a review of progress. *Health promotion international*, 33(5), 901-911. <https://doi.org/10.1093/heapro/dax015>
- Oberle, C. D., Marcell, H. S., & Noebel, N. A. (2021). Orthorexia nervosa and substance use for the purposes of weight control, conformity, and emotional coping. *Eating and weight disorders : EWD*, 10.1007/s40519-021-01190-9. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s40519-021-01190-9>
- Oberle, C. D., Samaghabadi, R. O., & Hughes, E. M. (2017). Orthorexia nervosa: Assessment and correlates with gender, BMI, and personality. *Appetite*, 108, 303-310.

- Oberle, C. D., Watkins, R. S., & Burkot, A. J. (2018). Orthorexic eating behaviors related to exercise addiction and internal motivations in a sample of university students. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 23(1), 67-74.
- Oğur, S., Aksoy, A., & Güngör, Ş. (2015). Üniversite öğrencilerinde ortoreksiya nevroza eğiliminin belirlenmesi. *Bitlis Eren Üniversitesi Fen Bilimleri Dergisi*, 4(2):93-102.
- Okumuşoğlu, S. (2017). Bir grup üniversite öğrencisinde ortorektik eğilimlerin yeme bozukluğu eğilimleri ve cinsiyetle ilişkisi. *Current Research İn Education*, 3(3), 105-115.
- Okuyay, P., & Abacıgil, F. (2016). Türkiye sağlık okuryazarlığı ölçekleri güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. Avrupa sağlık okuryazarlığı ölçeği türkçe uyarlaması (ASOYTR). MOH, Turkey.
- Özenoğlu, A. (2018). Duygu durumu, besin ve beslenme ilişkisi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (4), 357-365.
- Özenoğlu, A., & Dege, G. (2015). Üniversite gençliğinde yeme bozukluğunun yordayıcıları olarak benlik saygısı ve beslenme eğitiminin ortoreksiya nevroza gelişmesi üzerine etkisi. *Bozok Tıp Dergisi*, 5 (3) , 5-14.
- Özkan, S., & Yılmaz, E. (2010). Öğrenci hemşirelerin genel sağlık düzeyi, stresle baş etme yöntemleri ve etkileyen faktörler . *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 26 (2) , 67-82.
- Öztürk, E., & Tekeli, S. (2021). Tüketicilerin besin seçim güdeleri: y ve z kuşaklarının karşılaştırılması. *Pazarlama ve Pazarlama Araştırmaları Dergisi*, 14 (1) , 147-182.
- Öztürk, M.E., & Yabancı Ayhan, N. (2017).Üniversite öğrencilerinde ortoreksiya görülme durumu ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilişkisi. *The Journal Of Academic Social Sciences*.
- Öztürk, S., & İncedere, A. (2021). Hemşirelik lisans öğrencilerinin yeme tutum özellikleri ile alkol ve madde bağımlılık riskleri arasındaki ilişki. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 0-0.
- Özurmaz, S., Mandıracıoğlu, A., & Lüleci, E. (2018). Üniversite öğrencilerinde yeme tutumu ve yeme tutumuna etki eden faktörler. *Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(2), 841-849.
- Parra-Fernández, M. L., Rodríguez-Cano, T., Onieva-Zafra, M. D., Perez-Haro, M. J., Casero-Alonso, V., Fernández-Martinez, E., & Notario-Pacheco, B. (2018). Prevalence of orthorexia nervosa in university students and its relationship with psychopathological aspects of eating behaviour disorders. *BMC psychiatry*, 18(1), 1-8.
- Pehlivan, E., Mete, B., Fıncı, B., & Doğan, E. (2019). Üniversite öğrencilerinde ortoreksiya nevroza yaygınlığı ve sağlık okuryazarlığı ile ilişkisi. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*, 4(2): 166-175.<https://doi.org/10.35232/estudamhsd.500538>
- Pengpid, S., & Peltzer, K. (2018). Risk of disordered eating attitudes and its relation to mental health among university students in ASEAN. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 23(3), 349-355.
- Polat, Ö., & Coşkun, F. (2020). COVID-19 salgınında sağlık çalışanlarının kişisel koruyucu ekipman kullanımları ile depresyon, anksiyete, stres düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Batı Karadeniz Tıp Dergisi*, 4(2): 51-58.
- Poyraz, C. A., Tüfekçioğlu, E. Y., Özdemir, A., Baş, A., Kani, A. S., Erginöz, E., & Duran, A. (2015). Relationship between orthorexia and obsessive-compulsive symptoms in patients with generalised anxiety disorder, panic disorder and obsessive compulsive disorder. In *Yeni Symposium (Vol. 53, No. 4)*.
- Pulat Demir, H., Can, B., & Can Tezel, M. (2020). Farklı bölümlerde okuyan üniversite öğrencilerinin beslenme alışkanlıkları, ortoreksiya nevroza puanları ve beden kütle indekslerinin karşılaştırılması. *Anadn Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 4 (3) , 233-243.

- Racette, S. B., Deusinger, S. S., Strube, M. J., Highstein, G. R., & Deusinger, R. H. (2005). Weight changes, exercise, and dietary patterns during freshman and sophomore years of college. *Journal of American college health*, 53(6), 245-251.
- Raggatt, M., Wright, C., Carrotte, E., Jenkinson, R., Mulgrew, K., Prichard, I., & Lim, M. (2018). "I aspire to look and feel healthy like the posts convey": engagement with fitness inspiration on social media and perceptions of its influence on health and wellbeing. *BMC public health*, 18(1), 1002. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5930-7>
- Rajah, R., Hassali, M., & Murugiah, M. K. (2019). A systematic review of the prevalence of limited health literacy in Southeast Asian countries. *Public health*, 167, 8-15. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2018.09.028>
- Ramacciotti, C. E., Perrone, P., Coli, E., Burgalassi, A., Conversano, C., Massimetti, G., & Dell'Osso, L. (2011). Orthorexia nervosa in the general population: A preliminary screening using a self-administered questionnaire (ORTO-15). *Eating and Weight Disorders*, 16: e127.
- Rangel, C., Dukeshire, S., & MacDonald, L. (2012). Diet and anxiety. An exploration into the Orthorexic Society. *Appetite*, 58(1), 124-132. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2011.08.024>
- Rootman, I., & Gordon-El-Bihbety, D. (2008). A vision for a health literate Canada. Ottawa, ON: Canadian Public Health Association.
- Rudolph, S. (2018). The connection between exercise addiction and orthorexia nervosa in German fitness sports. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 23(5), 581-586.
- Saygılı, M., Avı, K., Uğurluoğlu, Ö., & Özer, Ö. (2016). Sağlık çalışanlarının örgütsel depresyon düzeylerinin belirlenmesi. *Business & Management Studies: An International Journal*, 4(3), 260-272.
- Segura-Garcia, C., Ramacciotti, C., Rania, M., Aloı, M., Caroleo, M., Bruni, A., ... De Fazio, P. (2015). The prevalence of orthorexia nervosa among eating disorder patients after treatment. *Eating and weight disorders: EWD*, 20(2), 161-166. <https://doi.org/10.1007/s40519-014-0171-y>
- Segura-García, C., Papaianni, M. C., Caglioti, F., Procopio, L., Nisticò, C. G., Bombardiere, L., ... Capranica, L. (2012). Orthorexia nervosa: a frequent eating disordered behavior in athletes. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 17(4), e226-e233.
- Semiz, M., Kavakçı, Ö., Yağız, A., Yontar, G., & Kuğu, N. (2013). Sivas il merkezinde yeme bozukluklarının yaygınlığı ve eşlik eden psikiyatrik tanılar. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 24(3), 149-57.
- Serel Arslan, S., Alemdaroğlu, İ., Öksüz, Ç., Karaduman, A. A., & Tunca Yılmaz, Ö. (2018). Genç bireylerde fiziksel aktivitenin akademik başarı ve depresyon üzerine etkisi. *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*, 6(1), 37-42.
- Schmidt, H., Pedersen, T. L., Junge, T., Engelbert, R., & Juul-Kristensen, B. (2017). Hypermobility in adolescent athletes: pain, functional ability, quality of life, and musculoskeletal injuries. *Journal of orthopaedic & sports physical therapy*, 47(10), 792-800.
- Sidani, J. E., Shensa, A., Hoffman, B., Hanmer, J., & Primack, B. A. (2016). The association between social media use and eating concerns among us young adults. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 116(9), 1465-1472. <https://doi.org/10.1016/j.jand.2016.03.021>
- Sipahi, S., & Demirel, B. (2021). Sosyal medyadaki beslenme ile ilgili paylaşımların yetişkin bireylerin yeme tutum ve davranışlarına etkisi. *Beslenme Ve Diyet Dergisi*, 49(1), 57-66. <https://doi.org/10.33076/2021.BDD.1389>
- Song, H., Song, J., & Lee, S. (2021). Effects of self-esteem on resilience school happiness of Korean students participating in school sports clubs. *Journal of Engineering Education Transformations*, 34(3), 88-99.
- Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., ... HLS-EU Consortium (2015). Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European journal of public health*, 25(6), 1053-1058. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv043>

Sørensen, K., Van den Broucke, S., & Fullam, J. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12:80 doi:10.1186/1471-2458-12-80.

Speirs, K. E., Messina, L. A., Munger, A. L., & Grutzmacher, S. K. (2012). Health literacy and nutrition behaviors among low-income adults. *Journal of health care for the poor and underserved*, 23(3), 1082-1091. <https://doi.org/10.1353/hpu.2012.0113>

Stage, V. C., Wilkerson, K., Hegde, A., Lisson, S., Babatunde, O. T., & Goodell, L. S. (2018). Head Start administrator and teacher perceptions of parental influence on preschool children's nutrition education. *Journal of Early Childhood Research*, 16(2), 160-175.

Şahin, Ç. E., Sezerol, M.A., & Atak, M. (2021). Türkiye' deki birinci basamak sağlık merkezlerinde sağlıklı beslenme ve obezite hizmetlerinin değerlendirilmesi. *Anadolu Kliniği Tıp Bilimleri Dergisi*, 26 (1) , 60-69.

Şanlıer, N., Yassibas, E., Bilici, S., Sahin, G., & Celik, B. (2016). Does the rise in eating disorders lead to increasing risk of orthorexia nervosa? Correlations with gender, education, and body mass index. *Ecology of food and nutrition*, 55(3), 266-278. <https://doi.org/10.1080/03670244.2016.1150276>

Şirin, H., Deniz, S., Oğuzöncül, A. F., Ketrez, G., Ertuğrul, O., & Memiş, D. (2021). Fırat Üniversitesi Meslek Yüksek Okulu öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı düzeyi ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi. *Estüdam Halk Sağlığı Dergisi*, 6(2), 148-158.

Toker, D. E., & Hocaoğlu, Ç. (2009). Yeme bozuklukları ve aile yapısı: Bir gözden geçirme. *Düşünen Adam*, 22(1-4), 36-42.

Tremelling, K., Sandon, L., Vega, G. L., & McAdams, C. J. (2017). Orthorexia nervosa and eating disorder symptoms in registered dietitian nutritionists in the United States. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 117(10), 1612-1617.

Trott, M., Jackson, S. E., Firth, J., Jacob, L., Grabovac, I., Mistry, A., ... Smith, L. (2021). A comparative meta-analysis of the prevalence of exercise addiction in adults with and without indicated eating disorders. *Eating and weight disorders : EWD*, 26(1), 37-46. <https://doi.org/10.1007/s40519-019-00842-1>

Turner, P. G., & Lefevre, C. E. (2017). Instagram use is linked to increased symptoms of orthorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 22(2), 277-284.

Türkiye Cumhuriyeti Kültür ve Turizm Bakanlığı. (2021). Neredeyim :orta bölümkapsamlı menü coğrafya. Erişim Adresi: <https://corum.ktb.gov.tr/TR58671/cografya.html> (Erişim Tarihi: 10.08.2021).

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. (2019). Türkiye beslenme ve sağlık araştırması (TBSA). Erişim Adresi: [https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-hareketli-hayat-db/Yayinlar/kitaplar/TBSA\\_RAPOR\\_KITAP\\_20.08.pdf](https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-hareketli-hayat-db/Yayinlar/kitaplar/TBSA_RAPOR_KITAP_20.08.pdf) ( Erişim Tarihi: 01.06.2021).

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü. (2020). Türkiye'nin sağlık okuryazarlığı düzeyi ölçüldü. Erişim Adresi: <https://sggm.saglik.gov.tr/TR,57003/turkiyenin-saglik-okuryazarligi-duzeyi-olculdu.html> (Erişim Tarihi: 16.12.2021).

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Çorum İl Sağlık Müdürlüğü. (2020). Aile Sağlığı Merkez (ASM) bilgileri. Erişim Adresi: <https://corumism.saglik.gov.tr/TR-196811/aile-sagligi-merkez--asm-bilgileri.html#> (Erişim Tarihi: 10.12.2021).

Türkiye İstatistik Kurumu. (2021). Adrese dayalı nüfus kayıt sistemi sonuçları, 2019. Erişim Adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Adrese-Dayali-Nufus-Kayit-Sistemi-Sonuclari-2020-37210> (Erişim Tarihi: 01.01.2022).

Ulaş, B., Uncu, F., & Üner, S. (2013). Sağlık yüksekokulu öğrencilerinde olası yeme bozukluğu sıklığı ve etkileyen faktörler.

- Uney, R., & Erim, B.R. (2019). The effects of regular physical exercise on violent behavior, coping with stress and self-confidence in male prisoners of a closed prison. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 20(6), 619-627.
- Usta, E., Sağlam, E., Şen, S., Aygin, D., & Sert, H. (2015). Hemşirelik öğrencilerinin yeme tutumları ve obsesif-kompulsif belirtileri. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 2 (2) , 187-197.
- Uysal, N., & Yıldız, G. ( 2021). Hemşirelik öğrencilerinin sağlık okuryazarlık düzeylerinin incelenmesi. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(1), 43-48.
- Uzdil, Z. , Kayacan, A. G. , Özyıldırım, C. , Kaya, S. , Kılınç, G. E. , Asal Ulus, C., & Sökülmez Kaya, P. (2019). Adölesanlarda ortoreksiya nevroza varlığı ve yeme tutumunun incelenmesi. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4 (1) , 8-13.
- Ünalın, D., Öztop, D. B., Elmalı, F., Öztürk, A., Konak, D., Pırlak, B., & Güneş, D. (2009). Bir grup sağlık yüksekokulu öğrencisinin yeme tutumları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki. *Journal of Turgut Ozal Medical Center*, 16(2), 75-82.
- Ünsal, A., Tozun, M., Ayrancı, Ü., & Arslantaş, D. (2010). Türkiye'nin ulaşımı bir ilçede lisede yeme planına bağlı kredi sistemi. *Dirim Tıp Gazetesi*, 85 (3), 100-112.
- Valera, J. H., Ruiz, P. A., Valdespino, B. R., & Visioli, F. (2014). Prevalence of orthorexia nervosa among ashtanga yoga practitioners: a pilot study. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 19(4), 469-472.
- Varga, M., Dukay-Szabó, S., Túry, F., & Van Furth, E. F. (2013). Evidence and gaps in the literature on orthorexia nervosa. *Eat Weight Disord*, 18 (2), 103-111.
- Varga, M., Thege, B. K., Dukay-Szabó, S., Túry, F., & Van Furth, E. F. (2014). When eating healthy is not healthy: orthorexia nervosa and its measurement with the ORTO-15 in Hungary. *BMC psychiatry*, 14(1), 1-11.
- Vijayalakshmi, P., Thimmaiah, R., Gandhi, S., & BadaMath, S. (2018). Eating attitudes, weight control behaviors, body image satisfaction and depression level among indian medical and nursing undergraduate students. *Community mental health journal*, 54(8), 1266-1273. <https://doi.org/10.1007/s10597-018-0333-x>
- Yaralı, S., & Hacalıoğlu, N. (2021). Obezite yönetiminde sağlık inanç modelini kullanma ve hemşirenin rolü . *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9 (4) , 407-415.
- Yeniocak Tunç, A., & Yapıcı, G. (2019). Bir tıp fakültesindeki öğrencilerin depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin değerlendirilmesi. *Turkish Journal Of Public Health*, 17(2), 153-168.
- Yeşil, E., Turhan, B., Tatan, D., Şarahman, C., & Saka, M. (2018). Yetişkin bireylerde cinsiyetin ortoreksiya nevroza eğilimine etkisi. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(1), 1-9.
- Yıldırım, A., & Hacıhasanoğlu, R. (2011). Sağlık çalışanlarında yaşam kalitesi ve etkileyen değişkenler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2(2), 61-68.
- Yıldırım, İ. , Yıldırım, Y. , Ersöz, Y. , Işık, Ö. , Saraçlı, S. , Karagöz, Ş., & Yağmur, R. (2017). Egzersiz bağımlılığı, yeme tutum ve davranışları ilişkisi . *CBÜ Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*, Haziran 2017, 43-54.
- Yılmaz Karaman, İ. G., & Yastıbaş, C. (2021). COVID-19 pandemisinde görev yapan sağlık çalışanlarında depresyon, anksiyete ve travma sonrası stres belirtilerinin sosyodemografik ve mesleki değişkenler ile ilişkisi. *Van Tıp Dergisi*, 28(2), 249-257.
- Yılmazel, G. (2021). Orthorexia tendency and social media addiction among candidate doctors and nurses. *Perspectives in Psychiatric Care*.
- Yılmazel, G., & Bozdoğan, S. (2020). Limited health literacy increases the risk of orthorexianervosa among urban schoolteachers. *Universa Medicina*, 39:162-70.

- Yılmazel, G., & Çetinkaya, F. (2016). Sağlık okuryazarlığının toplum sağlığı açısından önemi. TAF Preventive Medicine Bulletin, 69-74.
- Yılmaz, M., Yaşar Fırat, Y., Gül, F. H., & Atuk Kahraman, T. (2021). Sağlık okuryazarlığının diyet kalitesine etkisi. Beslenme Ve Diyet Dergisi, 49(2), 28-37. <https://doi.org/10.33076/2021.BDD.1477>
- Yu, Z., & Tan, M. (2016). Disordered eating behaviors and food addiction among nutrition major college students. Nutrients, 8(11), 673.
- Zam, W., Saijari, R., & Sijari, Z. (2018). Overview on eating disorders. Progress in Nutrition, 20(2-S), 29-35.
- Zeeni, N., Doumit, R., Abi Kharma, J., & Sanchez-Ruiz, M. J. (2018). Media, technology use, and attitudes: associations with physical and mental well-being in youth with implications for evidence-based practice. Worldviews on evidence-based nursing, 15(4), 304-312.
- Zhang, Y., Zhang, F., Hu, P., Huang, W., Lu, L., Bai, R., ... Zhao, Y. (2016). Exploring health literacy in medical university students of chongqing, China: A cross-sectional study. PloS one, 11(4), e0152547. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0152547>
- Zoellner, J., You, W., Connell, C., Smith-Ray, R. L., Allen, K., Tucker, K. L., ... Estabrooks, P. (2011). Health literacy is associated with healthy eating index scores and sugar-sweetened beverage intake: findings from the rural Lower Mississippi Delta. Journal of the American Dietetic Association, 111(7), 1012-1020. <https://doi.org/10.1016/j.jada.2011.04.010>
- Wang, T., Brede, M., Ianni, A., & Mentzakis, E. (2018). Social interactions in online eating disorder communities: A network perspective. PloS one, 13(7), e0200800. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0200800>
- White, B. A., Horwath, C. C., & Conner, T. S. (2013). Many apples a day keep the blues away-Daily experiences of negative and positive affect and food consumption in young adults. British journal of health psychology, 18(4), 782-798.
- White, S., Reynolds-Malear, J.B., & Cordero, E. (2011). Disordered eating and the use of unhealthy weight control methods in college students: 1995, 2002, and 2008. Eating disorders; 19(4):323-334.
- World Health Organization. (2018). Noncommunicable diseases country profiles 2018. Erişim Adresi: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274512> (Erişim Tarihi: 12.05.2021).
- World Health Organization. (2019). Noncommunicable diseases. Erişim Adresi: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/noncommunicable-diseases> (Erişim Tarihi: 12.05.2021).
- World Health Organization. (2020). WHO reveals leading causes of death and disability worldwide: 2000-2019. Erişim Adresi : <https://www.who.int/news/item/09-12-2020-who-reveals-leading-causes-of-death-and-disability-worldwide-2000-2019> (Erişim Tarihi: 12.05.2021)
- World Health Organization. (2021a). Noncommunicable diseases. Erişim Adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases> ( Erişim Tarihi: 01.06.2021).
- World Health Organization. (2021b). Obesity and overweight. Erişim Adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> (Erişim Tarihi:17.05.2021).
- World Health Organization. (2021c). Depression. Erişim Adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>(Erişim Tarihi: 28.12.2021).
- World Health Organization. (2022). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD). Erişim Adresi: <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases> ( Erişim Tarihi: 14.01.2022).

Wu, Y., Wang, L., Cai, Z., Bao, L., Ai, P., & Ai, Z. (2017). Prevalence and risk factors of low health literacy: A community-based study in Shanghai, China. *International journal of environmental research and public health*, 14(6), 628.

Wurm, W., Vogel, K., Holl, A., Ebner, C., Bayer, D., Mörkl, S., ... Hofmann, P. (2016). Depression-burnout overlap in physicians. *PloS one*, 11(3), e0149913.



## EKLER

### EK-1. Anket

#### BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA ORTOREKSİYA NERVOZA PREVALANSI, RISK FAKTÖRLERİ VE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ARASINDAKİ İLİŞKİ

1. Yaşınız :.....
2. Cinsiyetiniz:            1. Kadın            2. Erkek
3. Eğitim düzeyiniz:    1. Lise            2. Üniversite
4. Mesleğiniz:.....
5. Medeni durumunuz:    1. Evli            2. Bekar
6. Hane halkındaki kişi sayısı: .....
7. Doktor tarafından tanı konulmuş herhangi bir kronik hastalığınız var mı?  
1. Var ( belirtiniz.....)            2. Yok
8. Genel olarak sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?  
1. Çok iyi    2. İyi    3. Orta    4. Kötü    5. Çok kötü
9. Öğün atlar mısınız?            1. Evet            2. Hayır
10. Herhangi bir vitamin desteği kullanıyor musunuz?    1. Evet            2. Hayır
11. Beslenme türünüzü nasıl tanımlarsınız?  
1. Vejeteryan  
2. Vegan (süt ve süt ürünleri ve yumurta gibi hiçbir hayvansal ürünü tüketmeyenler)  
3. Etçil ve otçul
12. Diyet uygulama durumu:    1. Evet            2. Hayır
13. Sosyal medyadan (Twitter, Instagram, Youtube, Pinterest, Tumblr vb.) sağlıklı ve temiz beslenme ile ilgili kanalları takip eder misiniz?  
1. Evet            2. Hayır
14. Fiziksel aktivite yapma durumunuz:  
1. Hiç yapmam    2. Bazen    3. Düzenli    4. Diğer .....
15. Sigara içme durumunuz:  
1. Hiç içmedim    2. Her gün içiyorum    2. Ara sıra içiyorum    4. Bıraktım
16. Boyunuz:.....            17. Kilonuz:....

## EK-1(Devam). Anket

### BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA ORTOREKSİYA NERVOZA PREVALANSI, RİSK FAKTÖRLERİ VE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ARASINDAKİ İLİŞKİ

#### ORTO-15 YEME TUTUM TESTİ

MADDELER	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 olur mu?				
9. Sizce, ruhsal durumunuz yeme düzeninizi etkiler mi?				
10. Besinler içerisinde sadece sağlıklı olanlarını tüketmek kendinize olan güveninizi artırır mı?				
11. Uyguladığınız beslenme tipi yaşam tarzınızı değiştirir mi? (dışarıda yeme sıklığı, arkadaşlar vb. açısından)				
12. Sağlıklı beslenmenin dış görünümünüzü daha iyi hale getirebileceğini düşünür müsünüz?				
13. Sağlıksız beslendiğinizde kendinizi suçlu hisseder misiniz?				
14. Piyasada sağlıksız besinlerin de satıldığını düşünür müsünüz?				
15. Son zamanlarda yemeklerinizi özellikle tek başına yemeği tercih eder misiniz?				

#### YEME DAVRANIŞLARI TESTİ (EAT-26)

MADDELER	Her zaman	Genellikle	Sıklıkla	Bazen	Nadir	Hiçbir zaman
1-Şişman olmaktan çok korkarım						
2-Aç olduğum halde yemek yemekten kaçınırım						
3-Her an kendimi yemek yemeği düşünürken bulurum						
4-Çatlayınca kadar yemek yerim						
5-Tabağımdaki yiyeceklerimi küçük parçalara ayırırım.						
6-Yediklerimin enerji içeriğini bilerek yerim						
7-Ekmek, pirinç, patates gibi yüksek karbonhidrat içeren yiyeceklerden özellikle uzak dururum						
8-Çevremdekilerin benim daha fazla yememi istediklerini hissederim						
9-Yedikten sonra kusarım						
10-Yedikten sonra müthiş bir suçluluk hissi duyarım						
11-Zihnim daha fazla zayıf olmamı söyler						
12-Egzersiz yaparken kalorilerin yandığını düşünürüm						
13-Çevremdekiler benim çok zayıf olduğumu düşünür.						
14-Aklımda hep vücudum yağlandığı düşüncesi vardır						
15-Çevremdekilere göre yemek yemem daha uzun sürer						
16-İçerisinde şeker olan yiyeceklerden kaçınırım						
17-Diyet ürünleri tüketmek daha cazip gelir						

## EK-1(Devam). Anket

### BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA ORTOREKSİYA NERVOZA PREVALANSI, RİSK FAKTÖRLERİ VE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ARASINDAKİ İLİŞKİ

18-Yiyeceklerin benim hayatımı kontrol ettiğini düşünürüm						
19-Yediğim yiyecekler benim kontrolüm altındadır						
20-Çevremdekilerin beni yemek yemeğe zorlar						
21- Ne yemem gerektiği üzerinde çok düşünürüm ve zaman harcarım						
22-Tatlı yedikten sonra kendimi rahatsız hissederim						
23-Beslenme alışkanlıklarımı düzeltmem gereken konularla ilgilenirim						
24-Midemin boş olmasını severim						
25-Yeni çıkmış yüksek kalorili yiyecekleri denemekten çok hoşlanırım						
26-Yedikten sonra kusma dürtüsü hissederim						

### BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.	
1	<input type="checkbox"/> (0)Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum. <input type="checkbox"/> (1)Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum. <input type="checkbox"/> (2)Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum. <input type="checkbox"/> (3)O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum
2	<input type="checkbox"/> (0)Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim. <input type="checkbox"/> (1)Gelecek hakkında karamsarım. <input type="checkbox"/> (2)Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok. <input type="checkbox"/> (3)Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor
3	<input type="checkbox"/> (0)Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum. <input type="checkbox"/> (1)Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlığım olmuş gibi hissediyorum. <input type="checkbox"/> (2)Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum. <input type="checkbox"/> (3)Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.
4	<input type="checkbox"/> (0)Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum. <input type="checkbox"/> (1)Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum. <input type="checkbox"/> (2)Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor. <input type="checkbox"/> (3)Her şeyden sıkılıyorum.
5	<input type="checkbox"/> (0)Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum. <input type="checkbox"/> (1)Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum. <input type="checkbox"/> (2)Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum. <input type="checkbox"/> (3)Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
6	<input type="checkbox"/> (0)Kendimden memnunum. <input type="checkbox"/> (1)Kendi kendimden pek memnun değilim. <input type="checkbox"/> (2)Kendime çok kızıyorum. <input type="checkbox"/> (3)Kendimden nefret ediyorum.
7	<input type="checkbox"/> (0)Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum. <input type="checkbox"/> (1)Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğunu düşünüyorum. <input type="checkbox"/> (2)Hatalarımdan dolayı kendinden utanıyorum. <input type="checkbox"/> (3)Her şeyi yanlış yapıyoruşum gibi geliyor ve hep kendimi hatalı bulurum.

## EK-1(Devam). Anket

### BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA ORTOREKSİYA NERVOZA PREVALANSI, RİSK FAKTÖRLERİ VE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ARASINDAKİ İLİŞKİ

8	<input type="checkbox"/> (0)Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok. <input type="checkbox"/> (1)Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur ama yapmıyorum. <input type="checkbox"/> (2)Kendimi öldürmek isterdim. <input type="checkbox"/> (3)Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.
9	<input type="checkbox"/> (0)Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor. <input type="checkbox"/> (1)Zaman zaman içimden ağlamak geliyor. <input type="checkbox"/> (2)Çoğu zaman ağlıyorum. <input type="checkbox"/> (3)Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.
10	<input type="checkbox"/> (0)Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim. <input type="checkbox"/> (1)Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum. <input type="checkbox"/> (2)Şimdi hep sinirliyim. <input type="checkbox"/> (3)Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.
11	<input type="checkbox"/> (0)Başkaları ile görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim. <input type="checkbox"/> (1)Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum. <input type="checkbox"/> (2)Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor. <input type="checkbox"/> (3)Artık çevremde hiç kimseyi istemiyorum.
12	<input type="checkbox"/> (0)Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum. <input type="checkbox"/> (1)Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum. <input type="checkbox"/> (2)Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum. <input type="checkbox"/> (3)Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.
13	<input type="checkbox"/> (0)Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum. <input type="checkbox"/> (1)Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor. <input type="checkbox"/> (2)Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum. <input type="checkbox"/> (3)Kendimi çok çirkin buluyorum.
14	<input type="checkbox"/> (0)Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum. <input type="checkbox"/> (1)Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor. <input type="checkbox"/> (2)Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor. <input type="checkbox"/> (3)Artık hiç birşey yapamıyorum.
15	<input type="checkbox"/> (0)Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum. <input type="checkbox"/> (1)Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum. <input type="checkbox"/> (2)Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum. <input type="checkbox"/> (3)Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
16	<input type="checkbox"/> (0)Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum. <input type="checkbox"/> (1)Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum. <input type="checkbox"/> (2)Yaptığım her şey beni yoruyor. <input type="checkbox"/> (3)Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.
17	<input type="checkbox"/> (0)İştahım her zamanki gibi. <input type="checkbox"/> (1)Eskisinden daha iştahsızım. <input type="checkbox"/> (2)İştahım çok azaldı. <input type="checkbox"/> (3)Artık hiç iştahım yok.
18	<input type="checkbox"/> (0)Son zamanlarda kilo vermedim. <input type="checkbox"/> (1)İki kilodan fazla kilo verdim. <input type="checkbox"/> (2)Dört kilodan fazla kilo verdim. <input type="checkbox"/> (3)Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.
19	<input type="checkbox"/> (0)Sağlığım ilgili kaygılarım yok. <input type="checkbox"/> (1)Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi şikayetler oluyor ve bunlar beni endişelendiriyor. <input type="checkbox"/> (2)Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor. <input type="checkbox"/> (3)Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.

## EK-1(Devam). Anket

### BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA ORTOREKSİYA NERVOZA PREVALANSI, RİSK FAKTÖRLERİ VE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ARASINDAKİ İLİŞKİ

20	<input type="checkbox"/> (0)Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişiklik yok. <input type="checkbox"/> (1)Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim. <input type="checkbox"/> (2)Cinsel konularla çok daha az ilgiliyim. <input type="checkbox"/> (3)Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.
21	<input type="checkbox"/> (0)Cezalandırılması gereken şeyler yaptığımı sanmıyorum. <input type="checkbox"/> (1)Yaptıklarımın dolayı cezalandırılabilceğimi düşünüyorum. <input type="checkbox"/> (2)Cezalandırılmayı bekliyorum. <input type="checkbox"/> (3)Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

### TÜRKİYE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ-32

Açıklama: Aşağıda sağlıkla ilgili çeşitli konular hakkında ifadeler bulunmaktadır. Lütfen her ifadeye belirtilen konu için zorluk derecesini "çok zor/zor/kolay/çok kolay" seçeneklerinden sizin için uygun olanı seçerek (X) ile belirtiniz. Çok kolaydan çok zora doğru derecelendirecek olursanız aşağıdakileri yapmak sizin için ne derece kolay/zordur?						
NO	MADDELER	Çok zor	Zor	Kolay	Çok kolay	Fikrim yok
1	Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bunun bir hastalık belirtisi olup olmadığını araştırıp bulmak					
2	Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bu konudaki herhangi bir yazıyı (broşür, kitapçık, afiş gibi) okuyup anlamak					
3	Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bu konuda ailenizin ya da arkadaşlarınızın tavsiyelerinin güvenilir olup olmadığını değerlendirmek					
4	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, hangi doktora başvurmanız gerektiğini araştırıp bulmak					
5	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde başvurunuzu (randevu almak gibi) nasıl yapacağınızı araştırıp bulmak					
6	Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, telefon ya da internet aracılığı ile randevu almak					
7	Sizi ilgilendiren hastalıkların tedavileri ile ilgili bilgileri araştırıp bulmak					
8	Doktorunuzun hastalığınızla ilgili açıklamalarını anlamak					
9	Doktorunuzun önerdiği farklı tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek					
10	Sağlıkçıların (doktor, eczacı gibi) önerdikleri biçimde ilaçlarını kullanmak					
11	İlaç kutusundaki ilacı kullanmanıza yönelik talimatları anlamak					
12	Farklı bir doktordan ikinci bir görüş almaya ihtiyaç duyup duymadığınıza karar vermek					
13	Tahlil/tetkik öncesi hazırlıklarla (diyet uygulamak gibi) ilgili bilgileri anlamak					
14	Hastanede ulaşmak istediğiniz birimin (laboratuvar, poliklinik gibi) yerini arayıp bulmak					
15	Acil bir durumda (kaza, ani sağlık sorunu gibi) ne yapabileceğine karar vermek					
16	Gerekli olduğu durumlarda ambulans çağırmak					
17	Doktorunuzun size önerdiği şekilde, düzenli aralıklarla sağlık takip ve kontrollerini yaptırmak					

## EK-1(Devam). Anket

### BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA ORTOREKSİYA NERVOZA PREVALANSI, RİSK FAKTÖRLERİ VE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ARASINDAKİ İLİŞKİ

18	Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığını için zararlı olabilecek durumlarla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak								
19	Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığını için zararlı olabilecek durumlarla ilgili sağlık uyarılarını anlamak								
20	Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak								
21	Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili sağlık uyarılarını anlamak								
22	Yaşınız, cinsiyetiniz ve sağlık durumunuzla ilişkili olarak yaptırmanız gereken sağlık taramaları (kadınlar için meme, erkekler için prostat kaynaklı hastalıklara yönelik taramalar gibi) ile ilgili bilgiyi araştırıp bulmak								
23	İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgileri anlamak								
24	İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgilerin güvenilir olup olmadığına karar vermek								
25	Gıda ambalajları üzerinde sağlığını etkileyebileceğini düşündüğünüz bilgileri anlamak								
26	Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) sağlığı etkileyen olumlu ve olumsuz özelliklerini değerlendirmek								
27	Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) daha sağlıklı olması için neler yapılabileceği ile ilgili bilgileri bulmak								
28	Gündelik davranışlarınızdan hangilerinin (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) sağlığını etkilediğini değerlendirmek								
29	Sağlığını için yaşam tarzınızı (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) değiştirmek								
30	Diyetisyen tarafından yazılı olarak verilen diyet listesini uygulayabilmek								
31	Ailenize ya da arkadaşlarınıza daha sağlıklı olmaları konusunda önerilerde bulunmak								
32	Sağlıkla ilgili politika değişikliklerini yorumlamak								

## EK-2. Etik kurul onayı

**NECİT ÜNİVERSİTESİ**  
**GİRİŞİMSEL OLMA YAN ABASTIRMALAR ETİK KURULU**

**NECİT**  
ÜNİVERSİTESİ

Sayı : 2020-38  
Konu: Başvuru Değerlendirme Sonucu

16/04/2020

Sayın Doç. Dr. Gülay YILMAZEL.

Etik Kurulumuza yapmış olduğunuz başvurunuzla ilgili kurul kararımız ve ilgili bilgiler aşağıda yer almaktadır.

Bilgilerinize rica ederim.

Başvuru Numarası	2020-12
Sorumlu Araştırmacı	Doç. Dr. Gülay YILMAZEL
Araştırma Başlığı	Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Çalışanlarda Ortoreksiya Nervoza Prevalansı, Risk Faktörleri ve Sağlık Okuryazarlığı Arasındaki İlişki
Toplantı Tarihi	16.04.2020
Karar Numarası	2020-38

Araştırma başvurunuz etik açıdan uygun bulunmuştur.

Araştırmaya Kurum İzni/İzinleri alındıktan sonra başlanması uygun bulunmuştur.

Başvurunun, ekte belirtilen düzeltmelerin yapılması halinde tekrar değerlendirilmesine karar verilmiştir.

Araştırma projesi etik açıdan uygun olmadığından başvurunun reddine karar verilmiştir.

**EK-3. Çorum İl Sağlık Müdürlüğü izin yazısı**



T.C.  
ÇORUM VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 72716672-804.01  
Konu : Araştırma İzin Talebi (Doç. Dr.  
Gülay YILMAZEL)

HİTİT ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE  
(Öğrenci İşleri Dairesi Başkanlığı)

İlgi : 15/10/2020 tarihli ve 49654233-604.02-1049 sayılı yazı.

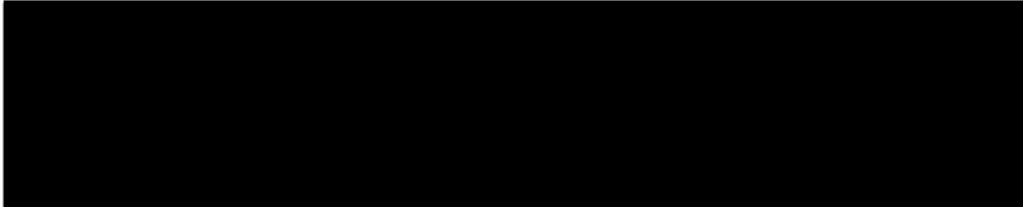
Hitit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı 180310016 numaralı öğrencisi Merve TATLI'nın "Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarında Ortoreksiya Nevroza Prevalansı, Risk Faktörleri ve Sağlık Okuryazarlığı Arasındaki İlişki" konulu tez çalışmasını İlimiz merkezinde bulunan birinci basamak sağlık kuruluşlarında gerçekleştirmek istediği ile ilgili talebine ilişkin Halk Sağlığı Genel Müdürlüğünün ilgi kayıtlı yazısı ekte gönderilmiştir.

Araştırma başlığının "Çorum İli Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarında..." şeklinde düzeltilerek İlgi yazıda belirtilen değerlendirmeler ve ilkelere bağlı kalmak koşuluyla çalışmanın gerçekleştirilmesi ve çalışma tamamlandığında sonuçlarını içeren bir rapor örneğinin Halk Sağlığı Genel Müdürlüğüne gönderilmek üzere Müdürlüğümüze gönderilmesi gerekmekte olup talep sahibine durumun bildirilmesi hususunda;

Gereğini arz ederim.

e-imzalıdır.  
Uzm. Dr. Ömer SOBACI  
İl Sağlık Müdürü

Ek: Araştırma İzin Talebi (Doç. Dr. Gülay YILMAZEL)



### EK-3( Devam). Çorum İl Sağlık Müdürlüğü izin yazısı



T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü



Sayı : 49654233-604.02  
Konu : Araştırma İzin Talebi (Doç. Dr.  
Gülay YILMAZEL)



ÇORUM VALİLİĞİNE  
(İl Sağlık Müdürlüğü)

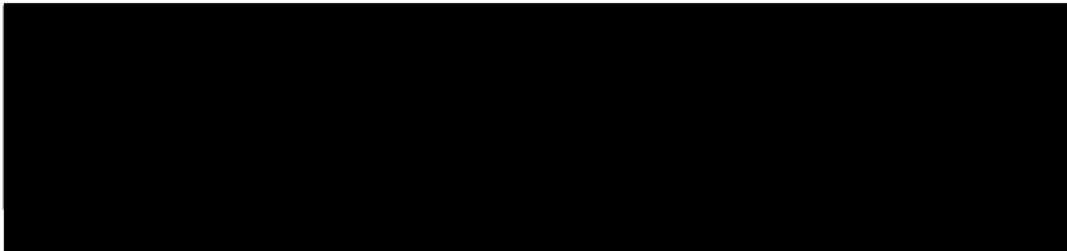
İlgi : 03/07/2020 tarihli ve 72716672-804.01-638 sayılı yazınız.

İlgide kayıtlı yazınızda, Hitit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Gülay YILMAZEL sorumluluğunda, Yüksek Lisans Öğrencisi Merve TATLI tarafından yapılmak istenen “Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarında Ortoreksiya Nevroza Prevalansı, Risk Faktörleri ve Sağlık Okuryazarlığı Arasındaki İlişki” konulu araştırma için Genel Müdürlüğümüzün görüşünün istendiği anlaşılmaktadır.

Konuya ilişkin olarak, araştırma talebinin Genel Müdürlüğümüzce yapılan değerlendirilmesi neticesinde;

Birinci basamak sağlık hizmetleri alanında yapılacak olan tüm araştırmalarda Tıbbi Deontoloji Tüzüğüne ve Hasta Hakları Yönetmeliğine uyulması gerekmektedir. Ayrıca, 25/01/2013 tarihli ve 28539 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği’nin 31 inci maddesi, 5 inci fıkrasında belirtilen "Aile hekimleri, bakmakla yükümlü olduğu vatandaşlara ait, bilgi sisteminde tuttuğu tüm verilerin ilgili mevzuatı çerçevesinde gizliliğini, bütünlüğünü, güvenliğini ve mahremiyetini sağlamakla yükümlüdür." hükmü ile 01/08/1998 tarihli ve 23420 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Hasta Hakları Yönetmeliği’nin "Bilgilerin Gizli Tutulması" başlıklı 23 üncü maddesi 1 inci fıkrasında belirtilen "Sağlık hizmetinin verilmesi sebebiyle edinilen bilgiler, kanun ile müsaade edilen haller dışında hiçbir şekilde açıklanamaz" hükmüne istinaden, aile hekimlerine kayıtlı nüfusla ilgili veriler şahsın veya yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişilerle paylaşılabilir” öte yandan 07.04.2016 tarihli Resmi Gazete’ de yayımlanmış olan 6698 sayılı "Kişisel Verilerin Korunması Kanunu” hükümleri doğrultusunda ilgili veriler şahsın veya yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişilerle paylaşılacağı hükmü yer almaktadır.

Bununla birlikte, birinci basamak sağlık kuruluşlarında (Aile Sağlığı Merkezi, Toplum Sağlığı Merkezi, Sağlıklı Hayat Merkezi, Kanser Erken Teşhis Tarama Ve Eğitim Merkezlerinde (KETEM) vb.) gerçekleştirilecek olan araştırmalarda, bahse konu sağlık merkezlerinin işleyişi ve güvenilirliğine zarar verilmemesi, sağlık merkezinin sorumlu hekimi ve sağlık çalışanlarının onayı çerçevesinde, çalışma saatleri ve hizmeti aksatmadan, bizzat araştırma sahibi tarafından araştırmanın yürütülmesi gerekmektedir. Ayrıca araştırmanın veri toplama yönteminin yüz yüze görüşme tekniği ile yapılacağı belirtilmiş olup, Bakanlık



### **EK-3(Devam). Çorum İl Sağlık Müdürlüğü izin yazısı**

tarafından COVID-19 hastalığına ilişkin belirlenen usul ve esaslar gözetilerek alınan önlemlere dikkat edilmesi, sağlık personelinin iletişim bilgilerinin verilmeyeceği, ancak araştırmacının kendi imkanları ile katılımcılara ulaşması ve araştırma başlığının “Çorum İli Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarında...” şeklinde düzeltilmesi durumunda araştırmanın yapılabileceği kararlaştırılmıştır.

Bu değerlendirmeler doğrultusunda yukarıda yer alan ilkelere bağlı kalmak koşuluyla araştırma izin talebi uygun görülmüştür. Çalışma tamamlandığında sonuçlarını içeren bir rapor örneğinin Genel Müdürlüğümüze gönderilmesi gerekmektedir. Talep sahibine durumun bildirilmesi hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Uzm. Dr. Muhammet ÇÖMÇE  
Bakan a.  
Halk Sağlığı Genel Müdür Yardımcısı

## EK-4. Bilgilendirilmiş gönüllü olur formu



T.C.  
HİTİT ÜNİVERSİTESİ  
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

### BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

#### LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ!

Bilimsel araştırma amaçlı ve detayları aşağıda yer alan bir çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini tam olarak anlamanız ve kararınızı, araştırma hakkında tam olarak bilgilendirildikten sonra özgürce vermeniz gerekmektedir. Bu bilgilendirme formu söz konusu araştırmayı ayrıntılı olarak tanıtmak amacıyla size özel olarak hazırlanmıştır. Lütfen bu formu dikkatlice okuyunuz. Araştırma ile ilgili olarak bu formda belirtildiği halde anlayamadığımız ya da belirtilmediğini fark ettiğiniz noktalar olursa araştırmacıya sorunuz ve sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz. Bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım **gönüllülük** esasına dayalıdır. Araştırma hakkında tam olarak bilgilendirildikten sonra, kararınızı özgürce verebilirsiniz ve düşünmeniz için formu imzalamadan önce araştırmacı size zaman tanıyacaktır. Araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde formu imzalayınız.

#### 1. ARAŞTIRMANIN ADI

Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarında Sağlıklı Yeme Takıntısı Sıklığı, Risk Faktörleri Ve Sağlık Okuryazarlığı (sağlıkla ilgili bilgiyi edinme ve anlama beceriniz) Arasındaki İlişki

#### 2. KATILIMCI SAYISI

Bu araştırmada yer alması öngörülen toplam katılımcı sayısı 235'dir.

#### 3. ARAŞTIRMAYA KATILIM SÜRESİ

Bu araştırmada yer almanız için öngörülen süre 3 ay'dir.

#### 4. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu araştırmanın amacı; siz birinci basamak sağlık çalışanlarında sağlıklı yeme takıntısı sıklığı, risk faktörleri ve sağlık ilgili bilgiyi anlama ve edinme becerileriniz arasındaki ilişkinin incelenmesidir.

#### 5. ARAŞTIRMAYA KATILMA ve ÇIKARILMA KOŞULLARI

Bu araştırmaya dahil edilebilmek için sahip olmanız gereken koşullar şu şekildedir;

- Her yaş ve cinsiyetten Çorum İl ve ilçelerinde birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışıyor olmak.

Bu araştırmadan dışlanmanıza neden olan koşullar:

- Kadro dışı çalışıyor olmak.
- 18 Yaş altında olmak.

Araştırmanın herhangi bir aşamasında çalışmaya katılmaktan vazgeçmeniz durumunda çalışmadan çıkarılacaksınız.

Araştırma dışı bırakılmanız durumunda da, sizinle ilgili tıbbi veriler bilimsel amaçla kullanılabilir.

## EK-4(Devam). Bilgilendirilmiş gönüllü olur formu



T.C.  
HİTİT ÜNİVERSİTESİ  
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

### BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

#### 6. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Bu araştırmada size uygulanacak veya sizin yapmanız gereken işlemler şu şekildedir;

Bu araştırmaya dahil olmayı kabul etmeniz durumunda sizlere araştırmanın verilerinin toplanmasında bir anket formu dağıtılacaktır. Anket formunun ilk aşamasında sizin sosyo-demografik özellikleriniz (yaşınız, cinsiyetiniz, eğitim düzeyiniz, mesleğiniz, medeni durumunuz, hane halkındaki kişi sayınız, boyunuz, kilonuz ), sağlık-hastalık durumunuz (doktor tarafından konulmuş kronik bir hastalığınızın varlığı, genel olarak sağlığınıza nasıl değerlendirdiğiniz), beslenme davranışlarınız (öğün atlama durumunuz, vitamin desteği kullanma durumunuz), beslenme türünüz (Vejeteryan: Et, balık, kümes hayvanlarının tüketilmeyip, süt ürünlerini ve yumurtayı isteğe bağlı tüketenlere verilen addır. Vegan: Hiçbir hayvansal gıda (et, balık, kümes hayvanı, yumurta, süt ve ürünleri) tüketmeyenlere verilen addır. Etçil ve otçul: Hem hayvansal ürünlerin hem de bitkisel ürünlerin tüketildiği beslenme tarzıdır), diyet uygulama durumunuz, sosyal medyadan sağlıklı ve temiz beslenme ile ilgili kanalları takip etme durumunuz) ve sağlık davranışlarınız (fiziksel aktivite yapma durumunuz, sigara içme durumunuz) sorgulanacaktır. İkinci aşamada sağlıklı yeme takıntınız, yeme davranışlarınız, depresyon düzeyiniz ve sağlık okuryazarlığı düzeyiniz (sağlıkla ilgili bilgiyi edinme ve anlama beceriniz) belirlemek amacıyla sorular sorulacaktır.

**Yeme davranışları testi;** sizlerin yemek yeme ile ilgili davranış ve tutumlarınızın yanı sıra ve herhangi bir yeme bozukluğunuzun olup olmadığını belirlemek amacıyla 26 sorudan oluşan bir testtir. Bu testten alacağınız 20 ve üzerindeki puan yeme davranış bozukluğu riski altında olduğunuzu gösterirken, 20'nin altında alacağınız puan yeme davranış bozukluğunuzun olmadığını gösterecektir.

**Depresyon düzeyi;** Depresyon bir duygu durum bozukluğudur. Depresyon da görülen belirtileri ölçerek bu belirtilerin derecesini belirlemek amacıyla sizlere beck depresyon ölçeği (Beck-21) soruları sorulacaktır. Yetişkinlere uygulanabilen bu ölçek kişilerin umutsuzluk durumunu, kendine yönelik olumsuz duygularını, bedensel kaygılarını ve suçluluk duygularını belirleyici özelliktedir. Ölçekten alacağınız puanların artması depresyon riskinizin de arttığını gösterecektir.

**Ortoreksiya nervoza (sağlıklı yeme takıntısı);** Sağlıklı beslenme alışkanlığı normal bir durumdur ancak sağlıklı besin tüketimi ile aşırı meşgul olma, besinleri hazırlarken çok fazla zaman geçirme, günlük hayatta bu durumdan dolayı işlevselliği yitirme davranış ve kişilikle ilgili bir hastalık olarak değerlendirilebilir. Gıdalara olan bu davranış şekillerinin saplantı haline getirilmesi, sağlıkta ve yaşam kalitesinde olumsuz bir sonuca neden olur. Bu duruma "ortoreksiya nervoza (sağlıklı yeme takıntısı)"denir. Sizler de sağlıklı beslenme takıntısı belirtilerini incelemek amacıyla 15 sorudan oluşan sağlıklı yeme takıntısı ölçeği kullanılacaktır. Ölçekten alacağınız düşük puanlar sizlerin sağlıklı yeme davranışında olduğunuzu (sağlıklı yeme takıntısı) gösterecektir.

## EK-4(Devam). Bilgilendirilmiş gönüllü olur formu



T.C.  
HİTİT ÜNİVERSİTESİ  
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

### BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

**Sağlık okuryazarlığı (sağlıkla ilgili bilgiyi edinme ve anlama becerisi);** sizlerin sağlıkla ilgili uygun kararlar alabilmeniz, sağlığı geliştirmek ve hastalıkları önlemek için gerekli olan temel sağlık bilgisini ve hizmetlerini edinmeniz, bilgiyi yorumlama ve anlama kapasitesine sahip olma derecenizi belirler. Sizlerin sağlık ilgili bilgiyi edinme ve anlama becerinizi belirlemek amacıyla 32 sorudan oluşan bir test sorulacaktır. Testten alacağınız yüksek puanlar bu becerilerinizin de yeterli olduğunu gösterecektir.

#### 7. KATILIMCININ SORUMLULUKLARI

Bu çalışmada katılımcılardan istenen sorulara içtenlikle cevap vermeleridir.

#### 8. OLASI RİSKLER

Siz katılımcılarının araştırma süresince herhangi bir riskle karşılaşma durumunuz bulunmamaktadır.

#### 9. ARAŞTIRMAYA KATILIMIN OLASI YARARLARI

Bu çalışma ile siz birinci basamak sağlık çalışanlarında sağlıklı yeme takıntınızın olup olmadığı tanımlanacak, risk faktörleri olarak yeme davranışlarımız ve depresyon düzeyiniz, sağlıkla ilgili bilgiyi anlama ve edinme düzeyiniz belirlenecektir. Bu doğrultuda sizde sağlıklı beslenme ve yeme takıntısına yönelik bilgi ve farkındalık oluşturulması planlanmaktadır.

Toplumsal yararı; sizlerde yapılacak olan çalışmadan elde edilen sonuçlar genel toplumda sağlıklı yeme takıntısı ve sağlık okuryazarlığı hakkında fikir verecektir. Elde edilen veriler bilimsel bir kongrede ve dergide yayınlanacaktır.

Sağlıklı yeme takıntısını kontrol altına alınması sağlık okuryazarlığının artırılması ile gerçekleşebilir. Bu da toplumdaki bireylerin beslenme davranışlarının normalleştirilmesi, sağlık okuryazarlığı düzeyinin artırılmasına yönelik halk sağlığı çabaları geliştirmek ile oluşur.

#### 10. GİDERLERİN KARŞILANMASI ve ÖDEMELER

Bu araştırmaya katılmanız için veya araştırmadan kaynaklanabilecek giderler için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Bu araştırmaya katılmanızla, araştırma ile ilgili çıkabilecek zorunlu masraflar tarafımızdan karşılanacaktır. Bunun dışında size veya yasal temsilcilerinize herhangi bir maddi katkı sağlanmayacaktır.

#### 11. BİLGİLERİN GİZLİLİĞİ

Araştırma süresince elde edilen sizinle ilgili bilgiler size özel bir kod numarası ile kaydedilecektir. Size ait her türlü bilgi gizli tutulacaktır. Araştırmanın sonuçları yalnızca bilimsel amaçla kullanılacaktır. Araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir. Ancak, gerektiğinde araştırmanın izleyicileri, etik kurullar ve resmi makamlar bilgilerinize ulaşabilecektir. Siz de istediğinizde kendinize ait bilgilere ulaşabileceksiniz.

#### 12. ARAŞTIRMAYI DESTEKLEYEN KURUM veya KURULUŞ

Araştırmayı destekleyen kurum/kuruluş yoktur.

#### 13. ARAŞTIRMAYA KATILMAYI REDDETME veya AYRILMA DURUMU

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Araştırmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda da, sizle ilgili veriler bilimsel amaçla kullanılabilir.

#### EK-4(Devam). Bilgilendirilmiş gönüllü olur formu



T.C.  
HİTİT ÜNİVERSİTESİ  
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

#### BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

#### 14. ARAŞTIRMAYA KATILMA ONAYI

Yukarıda detayları yazılı olan ve tarafıma anlatılan bu araştırmada yer almak için araştırmacı Sayın Merve TATLI tarafından "katılımcı" (denek) olarak davet edildim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağına bilincindeyim). Araştırmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda bana gerekli güvence verildi. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. Bu koşullar altında, bana ait bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

GÖNÜLLÜ		İMZASI
ADI SOYADI		
ADRES		
TELEFON		
TARİH		

ARAŞTIRMACI		İMZASI
ADI SOYADI	Merve TATLI	
GÖREVİ		
ADRES		
TELEFON		
TARİH		

