

T.C.
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANA BİLİM DALI

**GENÇ ERKEKLERİN BİGOREKSİYA DÜZEYİNE; BEDEN ALGISI,
SOSYAL FİZİK KAYGI VE ALGILANAN DESTEĞİN ETKİSİ**

HAZIRLAYAN
Dr. Kıymet BATMAZ

UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Ersin USKUN

ISPARTA – 2024

BEYAN

“Genç Erkeklerin Bigoreksiya Düzeyine; Beden Algısı, Sosyal Fizik Kaygı ve Algılanan Desteğin Etkisi” adlı tıpta uzmanlık tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi SDÜ Tıp Fakültesi Uzmanlık Tez Önerisi ve Tez Yazma Yönergesine uygun olarak hazırlanmıştır.

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmayla elde edilmeyen bütün bilgilere ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar dizinine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Tezi Hazırlayan

Dr. Kıymet BATMAZ

İmza

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Ersin USKUN

İmza

TEŞEKKÜR

Halk sağlığı asistanlığı maceramda bir halk sağlıkçı olmanın ötesinde; iyi bir insan, iyi bir hekim, iyi bir yönetici ve bir hayvan sever olma konusunda kendisinden çok şey öğrendiğim ve bizlere bir baba şefkatiyle muamele eden, yüreklendiren, bilgi ve tecrübesiyle ışık tutan, desteğini asla esirgemeyen, değerli hocam AD Başkanı Prof. Dr. Ahmet Nesimi KİŞİOğLU'na;

Halk sağlığı eğitim sürecimde her anlamda değerli katkılar sunan, halk sağlığını kendisinden dinlemekten çok keyif aldığım-kitap gibi anlatan, tez çalışmamın her evresinde beni destekleyen, bu süreci benim için kolaylaştıran, bilgisini, samimiyetini, duruşunu ve disiplinini kendime örnek aldığım, değerli hocam ve tez danışmanım Prof. Dr. Ersin USKUN'a;

Birlikte çalışmaktan keyif aldığım, halk sağlığı ve araştırma yapma konusunda bana bilgi ve vizyon katan, kapısını çok aşındırmama rağmen her zaman aynı ilgi ve samimiyetle yardım ve desteklerini asla esirgemeyen, çok sevdiğim iki tatlı kızın babası, değerli hocam Doç. Dr. Özgür ÖNA'a;

Özellikle bu tezin hazırlanması ve bilimsel bir zemine oturtulmasındaki değerli katkılarından dolayı Doç. Dr. Sabriye ERCAN'a ve uzmanlık eğitimimdeki katkıları için kardeş anabilim dallarındaki diğer hocalarıma;

Tez sürecinde veri toplama konusunda açmaza girdiğim bir dönemde, çok yardımcı olan başta fakülte sekreterimiz Zafer DURAN olmak üzere; üniversitemizin değerli diğer tüm fakülte sekreterlerine;

Halk sağlığı macerasına beraber başladığım, eş kıdemim Arş. Gör. Dr. Betül ÇOBAN'a (sen olmasaydın bu asistanlık nasıl olurdu, bu tez nasıl biterdi hayal bile edemiyorum, kader ortağımsın :D)

Her sorunumda yanlarına koştuğum ve desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen, iyi ki yollarımız kesişmiş dediğim güzel kalpli insanlar; kıdemlilerim Uzm. Dr. Servet Derya YILMAZ ve Uzm. Dr. Fatma Yağmur EVCİL'e;

Ayrıca birlikte çalışmaktan büyük keyif aldığım, onur duyduğum, çok değerli bugün artık uzman olan tüm kıdemlilerime ve asistan arkadaşlarıma;

Son olarak, hayat yolumda hep arkamda duran, sevgileriyle ve destekleriyle yolumu ışıtan, bugün olduğum kişi olmamı sağlayan, hep yaslandığım ardımdaki o yüce dağlar olan sevgili anneme ve babama çok teşekkür ederim. İyi ki varsınız ve hayatıma dokundunuz ☺

Dr. Kıymet BATMAZ
Isparta/2024

İÇİNDEKİLER

Sayfa

BEYAN	i
TEŞEKKÜR	ii
İÇİNDEKİLER	iii
KISALTMALAR LİSTESİ	v
ŞEKİLLER LİSTESİ	vii
TABLolar LİSTESİ	vii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Bigoreksiya (Kas Dismorfisi).....	4
2.1.1. Tanımı ve Tarihçesi	4
2.1.2. Epidemiyoloji ve Etiyolojisi	6
2.1.3. Risk Faktörleri	10
2.1.3.1. Demografik Özellikler	10
2.1.3.2. Sosyokültürel Çevre ve Medya Baskısı	11
2.1.3.3. İdeal Beden İçselleştirmesi	12
2.1.3.4. Mükemmeliyetçilik	12
2.1.3.5. Düşük Benlik Saygısı	13
2.1.3.6. Vücut Çarpıtması	13
2.1.3.7. Vücut Memnuniyetsizliği	13
2.1.3.8. Olumsuz Etki	14
2.1.3.9. Spora Katılım	14
2.1.4. Tanı Kriterleri ve Sınıflandırılması	15
2.1.5. Diyet	16
2.1.6. Ergojenik Destek Ürünleri.....	16
2.1.7. Tedavi	17
2.1.8. Bigoreksiya Değerlendirme Araçları.....	18
2.2. Beden Dismorfik Bozukluğu, Yeme Bozukluğu ve Bigoreksiya İlişkisi	21
2.3. Beden Dismorfik Bozukluğu.....	23
2.4. Beden Algısı ve Bigoreksiya	23
2.5. Sosyal Fizik Kaygı ve Bigoreksiya	24
2.6. Algılanan Sosyal Destek ve Bigoreksiya	25

3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	27
3.1. Araştırmanın Tipi ve Amacı.....	27
3.2. Araştırmanın Evreni	27
3.2.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	28
3.2.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri	28
3.3. Araştırmanın Hipotezleri.....	29
3.4. Araştırmada Kullanılan Değişkenler.....	29
3.4.1. Araştırmada Kullanılan Bağımlı Değişkenler	29
3.4.2. Araştırmada Kullanılan Bağımsız Değişkenler	29
3.5. İzinler ve Etik	33
3.6. Ön Uygulama	34
3.7. Veri Toplama ve Değerlendirme.....	34
3.7.1. Beden Algısı Ölçeği (BAÖ)	35
3.7.2. Sosyal Fizik Kaygı Envanteri (SFKE)	36
3.7.3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)	36
3.7.4. Kas Dismorfik Bozukluğu Envanteri (MDDI).....	37
3.8. İstatistiksel Analiz	38
3.9. Araştırmanın Zamanlaması	40
3.10. Araştırmanın Güçlü ve Kısıtlı Yanları	40
4. BULGULAR	42
5. TARTIŞMA	62
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	72
ÖZET.....	78
ABSTRACT	79
KAYNAKLAR	80
EKLER.....	87
Ek 1. Etik Kurul Örneği	87
Ek 2. Ölçek Kullanım İzinleri	89
Ek 3. Anket Formu	91

KISALTMALAR LİSTESİ

- ABD:** Amerika Birleşik Devletleri
- ACQ:** Adonis Complex Questionnaire (Adonis Kompleksi Soru Formu)
- APA:** Amerikan Psikiyatri Birliği
- BAÖ:** Beden Algısı Ölçeği
- BDB:** Beden Dismorfik Bozukluğu
- BDD-YBOCS:** Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale Modified for Body Dysmorphic Disorder (Yale-Brown Obsesif-Kompulsif Ölçeği'nin BDB için modifiye edilmiş hali)
- BMI:** Body Mass Index (Vücut Kitle İndeksi)
- cm:** Santimetre
- ÇBASDÖ:** Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
- DMS:** Drive for Muscularity Scale (Kaslı Olma Dürtüsü Ölçeği)
- DSM-V:** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-V (Ruh Sağlığı ve Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı-5.Baskı)
- DSÖ:** Dünya Sağlık Örgütü
- EMS:** Eating for Muscularity Scale (Kaslılık İçin Yeme Ölçeği)
- ICD-10:** International Classification of Diseases, Version 10 (Uluslararası Hastalık Sınıflandırılması Onuncu Versiyonu)
- kg:** Kilogram
- m:** metre
- maks:** Maksimum
- MASS:** Muscle Appearance Satisfaction Scale (Kas Görünümü Memnuniyet Ölçeği)
- MDI:** Muscle Dysmorphia Inventory (Kas Dismorfi Envanteri)
- MDDI:** Muscle Dysmorphia Disorder Inventory (Kas Dismorfik Bozukluğu Envanteri)
- MDS:** Muscle Dysmorphia Scale (Kas Dismorfi Ölçeği)
- MMA:** Mixed Martial Arts (Karışık Dövüş Sanatları)
- MOET:** Muscularity-Oriented Eating Test (Kaslılığa Yönelik Yeme Testi)

min: Minimum

n: Katılımcı Sayısı

Ort: Ortalama

SFKE: Sosyal Fizik Kaygı Envanteri

SS: Standart sapma

VIF: Variance Inflation Factor (Varyans Artış Faktörü)

YÖK: Yüksek Öğretim Kurumu



ŞEKİLLER LİSTESİ

Sayfa

Şekil 1.1. Bigoreksiya Gelişim Etiyolojisi.....	8
---	---



TABLULAR LİSTESİ

Sayfa

Tablo 1.1. Bigoreksiya etiyojisinin inceleyen teorik modeller	9-10
Tablo 3.1. Fakültelerin toplam erkek öğrenci sayıları ve tabakalamaya göre hedeflenen ve ulaşılan değerler	28
Tablo 4.1. Araştırma grubunun sosyo-demografik özellikleri	42
Tablo 4.2. Araştırma grubunun diğer (sayısal) sosyo-demografik özellikleri.....	43
Tablo 4.3. Araştırma grubunun düzenli egzersiz özellikleri	43
Tablo 4.4. Araştırma grubunun bireysel spor geçmişi ile ilgili özellikleri.....	44
Tablo 4.5. Araştırma grubunun takım sporu geçmişi ile ilgili özellikleri	45
Tablo 4.6. Araştırma grubunun spor/egzersiz süreleri ile ilgili özellikleri.....	45
Tablo 4.7. Araştırma grubunun özel egzersiz programı ile ilgili özellikleri	46
Tablo 4.8. Araştırma grubunun özel beslenme programı uygulama ile ilgili özellikleri.....	47
Tablo 4.9. Araştırma grubunun uyguladıkları özel programların süre özellikleri.....	48
Tablo 4.10. Araştırma grubunun ergojenik destek ürünü kullanımı ve ilişkili özellikleri.....	49-50
Tablo 4.11. Araştırma grubunun BAÖ, SFKE, ÇBASDÖ ve MDDI ölçekleri toplam ve alt boyut puanları.....	51
Tablo 4.12. Araştırma grubunun bigoreksiya durumunun sosyo-demografik özelliklere göre dağılımı	52
Tablo 4.13. Araştırma grubunda bigoreksiya durumunun egzersiz, spor, beslenme ve ergojenik destek ürünü kullanım özelliklerine göre dağılımı	53
Tablo 4.14. Araştırma grubunun sayısal bireysel özelliklerinin bigoreksiya durumuna göre dağılımı	55
Tablo 4.15. Araştırma grubunun MDDI toplam ve alt boyut puanlarının; sayısal bireysel özellikler ile korelasyonu	57
Tablo 4.16. Araştırma grubunun MDDI toplam ve alt boyut puanlarının; BAÖ, SFKE ve ÇBASDÖ toplam ve alt boyut puanları ile korelasyonu	59

Tablo 4.17. Araştırma grubunun bigoreksiya durumu ile tek değişkenli analizlerde ilişkili bulunan değişkenlerin logistik regresyon analizi sonuçları 61



1. GİRİŞ

İnsan sosyal bir varlıktır. Yaşam serüveninde hayatta kalabilmek için bir topluluğun parçası olmaya ihtiyaç duyar. Bu sebeple toplum, toplum normları ve genel kabuller, bireyler için önemli olagelmiştir. Her birey bu bağlamda yaşamının herhangi bir olay veya döneminde diğer bireylerce kabul görme, onaylanma açığı çekebilmektedir. Bu psikolojik temelli arzunun gerçekleşmesi için, bireyin kendisinde bazı özelliklere sahip olması gerektiği inancı ortaya çıkabilir. Kimi zaman böyle bir durumda bazı karakteristiklerin idealize edilmesi söz konusudur. Dış görünüm özelliklerini ele alan bir yaklaşımda “ideal fizik ölçüler” bunlardan birisi olarak karşımıza çıkmaktadır. İdeal fizik ölçüler konusunda bilinmesi gereken nokta ise, toplumsal beklentilere göre şekillenebileceği ve zamana göre evrilebileceğidir. Ayrıca bu algı erkek ve kadın bedenine göre de farklılıklar göstermektedir (1,2). Sosyo-kültürel yaklaşımın yanında, modern dönemlerle birlikte kişinin kendisini zihnen nasıl gördüğü, algıladığı, bedeninden hoşnutluk düzeyi de kimi zaman bu konudaki kıstas olabilmektedir. Literatürde kişilerin bedenlerindeki çeşitli kısımlardan ve çeşitli beden işlevlerinden hoşnutluk düzeyleri “beden algısı” kavramıyla açıklanmaktadır (3). Ayrıca beden algısı, bir kişinin vücudu hakkındaki algısının yanı sıra düşüncelerini ve duygularını da içeren karmaşık, çok boyutlu ve dinamik bir olguyu ifade eder (4). Bakıldığında bireylerde bu kavramın, birtakım bireysel veya sosyo-kültürel etmenlere bağlı olarak şekillenebildiği görülmektedir (5). Bu etmenlerden birisi cinsiyet olarak karşımıza çıkmaktadır. Bireyler için toplumsal kabullerin de etkisiyle kadın bedeninin olması gereken hali, zihinlerde “ince ve formda” olarak belirlenirken; erkek bedeni için ise çizilen tablo “ince ve kaslı” bir hal almaktadır (6). Beden algısına etkisiyle “genç erişkin dönem” diğer bir etmen olarak göze çarpmaktadır. Literatürde eş seçiminin de yaşandığı bir evre olması sebebiyle, bu dönemde hem kadın hem erkek bireylerde karşı cins çekici gelen ideal ölçülere olan ilginin arttığı, dolayısıyla beden algısının etkilendiği belirtilmektedir (7,8). Bu doğrultuda, özellikle hayatın genç erişkin dönemindeki erkek bireyler, toplumsal ideal fizik ölçülerin de etkisiyle, diğerlerinin “kaslı ve/veya iri” olarak nitelendirebileceği bir görünüme sahip olmakta; ancak zamanla bu konuda kendilerini yetersiz görmeye başlamaktadırlar. Başka bir deyişle aslında büyük ve

kaslı oldukları halde bedenlerini küçük ve zayıf/çelimsiz olarak algıladıkları rahatsız bir beden imajı algısı geliştirmektedirler. Literatürde bu tablo karşımıza “bigoreksiya” olarak çıkmaktadır. Pope ve arkadaşlarının ilk kez sporcu erkeklerde gözlemledikleri bu tablo; önce “ters anoreksiya nervosa” olarak tanımlanmışsa da sonrasında vücut dismorfik bozukluğunun bir formu olarak sınıflandırmanın daha yerinde olacağına kanaat getirilerek “kas dismorfisi” (bigoreksiya) olarak yeniden isimlendirilmiştir (9,10). Bireylerin yeterince kaslı olmadıklarına dair inançları; onları zayıf, hiperkaslı bir vücutla ilgili patolojik bir zihinsel meşguliye ve akabinde onun peşinden koşma ile karakterize bir takım davranışlara sürüklemektedir (11). Bu inançların meydana getirdiği kaygı için geliştirdikleri bir takım telafi edici; ancak takıntılı davranışlar söz konusudur. Katı patolojik yeme ve egzersiz uygulamalarının yanı sıra protein ve kreatin gibi kas geliştirici ergojenik diyet takviyeleri, anabolik-androjenik steroidlerin kötüye kullanımı sıklıkla görülen bu davranışlardandır (10,12–15). Yine bunu tercih edenlerin ergen ve yetişkin yaş grubundaki bireyler olması ise dikkat çekicidir (16,17). Bigorektik bireyler, etkilenim düzeyine göre değişmekle beraber, kas kazanma ideali çerçevesinde zorunlu olarak spor salonlarında uzun saatler geçirmekte, bu süre zarfında önemli sosyal, eğlence veya mesleki faaliyetlerinden vazgeçebilmektedir. Bireyler vücutlarının halka açık yerlerde görülmesini de istemezler (18). Bu durumu, başkalarının kendi bedenleri hakkında muhtemel olumsuz düşünceler taşıyabileceği konusundaki kaygılarıyla ilişkilendirmek mümkündür. Bireyler, fiziksel görünüşlerinin başkaları tarafından nasıl değerlendirildiği konusunda rahatsızlık ve kaygı hisleriyle karşı karşıya kalabilir. Bu hal, birçok insanın toplum içinde nasıl göründükleri konusunda sıkça yaşadıkları bir his olmakla beraber, beden algısı üzerinde de etkili olan bir durumu anlatmaktadır (19). Literatürde yaşanan bu duygu durumu “sosyal fizik kaygı” olarak nitelendirilmektedir (20). Bakıldığında bigoreksiyanın sosyal fizik kaygının yanı sıra; anksiyete, depresyon, nevrotiklik, mükemmeliyetçilik, benlik kavramı ve benlik saygısı gibi psikolojik ve kişilik özellikleriyle de ilişkili olduğu görülmektedir (21). Ayrıca, kişinin fiziksel görünümü etrafında şekillenen düşük özsaygı ve öz farkındalığının, bu popülasyonun karakteristik olarak yaşadığı sosyal izolasyon ve sosyal destek eksikliğine olumsuz etkisi olabileceği üzerinde durulmaktadır (22). Literatürde “sosyal destek” kavramı;

bireylere yardım sağlayan veya kendilerini güvende hissettikleri, sevildikleri ve korunduklarına inandıkları bir sosyal sisteme bağlanma ya da bir sosyal gruba aidiyet olarak ifade edilmektedir. Dikkat çekilen nokta: alınan ve algılanan sosyal desteğin farklı kavramlar oluşudur. Alınan sosyal destek, gerçekleşen yardım davranışını; algılanan sosyal destek ise gelecekte ihtiyaç halinde olabilecek bir yardımı ifade etmektedir (23). Algılanan sosyal destek kavramında, gerçekleşecek sosyal yardımın kişinin kendi algısı doğrultusunda olduğuna dikkat çekilmektedir (24). Yine bu bağlamda literatürde bigoreksiyanın bozulmuş sosyal destek ile ilişkili olduğü görülmektedir (25).

Tüm bu bilgilerden hareketle, bu çalışmada genç erkeklerin bigoreksiya düzeyine; beden algısı, sosyal fizik kaygı ve algılanan sosyal desteğin etkisinin incelenmesi amaçlanmaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Bigoreksiya (Kas Dismorfisi)

Bigoreksiya, “big” ve “oreksiya” kelimelerinin birleşimiyle oluşturulmuş bir terimdir. Bakıldığında “big” kelimesi boyut ve miktar için “büyük, kocaman, iri” olarak Türkçe’de karşılık bulurken; “oreksiya” ifadesinin ise Yunanca kökenli “orexis” kelimesinden türetildiği, “iştah” veya “yeme” anlamına geldiği görülmektedir (26,27). “Bigoreksiya” terimi ise kişinin kendini asla yeterince büyük veya kaslı hissetmediği ve bu nedenle bu hedeflere ulaşmak için aşırıya kaçtığı bir durumu tanımlamak için kullanılmaktadır.

Literatürde bigoreksiya ile aynı veya benzer tablolar için şu isimlendirmeleri görmek mümkündür: bigoreksiya nervosa, machismo nervosa, ters anoreksiya, anoreksia athletican, megareksiya, musculereksiya, manoreksiya, vigoreksiya, kas dismorfisi, kas algısı bozukluğu, vücut dismorfik bozukluğu, sporcu vücut dismorfik bozukluğu, Adonis kompleksi, mükemmeliyetçi vücut algısı vd (9,11,28–31).

2.1.1. Tanımı ve Tarihçesi

Uzun yıllar vücut memnuniyetsizliğinin sadece kadınları etkileyen bir durum olduğu düşünülmüştür. 1980'lere kadar çalışmalarda daha çok kadınların vücut memnuniyetsizliklerine ve bu sebepten kilo kaybetmek için çıktıkları yolda, anoreksiya nervosa gibi ciddi yeme bozukluğu patolojilerine uzanan klinik psikolojik tablolarına odaklanılmıştır. Erkeklerin vücut memnuniyetsizlikleri ve bunun yaratacağı sorunlar ise daha sonraları gündeme gelmiştir (4,32–35). Erkeklerde bu durumun, daha yağsız ve kaslı olan yeni bir vücut idealine dönüştüğü ve böyle bir vücuda sahip olmak ile ilişkili patolojik derecede zihinsel uğraşılara sekonder bir takım davranışsal sonuçların ortaya çıktığı gözlenmiştir (11,36). Çoğunlukla erkek vücut geliştiricilerde ortaya çıkan bu tablo, ilk kez 1993 yılında Pope ve arkadaşları tarafından “Ters Anoreksiya Nervosa” adıyla literatüre kazandırılmıştır (9).

Devam eden çalışmalarla Pope ve arkadaşları tarafından tam teşhis kriterleri belirlenmiş, yapılan psikiyatrik bir vaka kontrol çalışmasıyla da bu kriterlerin doğrulanması yapılmıştır (10,12). Cohane ve Pope, bu konudaki ilgili literatürdeki

uzun süreli çalışmaların sonuçlarını bir araya getirerek, bireylere bigoreksiya tanısı koymada kullanılan kriterler için gerekli çerçeveyi belirlemişlerdir. Eş zamanlı olarak bigoreksiyanın beden dismorfik bozukluğunun (BDB) bir formu olarak sınıflandırılması ve “kas dismorfisi (bigoreksiya)” olarak yeniden adlandırılması söz konusudur (35).

Bigoreksiyanın diğer BDB’lerden en büyük farkı, BDB’deki gibi kişinin vücudunun tek bir kısmından patolojik olarak memnun olmamasının ötesinde, vücudunun tamamından memnun olmaması söz konusudur. Ayrıca bigoreksiya, kadınlarda da görülebilmeye karşın, daha çok erkekleri etkileyen bir tablo olarak karşımıza çıkmaktadır (10). İlk tanımlamalar daha çok kas ve güç vurgusuna sahip vücut geliştirme, halter gibi sporlarla profesyonel olarak ilgilenen kişilerde olmuşsa da, diğer bireylerde de ortaya çıkabileceği; özellikle de yaşamının genç erişkin dönemindeki bireyleri tehdit ettiği bildirilmektedir (10,37–39).

Bigoreksiya, kişilerin kendilerini yeterince kaslı görmedikleri, zihinsel takıntılı bir psikolojiyi takiben kas kazanımı ve yağ kaybı hedefinde olan, bu doğrultuda egzersiz ve beslenme ile birtakım takviye ilaç ya da ürün kullanan bireyleri anlatan bir tablodur. Bu bireyler çoğu kez çok kaslı olmalarına karşın, kendilerinin çok küçük kas yapısına sahip ve zayıf olduklarına inanırlar. Bu sebeple, bu inançları doğrultusunda egzersize, özellikle de ağırlık kaldırmaya karşı takıntılıdırlar ve uzun saatlerini spor salonlarında harcayabilirler. Kas kütlelerini arttırmak amacıyla protein tozu, kreatinin, kafein gibi ergojenik destek ürünleri ile anabolik-androjenik steroidler, büyüme hormonu, astım ilaçları, diüretik gibi ilaçları kötüye kullanma potansiyeli taşımaktadırlar. Aynı zamanda kıyafetsiz görülebilecekleri durumlardan ve yerlerden kaçınma eğilimindedirler (ve eğer bu kaçınılmazsa, bu durum onlara ciddi sıkıntı vermektedir). Öyleki vücutlarının görülmesini önlemek için sıcak havalarda bile kat kat kıyafet giyebilirler. Yaygın olarak görülen diğer bir davranış da ayna kontrolüdür. Bireyler ayna karşısında kaslarını kasarak kendi görünümünü, kaslılık derecelerini, vücut yağlarını veya vücut büyüklüklerini kontrol etmek isterler. Burada bireylerin her an nasıl göründüklerini bilmek istemeleri ve vücutlarındaki değişimi görmeyi arzulamaları ve bunu da sürekli aynaya bakarak gidermeye çalışmaları söz konusudur. Kendilerini kontrol edemediklerinde ise kötü hissederler. Ayna olmasa bile vücut kontrolü için

ortamdaki CD, çatal, mağaza camı veya cep aynası gibi yansıtıcı yüzeyli nesnelere faydalanabildikleri rapor edilmiştir. Yine birçoğunda bedenleri ile ilgili bu tür takıntılar, aşırı egzersiz ve katı diyetlere yönelmeye ve bunları sürdürme ihtiyacına yol açmaktadır. Takip eden süreçte ise sosyal ilişkileri, mesleki işlevsellikleri hatta bedensel sağlıkları bu durumdan olumsuz yönde etkilenmektedir. Bu durum bireylerde; özgüven kaybı, iş kaybı, aile ve arkadaş kaybı ile depresyon ve intiharlara yol açabilmektedir. Yine ciddi klinik bozukluklar, yanı sıra böbrek yetmezliği, kalp hastalıkları hatta ölümle neticelenen tablolar rapor edilmiştir (10,40–43).

2.1.2. Epidemiyoloji ve Etiyolojisi

Epidemiyolojik açıdan bigoreksiyanın toplumdaki prevalansından bahsetmek yerinde olacaktır; ancak bu konuda net bir şey söylemek güçtür. Bunun sebebi yapılan çalışmaların ağırlıklı olarak erkek bireylerde yürütülmesi ve özellikli grupların örneklem olarak seçilmiş olmasıdır. Bu özellikli gruplardan kasıt ise vücut geliştirme/ halter grupları, steroid kullanıcıları ve sık egzersiz yapan, spor salonu müdavimleri gibi bireyleri içermeleridir. Ayrıca çalışmalarda çoğu kez klinik tanı yerine farklı ölçüm araçları kullanılarak bigoreksiyanın belirlendiği ve bazılarının ise bir kesim noktasının bulunmaması sebebiyle sıklık bildiremedikleri görülmektedir (31,44). Tüm bu durumlar toplumdaki bigoreksiya sıklığını tahmin etmeyi güçleştirmektedir.

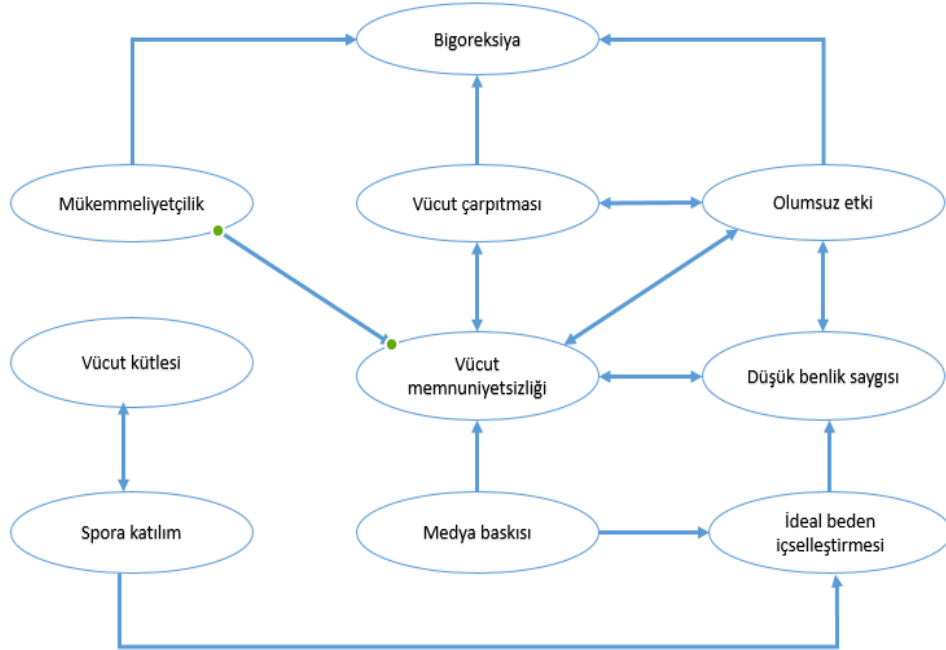
Literatüre bakıldığında bigoreksiyanın prevalansı ile ilgili telaffuz edilen ilk rakam, Pope ve arkadaşlarının yaptığı araştırmalardan yola çıkarak, vücut geliştirmecilerin %10'unda belirgin bigoreksiya semptomlarının görülebileceği yönündeki tahmindir. Ayrıca ABD genelinde anabolik steroid kullanan erkek sayısının 2 milyonu aşabileceğini öngörmüşlerdir (30). Takip eden süreçte yeni çalışmaların da literatüre eklenmesiyle, bu çalışmaları değerlendiren bir sistematik inceleme, erkek halterciler arasında bu bozukluğun yaşam boyu yaygınlığının %13,6 ila %44,0 arasında değişebileceğini rapor etmiştir (45). Bir çalışmada kadın halterciler arasında bigoreksiya sıklığı; steroid kullanmayanlarda %80 iken kullananlarda %100 olarak belirlenmiştir (46). Yine Güney Afrikalı amatör vücut geliştirmecilerde (karma cinsiyetli bir örneklem) %53,6 bulunmuştur (47). Bigoreksiya ölçüm araçlarından biri olan Kas Dismorfik Bozukluğu Envanteri

(*Muscle Dysmorphic Disorder Inventory*, MDDI)'nin Almanca geçerlilik güvenilirlik çalışmasında, Alman toplumu için sıklık %20,3 olarak belirlenmiştir (haftada en az 3 gün fitness salonunda egzersiz yapan karma cinsiyetli bir örneklem) (48). Öte yandan konuyla ilgili üniversite öğrencilerinde yürütülen çalışmalar göze çarpmaktadır. Bu çalışmalar, Dünya'nın farklı coğrafyaları ve Türkiye için farklı yüzdelerde sıklık bildirmektedir. Dört farklı ülkeden bildirilen ve örnekleme sadece erkek üniversite öğrencileri olan çalışmalara göre; bigoreksiya sıklığı Lübnan için %6,6, Arjantin için %6,9, İspanya için %1,3 ve Türkiye için %11,2 şeklindedir (49–52). Yine üniversite öğrencilerinde ancak bu defa karma cinsiyetli örneklemelerde yapılan İtalya'dan iki farklı çalışmadan bildirilen bigoreksiya sıklıkları ise %5,9 ve %5,0'dır (37,53). Özetle mevcut literatür bilgisi henüz bigoreksiyanın toplumdaki yaygınlığını net bir biçimde ortaya koyamamaktadır ve özellikle grupların dışında toplumdaki diğer bireylerin durumlarını yansıtan çalışmalara ihtiyaç vardır.

Ayrıca henüz tam olarak aydınlatılmamış bir başka durum ise bigoreksiyadaki etiyoloji konusudur. Literatürde bigoreksiya gelişiminde etkili olduğu düşünülen farklı faktörleri savunan, farklı teori ve modeller söz konusudur. Bigoreksiyanın BDB ve yeme bozukluğuna olan benzerliğinden yola çıkarak, bu bozuklukların etiyolojisinde yer alan faktörlerin, bigoreksiya etiyolojisinde de rol oynayacağı düşünülmektedir. Bu sebeple bigoreksiya etiyolojisine yönelik, bu faktörleri içeren birtakım farklı modeller oluşturulmuştur (54).

Bu konudaki ilk modellerden biri Olivardia'ya aittir. Olivardia, bigoreksiya gelişimi için biyolojik faktörler (genetik), psikolojik faktörler (beden imajı bilinci, düşük özsaygı, kaslılık dürtüsü) ve sosyokültürel faktörleri (belirli bir şekilde görünme konusundaki toplumsal baskılar) içeren biyo-psiko-sosyal bir model sunmaktadır (55). Lantz, Rhea ve Mayhew'in sunduğu bir başka modelde ise hızlandırıcı değişkenler (benlik saygısı ve vücut memnuniyetsizliği), psiko-davranışsal özellikler (vücut büyüklüğü ve simetri, diyet kısıtlamaları, egzersiz bağımlılığı, psikofarmakolojik destek kullanımı, diyet takviyeleri ve vücut yapısını koruma) ve olumsuz sonuçlar (yabancılaşma ve narsisizm) yer almaktadır. Bu modele göre bigoreksiya gelişimi, doğrudan vücut memnuniyetsizliğinden etkilenmektedir (56). Cafri ve arkadaşlarına ait bir diğer modelde ise kilo vermek

için diyet yapmak ve kas gücünü artırmak için diyet yapmak, son zamanlarda steroid kullanımını gibi riskli sağlık davranışlarının gelişimine katkıda bulunan faktörler değerlendirilmekte ve faktörler arasındaki ilişkilerin de özetlendiği bir model sunulmaktadır. Modelde, biyolojik faktörler (vücut kompozisyonu/Vücut Kitle İndeksi (*Body Mass Index*, BMI), ergenlik büyümesi ve ergenlik zamanlaması), toplumsal faktörler (medya etkisi, akran ve ebeveyn baskıları, akran popülerliği, alay edilme), sosyal vücut karşılaştırılması, vücut imajından memnuniyetsizlik (kashlık ve vücut yağıyla ilgili), psikolojik işlevsellik (olumsuz duygulanım, düşük özsaygı) ile spora katılım yer almaktadır (57). Ayrıca model, bigoreksiyaya özgü olmamakla birlikte, bir dizi farklı davranışsal sonuca katkıda bulunan faktörleri de birleştiren genel bir modeldir. Bunlara ek, diğer modellerle kıyaslandığında, diğer modellerde belirtilen yönlerin birçoğunu kapsayan Grieve'e ait model bulunmaktadır. (58). Bu modele göre bigoreksiya gelişiminde etkili birtakım bilişsel, duygusal, davranışsal, sosyo-çevresel ve psikolojik faktörler bulunmaktadır. Modelde bigoreksiya gelişiminde etkili olan dokuz faktörden bahsedilmektedir. Bunlar; vücut kütlesi, spora katılım, medya baskısı, ideal beden içselleştirmesi, vücut memnuniyetsizliği, düşük benlik saygısı, olumsuz etki, vücut çarpıtması, mükkemeliyetçilik ve bigoreksiya (Şekil 1.1) (54).



Şekil 1.1. Bigoreksiya Gelişim Etiyolojisi (Grieve,2007) (54)

Ayrıca yukarıda bahsedilen ve bigoreksiya gelişiminde etkili olan faktörlere dair literatürde yer alan başka teori veya bulgular söz konusudur. Bunlara Tablo 1.1’de yer verilmiştir.

Tablo 1.1. Bigoreksiya etiyojisini inceleyen teorik modeller

Makale	Çerçeve	Teori/Bulgu
Olivardia (2001) (55)	Biyopsikososyal	Biyolojik faktörler (genetik), psikolojik faktörler (beden imajı bilinci, düşük özsaygı, kaslılık dürtüsü) ve sosyokültürel faktörler (belirli bir şekilde görünme konusundaki toplumsal baskılar), bigoreksiya gelişiminde bir araya gelebilir.
Lantz ve ark. (2001) (56)	Psikolojik	3 aşamada ortaya çıkar: 1. Vücut memnuniyetsizliği ve düşük özsaygıdan kaynaklanır 2. Psikobiyokarakteristiklerle sürdürülür (egzersiz bağımlılığı, steroid kullanımı vb.) 3. Yabancılaşma veya narsisizm gibi olumsuz sonuçlara yol açar.
Ricciardelli ve McCabe (2004) (61)	Biyopsikososyal	Biyolojik faktörler (BMI, pubertal zamanlama vb.), psikolojik faktörler (beden imajı endişeleri, negatif duygu durumu vb.) ve sosyokültürel faktörler (belirli bir şekilde görünme konusundaki toplumsal baskılar), ergen erkeklerde kas yapısını artırma eğilimine neden olabilir
Cafri ve ark. (2005) (57)	Biyopsikososyal	Biyolojik faktörler (vücut kompozisyonu/BMI, ergenlik büyümesi ve ergenlik zamanlaması), toplumsal faktörler (medya etkisi, akran ve ebeveyn baskıları, akran popülerliği, alay edilme), sosyal vücut karşılaştırılması, vücut imajından memnuniyetsizlik (kaslılık ve vücut yağıyla ilgili), psikolojik işlevsellik (olumsuz duygulanım, düşük özsaygı) ile spora katılım yer almaktadır
Grieve (2007) (54)	Biyopsikososyal	Bigoreksiya gelişiminde etkili olan dokuz faktör: vücut kütlesi, spora katılım, medya baskısı, ideal beden içselleştirmesi, vücut memnuniyetsizliği, düşük benlik saygısı, olumsuz etki, mükemmeliyetçilik ve vücut çarpıtmasıdır

Tablo 1.1. Bigoreksiya etiyojisinini inceleyen teorik modeller (devamı)

Makale	Çerçeve	Teori/Bulgu
Grieve ve Helmick (2008) (63)	Psikolojik	Kendini nesneleştirme, kas yapısına yönelik arzularla ve bigoreksiya semptomlarıyla ilişkilidir.
Murray ve ark. (2013) (59)	Psikolojik	Yeme bozukluklarına yönelik geliştirilen transdiagnostik modelin bigoreksiyaya uyarlamasıdır. Bigoreksiya semptomları olan bireylerde yeme, kilo ve şekli aşırı derecede değerlendirilebilir, ayrıca mükemmeliyetçilik, duyguları tolere edememe, düşük özsaygı ve kişiler arası zorluklar gözlenebilir.
Dryer ve ark. (2016) (62)	Psikososyal	Nasıl görülmesi gerektiğine dair toplumsal normlar, bigoreksiya semptomları ile ilişkilidir ve bu ilişkide mükemmeliyetçilik aracı role sahiptir.
Heath ve ark. (2016) (64)	Psikososyal	Kendini nesneleştirme, mezomorfik ideali içselleştirme ve vücut gözetimi, bigoreksiya semptomlarına katkıda bulunur.
Klimek ve ark. (2018) (60)	Psikososyal	Beden imajının üçlü etki modelinin bigoreksiyaya uyarlamasıdır. Bigoreksiya medya, akranlar ve aile baskıları, toplumsal vücut ideallerinin içselleştirilmesi yoluyla vücut memnuniyetsizliğine yol açabilir. Kas-ve zayıflık ideallerinin içselleştirmesi ile bigoreksiya semptomları arasında artan bir ilişki

2.1.3. Risk Faktörleri

Literatüre göre bigoreksiya gelişiminde etkili olan faktörleri, şu başlıklar altında incelemek mümkündür.

2.1.3.1. Demografik Özellikler

Bigoreksiya, her iki cinsiyette de görülebilmekle beraber, erkekleri kadınlara kıyasla daha fazla etkilemektedir (12,65). Sıklıkla adolesan dönem ve genç erişkin dönemde ortaya çıkmaktadır (61,66). Ayrıca bigoreksiya görülen bireyler, kendilerini

zayıf ve çelimsiz olarak değerlendirseleler bile çalışmalar, diğer bireylere kıyasla vücut ağırlıklarının, dolayısıyla BMI'lerinin daha fazla olduğunu bildirmektedir (31). Literatürde bigorektik birey profili; adolesan veya genç erişkin dönem, erkek ve görece vücut ağırlığı diğerlerine göre daha yüksek olan bireylerdir. Ayrıca trans bireyler, zorbalığa, çocukluk çağı ihmal ve istismarına uğrayanlar gibi özel gruplar bigoreksiya riski taşımaktadır (31,57,60).

2.1.3.2. Sosyokültürel Çevre ve Medya Baskısı

Kimi zaman bireylerin davranışlarını, değerlerini, inançlarını ve beklentilerini şekillendiren sosyokültürel çevre ve medya baskısı olmaktadır. Bigoreksiya için de durum farklı değildir. Yapılan çalışmalara göre; modern toplumlarda erkekler değişen yeni maskülen bir role uyum sağlamak zorunda bırakılmaktadır. Bu yeni maskülen rol, geleneksel erkek algısıyla çelişmekte ve ağırlıklı olarak görünüm ve kaslılık üzerine odaklanmaktadır. Bu durum, erkeklerin artık kaslılık düzeyleri üzerine daha fazla kafa yormalarına neden olmaktadır. Hatta çoğu kez bu ideal kaslı beden kavramı, genellikle birey için önemli olan aile, arkadaşlar, partnerler tarafından da desteklenmektedir (54).

Ayrıca medya da bu duruma tartışmasız katkıda bulunmaktadır. Kültürel olarak ideal erkek bedeni; geniş omuzları, ince beli ve belirgin kasları içeren mezomorfik bir bedendir. Medyadaki erkek modellerin ise özellikle kaslı mezomorfik fiziğe sahip olanlar arasından seçilmesi dikkat çekicidir (67). Yine reklamların da hiç masum olmadığı, erkeklerin ideal beden kavramları üzerinde etkili olduğu görülmektedir. Yapılan bir çalışmada, kaslı erkekleri tasvir eden reklamları izleyen erkeklerin ideal vücut kavramının, kaslı erkekleri tasvir etmeyen nötr reklamları izleyen erkeklere göre çok daha kaslı olduğu tespit edilmiştir (68). Literatürde reklamcılığın erkeklerin vücut memnuniyetleri üzerindeki etkisine ve bu etkinin bigoreksiya vakalarının artışındaki rolüne dikkat çekildiği görülmektedir (18,69).

2.1.3.3. İdeal Beden İçselleştirmesi

Toplumda erkekler özellikle sosyokültürel çevre ve medyanın etkisiyle sürekli olarak acıdan uzak ve duygusal açıdan sarsılmaz, güçlü, kaslı erkek şeklindeki bir güzellik idealine maruz kalmaktadır. Toplumda bireyden beklenen bir takım bedensel ölçüler; bu ölçülerin aile, partner, arkadaşlar ve medya tarafından desteklenmesi ve öne çıkarılması, kişilerin bu durumu içselleştirmesi ve bu sebeple kendi bedenlerini olumsuz algılamalarına neden olmaktadır. İdeal beden içselleştirmesi, bigoreksiyanın gelişiminde etkili olan faktörlerden biridir. Bireyler bedenleri için oluşturdukları ve içselleştirdikleri ideale kendilerini ne kadar uzak buluyorlarsa, o oranda memnuniyetsizlik yaşamakta ve bedenlerini ideale uygun hale getirmek için radikal önlemler alma ihtiyacı bile hissedebilmektedir (54,68,70). Yapılan çalışmalar zayıflık, kaslılık ve atletik beden ideallerinin içselleştirilmesiyle, bigoreksiya semptomları arasında pozitif anlamlı bir korelasyon olduğunu; kas idealini içselleştirmenin, sosyal baskı ile kaslılık dürtüsü arasındaki ilişkide önemli dolaylı bir etkiye sahip olduğunu bildirmektedir (70,71).

2.1.3.4. Mükemmeliyetçilik

Mükemmeliyetçilik, kişilerin yüksek standartları hedef olarak belirlemesi ve bu hedefe ulaşma yolculuğunda, aşırı derecede yüksek standartlarla beraber kendine karşı daha eleştirel yaklaşma eğiliminde olmalarıdır (72). Bigoreksiyada ise vücut şekli konusunda mükemmeliyetçi olan erkeklerin, ulaşamayacak düzeyde kaslı bir fiziği hedefledikleri ve ona ulaşabilmek için çabaladıkları görülmektedir. İdeallerindeki vücut büyüklüğü ve şekline ulaşamadıklarında ise kişilerin kendilerini aşırı derecede eleştirdikleri gözlenmiştir. Mükemmeliyetçiliğin bigoreksiya gelişiminde, bireyin mükemmel vücudu hedeflemesi yoluyla doğrudan etkiliyken; arzu ettiği mükemmel vücuda ulaşamadığında hissettiği vücut memnuniyetsizliği yoluyla dolaylı olarak etkili olduğu varsayılmaktadır (54). Literatürde ise bigoreksiya belirtileri ile mükemmeliyetçiliğin birbiriyle doğrudan ilişkili olduğu rapor edilmektedir (73).

2.1.3.5. Düşük Benlik Saygısı

Düşük benlik saygısı, kişinin bedeniyle ilgili tatminsizlik hissetmesine ve kendisini öznenen ziyade bir nesne olarak ele aldığı kendini nesneleştirme tablosuna yol açmaktadır. Bu sebeple araştırmacılar düşük benlik saygısının, bigoreksiya gelişimi ve kalıcılığında anahtar bir role sahip olduğunu düşünmektedir (74–76). Ancak bu faktörlerin hangi yönde rol oynadığı ve aracı etkiye sahip faktörlerin neler olduğu henüz açık değildir. Düşük benlik saygısı, kişide vücut memnuniyetsizliğine ve kendini nesneleştirmeye, dolayısıyla bigoreksiyaya mı yol açmaktadır? Yoksa olumsuz bir benlik algısı, olumsuz bir beden imajı ve yüksek düzeyde kendini nesneleştirme bağlamında düşük özgüven mi bigoreksiyaya neden olmaktadır (54,77,78)? Şimdilik bu faktörün bigoreksiya etiolojisindeki rolünde, aracı ve karıştırıcı faktörlerin belirlenmesine ihtiyaç vardır.

2.1.3.6. Vücut Çarpıtması

Vücut çarpıtması, kişinin kendi vücudunu algılama şeklinde ortaya çıkan bir durumu anlatır. Kişi kendi bedenini gerçekçi bir şekilde algılamaz ve genellikle vücudunun daha büyük veya daha küçük görüldüğüne inanmaktadır. Bigoreksiyada da kişiler ne kadar kaslı ya da iri olurlarsa olsunlar, kendilerini küçük ve yetersiz düzeyde kaslı görmektedir. Vücut çarpıtmasının yol açtığı gerçeğe uymayan bu beden algısının, bigoreksiya etiolojisinin bir parçası olduğu düşünülmektedir (54).

2.1.3.7. Vücut Memnuniyetsizliği

Vücut memnuniyetsizliği, “kişinin bedeni hakkındaki olumsuz duygu ve düşüncelerini ifade eder” dersek yanlış olmaz. Kişilerin vücutlarını, dış görünüşlerini beğenmedikleri, dolayısıyla bu durumdan memnuniyetsizlik duydukları bir tabloyu anlatmaktadır. Furnham ve Calnan’a göre ise erkeklerde bigoreksiya gelişimindeki itici güç, beden memnuniyetsizliği hissidir (79).

Beden memnuniyetsizliğinde sosyokültürel baskıların ve beden ideallerinin etkili olduğu görülmektedir. Erkekler için kültürel olarak ideal beden, çoğunlukla geniş omuzları, ince beli ve belirgin kasları içeren mezomorfik bir bedeni anlatır. Öyleki kimi zaman bu beden ideali, birey için önemli olan aile, arkadaş, partner veya

medya tarafından da desteklenebilmektedir. Bu durum ise erkeklerin artık kaslılık düzeyleri üzerine daha fazla kafa yormalarına neden olmakta ve bu görünüm idealinin birey için de önemli hale gelmesine yol açmaktadır. İlerleyen süreçte, bireyler kendilerini bu ideale ne kadar uzak buluyorsa, o ölçüde daha fazla memnuniyetsizlik hissi yaşamakta ve bedenlerini ideale uygun hale getirmek için radikal önlemler almaya daha istekli hale gelmektedir. Bireylerin vücutları hakkındaki algıları (veya yaşadıkları vücut çarpıtması miktarı), hissettikleri vücut memnuniyetsizliği miktarı üzerinde etkili olmaktadır. Vücudundan memnun olmama hissi ise netice itibarıyla bigoreksiya geliştirme olasılığını arttırmaktadır (54). Görüldüğü üzere vücut memnuniyetsizliği, diğer risk faktörleriyle de olan ilişkisi sebebiyle, bigoreksiya gelişiminde etkili olan önemli etiyolojik faktörlerden biridir.

2.1.3.8. Olumsuz Etki

Bigoreksiya etiyolojisinde etkili olan bir diğer faktör de olumsuz etki, yani olumsuz duygulanım, bir başka deyişle negatif duygu durumudur. Araştırmalar, klinik düzeyde negatif duygu durumun, bigoreksiya belirtileri ile önemli ölçüde ilişkili olduğunu bildirmektedir (80). Bigoreksiyanın temel özelliklerinden biri, bireyleri yetersiz kas algısıyla mücadeleye teşvik eden kaslılık dürtüsüdür. Literatüre göre kaslılık dürtüsünün bigoreksiya semptomları üzerindeki etkisinde, olumsuz duygulanımın aracı bir rolü bulunmaktadır (71). Ayrıca negatif duygu durum; düşük özsaygı, beden memnuniyetsizliği ve beden çarpıtması ile ilişkisi aracılığıyla bigoreksiya üzerinde etkili olmaktadır (54).

2.1.3.9. Spora Katılım

Bigoreksiya etiyolojisindeki bir diğer faktör de spora katılımıdır. Yapılan çalışmalarda erkeklerdeki spora katılımın, bigoreksiya ve yeme bozukluklarının gelişimini etkilediği veya yol açtığı rapor edilmektedir (81). Özellikle kas ve güç vurgusuna sahip sporlarla ilgilenmek, bireylerdeki bigoreksiyanın ortaya çıkma olasılığını arttırmaktadır. Belirli bir kiloyu korumayı gerektiren (örneğin; güreş, at yarışı, kürek çekme, jimnastik ve dans gibi), vücut büyüklüğünü ve/veya kas kütlelerini artırma gerekliliği olan (örneğin; vücut geliştirme veya futbol gibi), performansı artırmak amaçlı olsun veya olmasın bu tarz sporlara katılanlar, kilo

kontrolünün gerekli olmadığı (örneğin; golf, beyzbol ve hokey gibi) sporlara katılanlara göre daha fazla bigoreksiya geliştirme riski taşımaktadır (54,79,81,82).

2.1.4. Tanı Kriterleri ve Sınıflandırılması

Bigoreksiya, Amerikan Psikiyatri Birliği'nin Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El kitabı'ndaki (*American Psychiatric Association. Diagnostics and Statistical Manual of Mental Disorders V, DSM-V*) "Obsesif-Kompulsif ve İlgili Bozukluklar" başlığı altında BDB'nin bir alt türü olarak karşımıza çıkmaktadır (83). Uluslararası Hastalık Sınıflandırılması Onuncu Versiyonu'nda (*International Classification of Diseases, Version 10, ICD-10*), BDB başlığında F45.2 koduyla hipokondriakal bir bozukluk olarak değerlendirilerek "somatoform" hastalıklarla beraber gruplandırılmıştır (55). Buna karşın ICD'nin son güncellemesi olan 11. revizyonunda (ICD-11) veya daha önceki versiyonlarında "Bigoreksiya" için spesifik bir sınıflandırma ve teşhis kodu bulunmamaktadır (84). Bu durum, bigoreksiyanın benzer tür veya durumları tanımlayan, benzer karakteristik veya semptomlara sahip diğer hastalık teşhisleri altında sınıflandırılmasına yol açmaktadır.

Tanı kriterleri ise aşağıdaki gibidir (10):

1- Birey, kendi vücudunun yeterince ince ve kaslı olmadığı fikriyle aşırı bir meşguliyet içindedir. Bu durumla ilişkili karakteristik davranışlar, ağırlık kaldırmak için uzun saatler harcamayı ve diyet konusunda aşırı dikkat göstermeyi içerir.

2- Bu meşguliyet, toplumsal, mesleki veya diğer önemli işlev alanlarında klinik olarak anlamlı bir sıkıntı veya bozulmaya neden olur. İlişkili olarak aşağıdaki dört kriterden en az ikisini karşılamalıdır:

a) Birey, egzersiz ve diyet programını sürdürme konusundaki zorlayıcı ihtiyacı nedeniyle önemli toplumsal, mesleki veya eğlence aktivitelerinden sık sık vazgeçer.

b) Birey, vücudunu başkalarına açık şekilde gösterdiği durumlardan kaçınır veya bu tür durumlara ancak belirgin sıkıntı veya yoğun anksiyete ile katlanır.

c) Vücut büyüklüğü veya kas gelişiminin yetersizliği hakkındaki bu meşguliyet; toplumsal, mesleki veya diğer önemli işlev alanlarında klinik olarak anlamlı bir sıkıntı veya bozulmaya yol açar.

d) Birey, olumsuz fiziksel veya psikolojik sonuçlarını bilmesine rağmen egzersiz yapmaya, diyet uygulamaya veya performans artırıcı maddeleri kullanmaya devam eder.

3- Meşguliyet ve davranışların temel odak noktasını yeterli derecede büyük veya kaslı olmama düşüncesi oluşturur. Bu durum anoreksiya nervozadaki kilo alma korkusundan farklıdır ve BDB'nin diğer türlerindeki sadece diğer görünüm yönleriyle ilgilenmekten ayrılır.

2.1.5. Diyet

Bigoreksiya, bireylerin diyetinde de bazı değişikliklere neden olmaktadır. Kas kütlesini artırmak ve/veya vücut yağını azaltmak amacıyla bireyler, diyet uygulamalarında çeşitli besin takviyelerinin eşlik ettiği protein ağırlıklı ve hipolipidik beslenmeyi tercih etmektedirler. Kimi zaman estetik değişime yönelik şiddetli arzu nedeniyle, proteinin aşırı ve kontrolsüz tüketimi ve diyet yağında ciddi bir azalma da söz konusu olmaktadır. Bigoreksiya semptomlarına sahip olanların çoğu, hiperproteik diyetler uyguladıklarını ve diyet davranışlarının daha sıklıkla kısıtlayıcı veya seçici beslenmeyle ilişkili olduğunu doğrulamaktadır (85,86). Hatta bu özel beslenme şeklini devam ettirebilmek için kişiler restoran, toplantı veya akşam yemeği davetlerini reddetmektedir. Üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışma, bigorektik grupta diyet yapma sıklığını % 30,8 bulmuş, kadın bigorektiklerin ise tamamının diyet yaptığını rapor etmiştir. Bigoreksiya özelliklerine sahip olanların yaptıkları diyetler ise %22,2 hipokalorik, %33,3 vejetaryen ve %44,4 hiperproteik şeklinde bildirilmiştir (37).

2.1.6. Ergojenik Destek Ürünleri

BDB'de toplumdaki fiziksel görünüm ve güzelliğin önemini vurgulayan sosyokültürel etkilerin yanı sıra spor salonları, steroidler, ameliyatlar ve besin takviyeleri gibi faktörlerin de etkili olduğu bilinmektedir (87). Bu durum

bigoreksiyada da farklı değildir. Bigoreksiyada bireylerin kas kütlesi kazanmayı, görünüş ve performansı artırmayı sağlayacak uygulama ve davranışlar için hevesli oldukları gözlenmiştir (54). Bunlardan birisi de performansı artırmak veya fiziksel görünümünü iyileştirmek amacıyla kullanılan maddeler olan ergojenik destek ürünlerinin tüketimidir. Literatüre göre bigoreksiya ile ergojenik destek ürünü kullanımı arasında %60-90 gibi yüksek düzeyde bir birliktelik söz konusudur (88). Kullanılan ürünler içinde anabolik-androjenik steroidler gibi ilaçların yanı sıra protein, amino asitler ve vitaminler gibi takviyeler bulunmaktadır. Kimi zaman kas kazanma arzusu, bireylerin bu maddeleri kötüye kullanımını da beraberinde getirmektedir (88,89). Ayrıca çalışmalar diyet ve besin takviyesi kullanımının aile, arkadaşlar, iş adamları ve beden eğitimi öğretmenleri gibi bireyin sosyal çevresi tarafından teşvik edildiğini de bildirmektedir (86). Bir çalışmada, Egzersiz ve Spor Bilimleri okuluna devam eden öğrencilerde, diyet takviyeleri alan erkeklerin bigoreksiya yaşama olasılığının 10 kattan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (37). Farklı çalışmalara göre üniversite öğrencilerinin ergojenik destek ürününün kullanım sıklığı ise %1 ila %30 arasında değişen önemli düzeyde bir yüzdeye sahiptir (90,91). Özellikle bigoreksiyanın bireylerde üniversite yaş grubunda ortaya çıkması ve suistimale varan kullanımları, ergojenik destek ürünlerini bigoreksiya için önemli kılmaktadır.

2.1.7. Tedavi

20 yılı aşkın süredir, kaslılıkla ilgili bir takıntının psikiyatrik bir bozukluğun temeli olabileceği fikrine aşinayız; ancak esas olay bigoreksiyanın kaslılıkla ilgili bir takıntıdan daha fazlası olmasıdır. Erken teşhis edilip tedaviye başlanması, ciddi sağlık sonuçları ortaya çıkmadan önünü alabilmek için önemlidir. Ancak bigorektik bireyler, kısa vadede sağlıklı kişilerdir ve çoğunlukla bigoreksiyanın yıkıcı psikolojik ve sosyal sonuçları henüz ortaya çıkmamıştır. Burada asıl mesele: “Dışarıdan bakıldığında sağlıklı görünen ve bunun farkında olmayan bir insanı nasıl tedavi edersiniz?” sorusuna yanıt bulmaktır. Bakıldığında literatürde pek çok bigorektik bireyin kendi kendine tedavi için başvurmadığı, bu sebeple doğru, zamanında tespit ve müdahale sorumluluğunun sağlık profesyonellerine ait olduğu ve antrenörlerin bigoreksiyayı önleme, belirti ve semptomlarını tanıma konusundaki önemlerine

dikkat çekilmektedir. Ayrıca bu süreçte, bireyin tedaviyi gerekli görmeyeceği, tedavi sayesinde takıntılarında kurtulacak olsa da spor salonunda geçireceği zamanı, tedavi için harcamak istemeyeceği, kas kaybedeceği gibi düşünce ve endişeleri sebebiyle ikna edilmesinin zorluğuna dikkat çekilmektedir (30,92,93).

Bigoreksiya tedavisinde dikkate alınması gereken önemli bir diğer faktör; her bireyin etkilenim düzeyinin, ihtiyacının ve semptomlarının farklılık göstermesi sebebiyle, tedavinin diğer psikiyatrik rahatsızlıklarda olduğu gibi bireyin spesifik ihtiyaçlarına ve semptomlarına göre belirlenmesinin gerekliliğidir. Bigoreksiya tedavisi fizyolojik, psikolojik, sosyo-kültürel faktörleri kapsamaktadır. Başarılı bir müdahale için tıp, beslenme ve psikoloji profesyonellerini bir araya getiren çok disiplinli bir yaklaşım gerekmektedir. Tedavi genellikle uzun vadeli ve destekleyici bir süreci içermektedir. İdeal olan bir psikolog veya psikiyatrist gibi uzman bir sağlık profesyonelinin yönlendirmesidir. Henüz bigoreksiya için doğrulanmış bir tedavi yöntemi bulunmamaktadır. Ancak etiyolojik benzerlikleri sebebiyle pratikte; yeme bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk ve BDB için etkili olan tedavilerin, bigoreksiyada da etkili olabileceği düşünülmektedir (65,94,95).

Araştırmacılar risk altındaki kişiler için bilişsel-davranışçı terapi, farkındalık temelli müdahaleler ve akran destek programları gibi müdahalelerin geliştirilmesi ve değerlendirilmesi yönünde öneriler sunarken; farmakoterapötik olarak serotonin geri alım inhibitörlerini önermektedir (30,96). Bigoreksiya uzun vadeli bir davranış değişikliği terapisi gerektirir, bu sebeple bireyin tedaviye devamlılığının sağlanması ve başarı elde edebilmek için sabırlı olunması önemlidir. Yine de konuyla ilgili yeter sayıda kanıtı dayalı müdahalenin bulunmayışı, hala bir sorun olarak varlığını sürdürmektedir.

2.1.8. Bigoreksiya Değerlendirme Araçları

Literatürde klinik bir görüşme olmadan bigoreksiyayı değerlendirmek üzere geliştirilmiş pek çok tarama aracı ve envanter bulunmaktadır. En bilinenlerden ilki bigoreksiya semptomlarını değerlendirmek için Rhea ve arkadaşları tarafından geliştirilen Kas Dismorfi Envanteri (*Muscle Dysmorphia Inventory*, MDI)'dir (97). Büyüklük için motivasyon, vücut memnuniyetsizliği, kilo kontrolü, egzersiz

davranışları, fizik gizleme ve beslenme davranışlarını değerlendiren altı alt ölçekten oluşan 27 maddelik bir öz bildirim ölçeğidir. MDI, yüksek iç tutarlılık, yapı geçerliliği ve yakınsak geçerliliğe sahiptir. Ancak bu araç, bigoreksiyanın belirli yönlerini içeren maddeler (örneğin, kas yapı memnuniyeti, diyet/egzersiz davranışları gibi) içermesine rağmen, klinik olarak doğrulanmaya muhtaçtır.

Bir diğeri, Mayville ve arkadaşları tarafından geliştirilen Kas Görünümü Memnuniyet Ölçeği (*Muscle Appearance Satisfaction Scale*, MASS)'dir (98). Kas kontrolü, kas memnuniyeti, madde kullanımı, yaralanma ve vücut geliştirme bağımlılığı alt başlıklarına sahip beş faktörlü 19 maddelik bir öz bildirim ölçeğidir. MASS, yüksek iç tutarlılık, test-tekrar test güvenilirliği ve yapı geçerliliğine sahiptir.

Bigoreksiyanın en yaygın kullanılan ölçeklerinden biri de Hildebrandt ve arkadaşları tarafından geliştirilen MDDI'dir (99). Algılanan kas büyüklüğü/zayıflık eksikliği ile ilişkili beden imajı bozukluğunu değerlendiren üç faktörlü 13 maddelik bir öz bildirim aracıdır. MDDI'nin toplam puanı ve üç alt boyutu güçlü iç tutarlılık, test-tekrar test güvenilirliği ve yakınsak/ayırıştırıcı geçerliliği göstermiştir. Özellikle MDDI'nin MASS veya MDI'dan farklı olarak daha fazla kasla ilgili beden imajına odaklandığı görülmektedir.

Bakıldığında erken bigoreksiya araştırmalarında ise klinisyenlerin genellikle Yale-Brown Obsesif-Kompulsif Ölçeği'nin BDB için modifiye edilmiş halini (*Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale Modified for Body Dysmorphic Disorder*, BDD-YBOCS) tercih ettikleri görülmektedir (100). Orijinalinden farklı olarak ölçekte, bazı maddelerin kas yapısıyla ilgili endişeleri temsil etmek için değiştirilerek kullanıldığı görülmektedir (101). BDD-YBOCS, bir önceki hafta boyunca yaşanan BDB semptomlarının sayısını belirleyen yarı yapılandırılmış, klinik tabanlı bir değerlendirme aracıdır. Meşguliyetler ve tekrarlayan davranışlar başlıklarına sahip iki faktörden oluşmaktadır. Bigoreksiya araştırmalarında kas yapısı odaklı içsel düşünceleri ve davranışları değerlendirmek için kullanılmaktadır; ancak BDD-YBOCS'un yarı yapılandırılmış bir değerlendirilmede kullanılabilmesi için hem değerlendirenlerin hem de puanlayıcıların, bunun için eğitilmesi gerekmektedir.

Yine kas büyüklüğü ve şekli ile ilgili düşünceleri ve bu düşüncelerin kişinin yaşamına etkilerini değerlendiren Adonis Kompleksi Soru Formu (*Adonis Complex Questionnaire*, ACQ) söz konusudur (30).

Daha genel anlamda kas yapısına yönelik tutumları ve/veya davranışları ele alan bir başka ölçüm aracı ise Kaslı Olma Dürtüsü Ölçeği (*Drive for Muscularity Scale*, DMS)'dir (102). Katılımcıların kendi kas yapılarıyla meşguliyetini değerlendiren 15 maddelik bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçüm, kas yapısına yönelik tutumları değerlendiren bir alt boyut ve kas yapısını artırmaya yönelik davranışları değerlendiren bir başka alt boyutu içerir. DMS, kabul edilebilir iç tutarlılık ve güvenilirliğe sahiptir. DMS, genel olarak kas yapısını araştırmak için kullanılan metodolojik olarak güçlü bir araç olsa da bigoreksiyaya özgü bir ölçüm veya tanı aracı değildir.

Ek olarak, kas dismorfisi başlıklı bigoreksiya semptomlarını değerlendiren diğer araçlar ise Kas Dismorfi Ölçeği (*Muscle Dysmorphia Scale*, MDS) (103), Kas Dismorfi Soru Formu (*Muscle Dysmorphia Questionnaire*, MDQ) (104) ve Kas Dismorfi Semptom Soru Formu (*Muscle Dysmorphia Symptom Questionnaire*, MDSQ) dir (12).

Ayrıca, son zamanlarda kas yapısını araştırmaya yönelik beslenme tutum ve davranışlarına odaklanan iki araç daha geliştirilmiştir. Bunlardan ilki, umut verici iç tutarlılık, test-tekrar test güvenilirliği ve yakınsak/ayrıştırıcı geçerlilik gösteren 15 maddelik tek faktörlü Kaslılığa Yönelik Yeme Testi (*Muscularity-Oriented Eating Test*, MOET)'tir (105). Diğeri de yüksek yapı geçerliliği, iç tutarlılık, test-tekrar test güvenilirliği ve eşzamanlı geçerliliğe sahip 27 maddelik tek faktörlü Kaslılık İçin Yeme Ölçeği (*Eating for Muscularity Scale*, EMS)'dir (106).

Son olarak bigoreksiya araştırmalarında, şekil içeren siluet ölçekleri ile sosyal fizik kaygı ve beden imajını değerlendiren Sosyal Fizik Kaygı Envanteri (SFKE) ve Beden Algısı Ölçeği (BAÖ) gibi araştırmacılar tarafından tercih edilen ölçüm araçları söz konusudur (20,107,108).

2.2. Beden Dismorfik Bozukluğu, Yeme Bozukluğu ve Bigoreksiya İlişkisi

Bir yeme bozukluğu olan anoreksiyada, bireylerin kilo almaktan ve yapılı olmaktan aşırı derecede korktukları bilinmektedir. Ancak, yapılan bir çalışma, anorektiklerin aksine; vücut geliştirici bireylerin çoğunun birbirine benzer şekilde, zayıf ve ince olmayı istemediklerini ve yeterli kas kütlelerine sahip olabilmek için aşırı derecede vücutlarıyla uğraştıklarını belirlemiştir. Bireylerin anoreksiyadaki durumun tam tersi semptomlar gösterdikleri bu duruma "ters anoreksiya" adı verilmiştir. Burada tarif edilen tablo ise sonraları bigoreksiya adını alacaktır. (9). Bigoreksiyanın bu ilk isimlendirilmesinin semptom benzerliğinden hareketle bir yeme bozukluğu bağlamında yapıldığı görülmektedir. Ayrıca bigorektik bireylerin beslenme davranışları, bu bozukluğun şiddetine bağlı olarak yeme bozukluklarında olduğu gibi özgün bir nitelik kazanabilmektedir. Bu bireyler, yüksek proteinli, düşük yağlı ve özel kalori hedeflerine ulaşmayı hedefleyen katı kısıtlamalara sahip beslenme programları uygulayabilmektedir; ancak durum bunlarla sınırlı değildir (37). Bireyler, açlık belirtileri göstermediği halde sık sık beslenmekte, diyetlerini egzersiz öncesi ve sonrasında bir tamamlayıcı olarak düzenlemekte ve günlük planlanan diyetlerine uyamadıkları takdirde stresli olma, suçluluk, anksiyete gibi duygulanımlar gösterebilmektedir (10,15,109,110). Birçok araştırmacıya göre tüm bu benzerlikler, bigoreksiyanın da bir tür yeme bozukluğu olmasından kaynaklanmaktadır. Bu sebeple yeme bozuklukları arasında kategorize edilmesinin daha uygun olacağını savunan araştırmacılar vardır. Bu sınıflandırmanın, daha kolay tanı sağlayarak tedaviye katkı sunabileceğini öne sürmektedirler (31, 36).

Bilindiği üzere bigoreksiyadaki temel motivasyon kas kütlelerini arttırmak üzerinedir. Bu sebeple bireyler, kas kütlelerini arttırmaya dönük diyet, egzersiz, takviye alma vd. gibi pek çok davranış sergileyebilmektedir. Ancak bu bireylerin yeterince kaslı bir fiziğe sahip olabilmek için normal yaşamsal fonksiyonlarını bozacak derecede vücutları ile uğraşı halinde olmaları, bigoreksiyanın obsesif kompulsif bozukluk tanımına uymasına ve dolayısıyla bu kategoride sınıflandırılmasına katkıda bulunmaktadır (12). Yine bir başka ortak özellik ise bigorektiklerin vücutlarına yönelik takıntılarının, sosyal, mesleki ve rekreasyonel aktivitelerinde bozulmalara neden olmasıdır; bu özellik, obsesif kompulsif bozukluklarda da görülebilmektedir (10).

Bigoreksiyada genel olarak kaslı bir yapıya sahip olmak için bir saplantı söz konusudur. Bireylerin vücutlarındaki kas kütlesine olan bu takıntıları, BDB'li bireylerin vücutlarının kusurlu olduğuna inandıkları kısımlarıyla ilgili saplantılarına benzemektedir. Bigoreksiyada bu saplantı, bireyleri aşırı derecede egzersiz yapma, katı kuralları olan diyetler uygulama veya steroid kullanma gibi kompulsif davranışlar sergilemeye itmektedir. Bu özelliklerinden hareketle Olivardia ve diğerleri, bigoreksiyanın BDB'nin bir türü olarak sınıflandırılmasını önermişlerdir (12).

Bigoreksiya, her ne kadar DSM-V'e göre şu an için BDB'nin bir alt tipi olsa da, araştırmacıların bu bozukluğun bir BDB formu mu, obsesif kompulsif spektrum bozukluğu mu yoksa bir tür yeme bozukluğu mu olduğu konusunda fikir birliğine varamadıkları görülmektedir. Bigoreksiyanın DSM-V'e girişi ve tanı kriterlerinin ortaya konmasından sonraki dönemde yayınlanmış çalışmalarını derleyen bir sistematik incelemede, dahil edilme kriterlerini karşılayan hiçbir çalışmanın DSM-V kriterlerini kullanmadığı veya bu kriterleri kabul etmediği saptanmıştır. Çok az çalışmanın ise bigoreksiya ile BDB ilişkisini kabul ettiği tespit edilmiştir (41). Yine bigoreksiyanın nozolojik (hastalık tasnifinin bilimsel incelemesi) sınıflamasının incelendiği bir başka sistematik inceleme, kriterlere uygun 34 makalenin %26'sının bigoreksiyayı BDB'nin bir alt tipi, %24'ünün yeme bozukluğunun bir alt sınıfı ve %9'unun obsesif kompulsif spektrum bozukluğunun bir parçası olarak değerlendirdiğini saptamıştır. Yüzde 41'inde ise mevcut psikiyatrik nozolojik kategorilerden herhangi birine dahil etmek için yeterli kanıtın olmadığını rapor etmektedir (45). Başka bir sistematik incelemede ise Ocak 1993'ten Ekim 2019'a kadar olan literatür taranarak bigoreksiyanın tek başına bir tanı olarak klinik yararı ve geçerliliği değerlendirilmiştir. Ancak BDB'nin belirleyicisi olarak mı yoksa benzersiz psikiyatrik bir durum olarak mı kategorize etmenin daha iyi olacağı konusunda yeterli kanıt olmadığı sonucuna varılmıştır (44).

Özetle şu an için bir çeşit BDB olan bigoreksiyayı, gelecekte başka bir başlık altında sınıflandırdığımızı görmek ise hiç de şaşırtıcı olmayacaktır.

2.3. Beden Dismorfik Bozukluğu

BDB, bir yüzyıldan fazla zamandır literatürde tanımlı olmasına ve oldukça yaygın görülen bir bozukluk olmasına rağmen, henüz yeterince tanınmış bir hastalık değildir. BDB, gerçekte var olmayan; ancak kişinin olduğuna inandığı bedensel bir kusur ile aşırı uğraşması ya da bir beden kusuru varsa bile bunu aşırı abartması durumudur. Bu uğraşı, kişide önemli ölçüde huzursuzluğa ya da işlevsellikte bozulmaya yol açabilir (111). Ayrıca kronik seyretmesi, tedaviye dirençli olması ve sanrısız yoğunluğa varabilen şiddeti sebebiyle ciddi yeti yıkımına yol açabilmektedir. Yaşam kalitesini düşürmesi ve intihar girişimlerine yol açması nedeniyle, bozukluğun uygun tanı ve tedavisi önem taşımaktadır (112).

BDB'nin sınıflandırılmasına bakıldığında ICD-10'da somatoform bozukluklar içinde hipokondriazisin bir türü olarak değerlendirilmektedir (113). DSM-V'te ise "Obsesif-Kompulsif ve İlgili Bozukluklar" başlığı altında yer almaktadır. Obsesif-Kompulsif ve İlgili Bozukluklar başlığı altında şu bozukluklar yer almaktadır (83):

1. Obsesif Kompulsif Bozukluk
2. Beden Dismorfik Bozukluğu (BDB)
3. Deri Yolma Bozukluğu
4. Biriktiricilik Bozukluğu
5. Trikotillomani (Saç yolma bozukluğu)
6. Madde ya da İlacın Yol Açtığı Bozukluklar

2.4. Beden Algısı ve Bigoreksiya

Beden imajı, bireyin sübjektif zihinsel bir şema halinde vücut görünümünü, çekiciliğini, fiziki sağlığını ve işlevselliğini kavramsallaştırmasını ifade eder (4). Beden imajı, algısal (örneğin; bedenin görsel algısındaki bozulma), tutumsal (örneğin; bedenden duyulan memnuniyetsizlik) ve davranışsal (örneğin; bedeni kontrol etme ve kaçınma) yönleri olan çok boyutlu bir yapıya sahiptir (114). Bahsedilen bu boyutlar açısından bigoreksiya semptomlarına bakılabilir. Buna göre;

bigoreksiyada çok kaslı ve iri olunmasına karşın, kişilerin kendisini küçük ve yeterince kaslı görmemeleri, algısal boyuttaki bozulmaya; idealize bedene ulaşamadığının düşünülmesi halinde hissedilen beden memnuniyetsizliği, tutumsal boyuttaki bozulmaya; ayna veya yansıtıcı yüzeylerden görünümünü kontrol etme dürtüsü yaşama ve vücudunun görülebileceği durumlardan kaçınma da davranışsal boyuttaki bozulmaya örnek verilebilir.

Yine bakıldığında beden algısı, bigoreksiya etiolojisiyle ilişkili görünmektedir. Etiyolojiye dönük çalışmalara göre; bireylerde ortaya çıkan olumsuz beden algısı ve beden memnuniyetsizliği, bigoreksiya gelişiminde etkili olmaktadır (54). Furnham ve Calnan, erkeklerdeki beden memnuniyetsizliği hissini, bigoreksiya gelişimindeki itici güç olarak nitelendirmektedir (79). Hildebrandt ve arkadaşları, artan beden memnuniyetsizliği ile bigoreksiya semptomları arasında pozitif anlamlı bir korelasyon olduğunu, aynı şekilde beden kontrol davranışı ile de ilişkili olduğunu rapor etmişlerdir (115). Son çalışmalara göre ise üniversite öğrencileri arasında olumsuz beden imajı giderek yaygınlaşmaktadır. Araştırmacılar, bu durumun toplum için bigoreksiya gibi beden dismorfik bozuklukları açısından risk oluşturduğuna dikkat çekmektedir (115–117).

2.5. Sosyal Fizik Kaygı ve Bigoreksiya

Bireyler için kendi vücutlarıyla ilgili algılarının yanında, başkalarının onları nasıl algıladıkları da önemli taşımaktadır. İnsanlar başkaları üzerinde olumlu izlenim yaratmak ister ve buna uygun davranışlar sergiler. Ancak bazı insanlarda olumlu izlenim yaratma konusu diğerlerine göre daha önemli hale gelmektedir. Bu durum kişinin endişe ve kaygı duymasına neden olmaktadır. Böyle bir durumda başkaları tarafından değerlendirilirken kişilerin fiziksel görünüşlerinin olumsuz değerlendirilmesi ihtimalinden kaynaklı yaşadıkları bu duygu durum, literatürde sosyal fizik kaygı olarak tanımlanmaktadır (20).

Literatürdeki kanıtlar, üniversite öğrencileri arasında öğrencilerin görünüşleri sebebiyle yaşadıkları sosyal fizik kaygının giderek yaygınlaştığına dikkat çekmektedir. Bu konuda yapılan bir çalışma, dış görünüşlerini sürekli takip eden erkeklerin, görünüşlerini takip etmeyen erkeklere göre görünüşleri hakkında daha

yüksek düzeyde utanç ve kaygı bildirme olasılığına sahip olduğunu bildirmektedir (118). Yine üniversite öğrencilerinin egzersiz yapma motivasyonunda, bireyleri fiziksel olarak aktif olmaya iten en önemli nedenlerin sağlıklı olma arzusu ve görünüm kaygısı olduğu saptanmıştır (119). Üniversite öğrencilerinde yapılan çalışmalar, sosyal fizik kaygı ile bigoreksiya semptomları arasında anlamlı bir ilişki olduğunu da rapor etmektedir. Buna göre öğrencilerin yaşadıkları görünüm kaygısındaki artışın bigoreksiya ölçeğinden alınan puanı arttırdığı tespit edilmiştir (80,120). Özetle yaşanan sosyal fizik kaygı, bigoreksiya gibi beden dismorfik bozuklukları açısından toplumdaki bireyleri tehdit etmektedir.

2.6. Algılanan Sosyal Destek ve Bigoreksiya

Algılanan sosyal destek, bir bireyin yaşamında önemli bir yere sahip olan anne, baba, aile, sevgili, eş, arkadaşlar, akrabalar, komşular, öğretmenler, uzmanlar gibi kişilerden aldığı duygusal, bilgiye dayalı, pratik veya finansal destek hakkında bireyin algıladığı ya da hissettiği destektir. Bu kimseler, birey için sosyal destek kaynaklarını oluşturmaktadır. Sosyal desteğin en önemli işlevi ise stres verici yaşam olaylarının ve devam eden yaşam güçlüklerinin bireyde yarattığı psikolojik zararları azaltarak veya dengeleyerek tampon görevi görmesidir. Ayrıca stresli yaşam deneyimleriyle karşılaşıldığında; sevgi, şefkat, bir gruba ait olma, zihinsel, maddi ve duygusal teselli gibi temel sosyal gereksinimlerin karşılanmasını sağlayarak ruh ve beden sağlığına yönelik tehlikelere karşı koruyucu bir role sahiptir (121–123). Ancak kimi zaman sosyal kaynakların birey üzerinde var olan bu etkileri, tersi şekilde sonuçlara da yol açabilmektedir. Bigoreksiyanın etiyolojik faktörlerinden biri olan ideal bedenini içselleştirilmesi de bunlara örnek gösterilebilir. Literatüre göre birey için önemli olan sosyal kaynakların bir parçası olan aile, arkadaş, partner gibi kişiler tarafından ideal beden kavramının desteklenmesi, erkeklerin kaslılık düzeyleri üzerine daha fazla kafa yormalarına ve bu görünüm idealinin bir zaman sonra onlar için önemli hale gelmesine yol açmaktadır (54). Böyle bir durum ise bireylerin bu kaslı vücut idealini içselleştirmesinde kolaylaştırıcı role bürünmektedir. Konuyla ilgili çalışmalar zayıflık, kaslılık ve atletik beden idealleri ile aile ve akran baskılarının içselleştirilmesi ve bigoreksiya semptomları arasında pozitif anlamlı bir korelasyon olduğunu bildirmektedir (70,71).

Ayrıca kişinin sosyal destek görmeyi beklediği akran ve ebeveyn gibi sosyal çevresinden baskı, alay, zorbalık, ihmal ve istismara maruz kalması, bireksiya gelişiminde tetikleyici olabilmektedir (31,57). Üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışma, bireksiyanın bozulmuş sosyal destek ve sosyokültürel ilişkilerle anlamlı bir ilişkiye sahip olduğunu rapor etmektedir (25). Özetle literatür sosyal etkilerin bu bozukluğa katkıda bulunabileceğini göstermektedir.



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi ve Amacı

Bu çalışma, 2022-2023 eğitim-öğretim yılında Süleyman Demirel Üniversitesi bünyesindeki herhangi bir fakültede lisans düzeyinde eğitim alan erkek öğrencilerin bigoreksiya düzeyini değerlendirmeyi amaçlayan analitik kesitsel tipte bir çalışmadır. Ayrıca çalışma beden algısı, sosyal fizik kaygı ve algılanan sosyal destek faktörlerinin erkek öğrencilerdeki bigoreksiya durumuna etkisini incelemeyi amaçlamaktadır.

3.2. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini 2022-2023 eğitim-öğretim yılında Süleyman Demirel Üniversitesi'ndeki fakültelerden herhangi birinde lisans düzeyinde eğitim alan 15 890 erkek öğrenci oluşturmaktadır (124). Örneklem sayısı hesaplaması için OpenEpi programı kullanılmıştır (125). Türkiye'deki bigoreksiya sıklığı için MDDI ölçüm aracının geçerlilik ve güvenilirlik çalışması sırasında elde edilen veriler dikkate alınmıştır (126). Evrendeki birey sayısı (N): 15 890, sıklık (p): 70/120, hata payı (α): %5, desen etkisi 1 alındığında, %95 güven aralığında 366 kişi olarak bulunmuştur. Hesaplama sonucunda ulaşılması gereken 366 sayısına, %5 daha eklenerek 384 kişilik bir örneklem büyüklüğüne ulaşılması hedeflenmiştir. Evrendeki fakültelerde eğitim alan erkek öğrenci sayısına göre tabakalama yapılarak ulaşılması gereken örneklem sayısı, yuvarlama işlemi sonrası 386 olarak belirlenmiştir (Tablo 3.1). Sonuç olarak, katılım kriterlerini karşılayan 386 erkek öğrenci, tabakalı basit rastgele örnekleme yöntemi kullanılarak seçilmiş ve çalışma, hedef sayıda erkek öğrencinin katılımıyla tamamlanmıştır.

Tablo 3.1. Fakültelerin toplam erkek öğrenci sayıları ve tabakalamaya göre hedeflenen ve ulaşılan değerler (n=386)

Fakülte	N	%*	Hedeflenen Sayı (n)	Ulaşılan Sayı (n)
Mühendislik	5121	32,1	124	124
İktisadi ve İdari Bilimler	4127	25,9	100	100
Fen Edebiyat	2019	12,7	49	49
İletişim	816	5,2	20	20
Tıp	695	4,4	17	17
İlahiyat	652	4,1	16	16
Mimarlık	453	2,8	11	11
Hukuk	407	2,6	10	10
Spor Bilimleri	353	2,3	9	9
Eğitim	318	2,1	8	8
Sağlık Bilimleri	299	1,8	7	7
Diş Hekimliği	232	1,6	6	6
Güzel Sanatlar	212	1,3	5	5
Teknik Eğitim	134	0,8	3	3
Eczacılık	52	0,3	1	1
Toplam	15890	100,0	386	386

*Evren içindeki yüzde: ((Fakülteadaki toplam erkek öğrenci sayısı)/(Tüm üniversitedeki toplam erkek öğrenci sayısı))*100

3.2.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- 18 yaşından büyük olmak,
- Erkek cinsiyette olmak,
- 2022-2023 eğitim-öğretim yılında Süleyman Demirel Üniversitesi'ndeki herhangi bir fakültede lisans düzeyinde eğitim almak,
- Araştırmanın amacı anlatıldıktan sonra araştırmaya katılımı kabul etmek.

3.2.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

- 18 yaşından küçük olmak,
- Kadın cinsiyette olmak,
- Öğrenci olmamak,
- Süleyman Demirel Üniversitesi dışında farklı bir üniversitede eğitim almak,
- Süleyman Demirel Üniversitesi olmasına rağmen lisans dışı eğitim almak,

- Araştırmanın amacı anlatıldıktan sonra araştırmaya katılımı reddetmek.

3.3. Araştırmanın Hipotezleri

1. Genç erkeklerdeki bigoreksiya, sosyo-demografik özelliklere göre farklılık göstermektedir.
2. Genç erkeklerdeki bigoreksiya, algılanan beden imajına göre farklılık göstermektedir.
3. Genç erkeklerdeki bigoreksiya, sosyal fizik kaygı düzeyine göre farklılık göstermektedir.
4. Genç erkeklerdeki bigoreksiya, algılanan sosyal destek düzeyine göre farklılık göstermektedir.

3.4. Araştırmada Kullanılan Değişkenler

3.4.1. Araştırmada Kullanılan Bağımlı Değişkenler

Araştırmanın bağımlı değişkenini, “bigoreksiya durumu” oluşturmaktadır. MDDI toplam puanı üzerinden kesim noktası olarak belirlenen 39 değerine göre bigoreksiya durumu saptanabilmektedir ($n < 39$ normal, $n \geq 39$ bigorektik). Ayrıca MDDI ile bigoreksiyanın alt özellikleri olan “Hacim İçin Çalışma, Görünüm Tahammülsüzlüğü ve Fonksiyonel Bozukluk” alt boyut puanları elde edilmektedir (127).

3.4.2. Araştırmada Kullanılan Bağımsız Değişkenler

Sosyo-demografik özellikler:

- Yaş: Doğum yılı sorgulandı ve (2023-doğum yılı) olarak hesaplandı.
- Cinsiyet: Katılımcı hedefi erkekler olduğu için sorgulanmadı.
- Boy: (cm) cinsinden açık uçlu olarak sorgulandı.
- Ağırlık: (kg) cinsinden açık uçlu olarak sorgulandı.
- Fakülte: Açık uçlu olarak sorgulandı.
- Aile tipi: Çekirdek, geniş ve dağılmış aile şeklinde gruplandırılarak sorgulandı.

- Kaldığı yer: Kendi evinde, apart, yurt ve akraba evi şeklinde gruplandırılarak sorgulandı.
- Kiminle kaldığı: Yalnız, aile, arkadaş ve akraba şeklinde gruplandırılarak sorgulandı.
- Yerleşim yeri: Katılımcının hayatının en uzun süresini geçirdiği yeri sorgulayan bu soru; köy/kasaba, ilçe ve il merkezi şeklinde gruplandırılarak sorgulandı.
- BMI (kg/m^2): Hesaplama literatür dikkate alınarak; katılımcının beyan ettiği ağırlığın (kg), boyun (m) karesine bölünmesiyle elde edildi (128). Hesaplanan BMI değeri, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sınıflaması kullanılarak şu şekilde gruplandırıldı (129):

- ✓ 18,5'in altı: Zayıf
- ✓ 18,5 - 24,9: Normal
- ✓ 25,0 - 29,9: Fazla Kilolu
- ✓ 30,0 ve üzeri: Obez

Sportif faaliyet/ Egzersiz özellikleri:

- Düzenli egzersizi tanımlayan fiziksel aktivite: Düzenli egzersiz açısından kişinin kendisini tanımlayan seçeneği işaretlemesinin istendiği bu soruda, seçenekler Amerikan Kalp Derneği'nin yetişkinler için önerdiği fiziksel aktiviteler referans alınarak oluşturuldu (130). Ayrıca düzenli egzersiz yapmayanlar da dikkate alınarak "hiçbiri" seçeneği eklendi. Sorgulamanın seçenekleri şunlardan oluşmaktadır:
 - ✓ Haftada en az 150 dakika orta yoğunlukta veya 75 dakika şiddetli aerobik aktivite veya her ikisinin bir kombinasyonu,
 - ✓ Haftada en az 2 gün orta ila yüksek yoğunlukta kas güçlendirici aktivite (direnç veya ağırlık gibi),
 - ✓ Haftada en az 300 dakika (5 saat) aktif olarak yapılan egzersiz,
 - ✓ Hiçbiri
- Sportif faaliyetler veya egzersiz için haftalık ayrılan süre: Haftalık toplam saatin belirtilmesi istenerek açık uçlu olarak sorgulandı.

Not: Buradan sonra anketteki atlamalı sorulara ait değişkenler mevcut olup; “hayır” yanıtını verenlerin cevaplandırmadığı sorular söz konusudur. Sadece “evet” yanıtını veren katılımcılara yöneltilmiş olan sorulara ait değişkenler *italik ve altı çizili* olarak belirtilmiştir.

- Bireysel spor geçmişi: Geçmişte yapılan bireysel sporun varlığı, evet ve hayır şeklinde gruplandırılarak sorgulandı.
- *Bireysel sporun türü:* Açık uçlu olarak sorgulandı.
- *Bireysel sporun yapıldığı süre:* Ay olarak belirtilmesi istenerek, açık uçlu olarak sorgulandı.
- Takım sporu geçmişi: Geçmişte yapılan takım sporunun varlığı, evet ve hayır şeklinde gruplandırılarak sorgulandı.
- *Takım sporunun türü:* Açık uçlu olarak sorgulandı.
- *Takım sporunun yapıldığı süre:* Ay olarak belirtilmesi istenerek, açık uçlu olarak sorgulandı.
- Özel bir egzersiz programı uygulama durumu: Evet ve hayır şeklinde gruplandırılarak sorgulandı.
- *Özel egzersizin türü:* Uygulanan egzersizin türü açık uçlu olarak sorgulandı.
- *Özel egzersiz türünü öneren kişi:* Uygulanan egzersizi öneren kişinin kim olduğu; kendi kararım, arkadaş/akraba, diyetisyen/doktor, antrenör, sosyal medya/internet ve diğer şeklinde gruplandırılarak sorgulandı. Diğer seçeneği açık uçlıydı.
- *Özel egzersizin yapıldığı süre:* Ay olarak belirtilmesi istenerek, açık uçlu olarak sorgulandı.

Beslenme özellikleri:

- Özel bir beslenme programı uygulama durumu: Evet ve hayır şeklinde gruplandırılarak sorgulandı.
- *Özel beslenmenin türü:* Uygulanan beslenmenin türü açık uçlu olarak sorgulandı.
- *Özel beslenme türünü öneren kişi:* Uygulanan beslenme türünü öneren kişinin kim

olduğu; kendi kararım, arkadaş/akraba, diyetisyen/doktor, antrenör, sosyal medya/internet ve diğer şekilde gruplandırılarak sorgulandı. Diğer seçeneği açık uçlıydı.

• Özel beslenme programı uygulama süresi: Ay olarak belirtilmesi istenerek, açık uçlu olarak sorgulandı.

Ergojenik destek ürünü kullanımı ve ilişkili özellikler:

• Ergojenik destek ürünü kullanma durumu: Son bir yılda sportif faaliyetlerde performansı arttırmaya yönelik herhangi bir destek ürün kullanma durumu; evet ve hayır şeklinde gruplandırılarak sorgulandı.

• Ergojenik destek ürününü öneren kişi: Destek ürünü öneren kişinin kim olduğu; kendi kararım, arkadaş/akraba, diyetisyen/eczacı/doktor, antrenör, sosyal medya/internet ve diğer şekilde gruplandırılarak sorgulandı. Diğer seçeneği açık uçlıydı.

• Ergojenik destek ürününün temin edildiği yer: Eczane, spor salonu, internet ve diğer şekilde gruplandırılarak sorgulandı. Diğer seçeneği açık uçlıydı.

• Ergojenik destek ürününün kullanım sıklığı: Her gün, sadece spordan önce, sadece spordan sonra, hem spor öncesi hem spor sonrası ve diğer şekilde gruplandırılarak sorgulandı. Diğer seçeneği açık uçlıydı.

• Ergojenik destek ürününün türü: Katılımcının birden fazla seçeneği işaretleyebileceği (tıbbi gözetim altında kullanılması gereken ve ilaç olarak reçetelenenlerin ayrıca sorgulandığı) iki liste halinde sunuldu. Sorgulanan ürünlerin türüne aşağıda yer verilmiştir. Diğer seçeneği her iki liste için de açık uçlıydı.

Liste 1:

- ✓ Protein tozu
- ✓ Amino asitler (Dallı zincirli amino asitler (BCAA), Glutamin, Arjinin)
- ✓ Omega 3-6-9
- ✓ Ginseng
- ✓ Arı poleni

- ✓ Vitamin/multivitamin
- ✓ Mineral
- ✓ Kafein
- ✓ Enerji içecekleri
- ✓ L-Karnitin
- ✓ Kreatinin
- ✓ Diğer (.....)

Liste 2:

- ✓ Kortikosteroid
 - ✓ Testosteron ve türevleri
 - ✓ Büyüme hormonu
 - ✓ Astım ilacı (Beta 2 agonist)
 - ✓ Diüretik
 - ✓ Eritropoetin
 - ✓ Diğer (.....)
- Ergojenik destek ürününün kullanım süresi: Ortalama ay olarak belirtilmesi istenerek, açık uçlu olarak sorgulandı.

Bir ölçüm aracı kullanılarak ölçülen özellikler:

- Beden algısı: BAÖ kullanılarak sorgulandı.
- Sosyal fizik kaygı: SFKE kullanılarak sorgulandı.
- Algılanan sosyal destek: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) kullanılarak sorgulandı.

3.5. İzinler ve Etik

Çalışma öncesi Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı'ndan 24/05/2022 tarih ve 154 sayılı karar ile izin alındı (Ek 1). Yine Süleyman Demirel Üniversitesi Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı'ndan ve araştırmanın yapılacağı fakültelerin onayları alındı. Araştırmanın

yapılacağı öğrencilere araştırmanın amacı ve gizliliği konusunda gereken bilgilendirme yapıldı ve bilgilendirilmiş gönüllü olur formu ile izinleri alındı. Araştırmada kullanılması planlanan ölçeklerin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliklerini yapan BAÖ için, Selim Hovardaoğlu'ndan; SFKE için, Özgür Mülazımoğlu Ballı'dan; ÇBASDÖ için, Haluk Arkar'dan ve MDDI için Aslı Devrim Lanpir'den gerekli izinler alınmıştır (Ek 2).

3.6. Ön uygulama

Araştırma öncesinde araştırma evreninin dışında kalan genç erişkin yaş grubundan erkek cinsiyette; farklı fakültelerde eğitim alan 6 lisans öğrencisine ve spor hekimliği poliklinik hizmetine başvuran 5 profesyonel sporcuya, yüz yüze veri toplama yöntemi kullanılarak anketin ön uygulaması yapıldı. Ön uygulama sonrasında ankette herhangi bir değişiklik öngörülmedi.

3.7. Veri Toplama ve Değerlendirme

Anketin bölümleri:

Anketin ilk bölümü kişilerin sosyo-demografik, sportif faaliyet/egzersiz ile beslenme özellikleri ve ergojenik destek ürünü kullanımına ilişkin sorulardan oluşmaktadır. Bu bölüm literatür doğrultusunda araştırmacı tarafından hazırlanan 23 soruyu içermektedir. Anketin sonraki bölümlerini ise ölçek maddeleri oluşturmaktadır. Sırasıyla BAÖ (40 soru), SFKE (7 soru), ÇBASDÖ (12 soru) ve son olarak MDDI (13 soru)'den oluşmaktadır (Ek 3).

Anket uygulanmadan önce çalışmaya katılanlar, araştırmanın amacı ve gizliliği konusunda bilgilendirilmiş; bilgilendirilmiş gönüllü olur formu kendilerine okunmuştur. Online toplanan anketler içinse yazılı bir açıklama ve çalışma izin yazıları katılımcılara sunulmuştur.

Hazırlanan anket, dahil olma kriterlerini karşılayan, çalışmaya katılmayı kabul etmiş erkek öğrencilere uygulanmıştır. Veriler 2022-2023 eğitim öğretim yılı, ağırlıklı olarak da bahar döneminde, toplanmıştır. Bu dönemin özelliği ise Kahramanmaraş merkezli deprem nedeniyle, 17 Şubat 2023 tarihli YÖK kararı sonrası, 2022-2023 akademik yılı bahar döneminde eğitim ve öğretimin uzaktan

öğretim yöntemi ile yürütülmesine karar verilmiş olmasıdır (131). Devam zorunluluğunun aranmayışı sebebiyle örgün eğitim için fakültele gelen öğrenci sayısında ciddi azalma yaşanmıştır. Araştırma grubunu oluşturan lisans eğitimi alan erkek öğrencilere ulaşmakta zorluklarla karşılaşmıştır. Bu durumda, öğrencilere ulaşabilmek için tüm fakültelerin fakülte sekreterleri ile iletişime geçilmiş, öğrenci temsilcileri aracılığıyla öğrenci grupları üzerinden Google formlarda hazırlanan online anket formlarının öğrencilere ulaştırılması sağlanmıştır. Çalışmayı yürüten araştırmacı, deprem öncesi ve deprem sonrası, yüz yüze derslere devam eden öğrencilerden ise gözlem altında veri toplama yöntemini kullanarak anket verilerini toplamıştır. Başka bir ifade ile araştırmanın verileri, hibrit bir yöntemle elde edilmiştir. Ek olarak, anketin bir katılımcı tarafından cevaplanması ise ortalama on beş dakika kadar sürmektedir.

3.7.1. Beden Algısı Ölçeği (BAÖ)

Secord ve Jourard tarafından 1953'te geliştirilen ve Hovardaoğlu tarafından 1993'te Türkçe'ye uyarlanan bir ölçektir (3,132). Bu ölçek, kişilerin vücutlarının çeşitli bölümlerinden ve farklı vücut işlevlerinden duyduğu hoşnutluk düzeyini ölçmeyi amaçlayan 40 maddeden oluşan bir ölçüm aracıdır. Ölçek, her bir maddenin "hiç beğenmiyorum (1), pek beğenmiyorum (2), kararsızım (3), oldukça beğeniyorum (4), çok beğeniyorum (5)" şeklinde puanlandığı beşli Likert tipi bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçekten alınan toplam puan, bireyin verdiği yanıtlara karşılık gelen puanların toplamı ile hesaplanmaktadır. Ölçeğin herhangi bir kesim noktası, alt boyutu veya ters puanlanan maddesi yoktur. Toplam puan (Beden Algısı Puanı) 40 ile 200 arasında değişmekte olup, alınan puanın yüksekliği bireyin bedeninden hoşnut olma düzeyinin yüksekliğini göstermektedir. Araştırmada beden algısı ile ilgili bulgular incelenirken ortalama BAÖ puanının düşük ve yüksek olmasına göre değerlendirme yapılacaktır. Ölçeğin Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı Hovardaoğlu tarafından 0,91 olarak bulunmuş, bu çalışmada ise 0,94 olarak hesaplanmıştır.

3.7.2. Sosyal Fizik Kaygı Envanteri (SFKE)

Hart ve arkadaşları tarafından 1989'da geliştirilmiş ve Türk popülasyonu için geçerlilik ve güvenilirliği Ballı ve Aşçı tarafından yapılmıştır (20,133). Envanter, bireylerin fiziksel görünüşlerinin başkaları tarafından değerlendirilirken hissettikleri kaygıyı ölçmeyi amaçlayan 12 maddeden oluşan bir ölçüm aracıdır. Her bir maddesinin “tamamen yanlış (1), genellikle yanlış (2), bazen yanlış bazen doğru (3), genellikle doğru (4), tamamen doğru (5)” şeklinde puanlandığı beşli Likert tipi bir öz bildirim ölçeğidir. Envanterin herhangi bir kesim noktası bulunmamaktadır. Birinci 2., 5., 8., ve 11. maddeleri ters puanlanmaktadır. Envanterden alınabilecek puan 12 ile 60 arasında değişmekte olup; alınan puandaki artış, kişinin dış görünüşünden duyduğu kaygı düzeyinin de arttığını göstermektedir. 12 maddelik orijinal versiyonun yapılan ikinci geçerlilik ve güvenilirlik çalışması sonrası 5 maddesi (1, 5, 7, 8, 11. maddeleri) çıkarıldığında; Türk popülasyonu için daha geçerli olduğu tespit edilmiştir. Yedi maddeli versiyonun bir kesim noktası veya alt boyutu bulunmamakta, 2. maddesi ters puanlanmakta ve envanterden en düşük 7, en yüksek 35 puan alınabilmektedir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında envanterin 7 maddeli yeni versiyonunun Cronbach Alpha iç tutarlık katsayısı, Türk örneklem grubu için tek faktörlü yapıda kızlarda 0,81 ve erkeklerde 0,77 bulunmuştur. Bu çalışmada 7 maddeli versiyonu kullanılmış olup, Cronbach Alpha iç tutarlık katsayısı 0,71 olarak hesaplanmıştır.

3.7.3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)

Zimet ve arkadaşları tarafından 1988'de geliştirilen, Eker ve Arkar tarafından 1995'te Türkçe'ye kazandırılan ve 2001 yılında Eker, Arkar ve Yıldız tarafından yeniden gözden geçirilerek geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılan bir ölçektir (134–136). Ölçek, “aile, arkadaş ve özel bir insan” olmak üzere bu 3 kaynaktan algılanan sosyal desteğin yeterliliğinin öznel olarak değerlendirildiği 12 maddeden oluşan bir ölçüm aracıdır. Her bir maddesinin “kesinlikle hayır (1) ve kesinlikle evet (7)” olmak üzere 1 ile 7 arasında puanlandığı, yedili Likert tipi bir öz bildirim ölçeğidir. “Aile, arkadaş ve özel bir insan” aynı zamanda ölçeğin üç alt boyutunun da başlıklarını oluşturmaktadır. Her bir alt boyut, dört maddeden oluşmakta ve bu maddelerin toplanması ile alt ölçek puanları elde edilmektedir. Tüm alt boyut

puanlarının toplanması ise ölçeğin toplam puanını vermektedir. Ölçeğin herhangi bir kesim noktası veya ters puanlanan bir maddesi yoktur. Toplam puan 12 ile 84 arasında değişmekte olup, alınan puanın yüksekliği bireyin algıladığı sosyal destek düzeyinin yüksekliğine işaret etmektedir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında iç tutarlılık Cronbach Alfa değerleri aile alt boyutu için 0,85; arkadaş alt boyutu için 0,88; özel bir insan alt boyutu için 0,92 ve toplam iç tutarlılık 0,89 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada ise iç tutarlılık Cronbach Alfa değerleri aile alt boyutu için 0,84; arkadaş alt boyutu için 0,76; özel bir insan alt boyutu için 0,74 ve toplam iç tutarlılık 0,87 olarak hesaplanmıştır.

3.7.4. Kas Dismorfik Bozukluğu Envanteri (MDDI)

Hildebrant ve arkadaşları tarafından 2004'te geliştirilmiş, Devrim ve Bilgiç tarafından 2019'da Türkçe'ye kazandırılmıştır (99,127). MDDI, bigoreksiya tanı kriterlerine ve beden imajı bozukluğunun duygusal, bilişsel, davranışsal ve algısal boyutlarına dayalı olarak bigorektik bireyler ve erkekler arasında bulunan, beden imajı bozukluğunu değerlendirmek ve psikometrik özelliklerini açıklamak üzere geliştirilen 13 maddelik bir ölçüm aracıdır. Her bir maddesinin "hiçbir zaman (1), ara sıra (2), kararsızım (3), çoğunlukla (4), daima (5)" şeklinde puanlandığı beşli Likert tipi bir öz bildirim ölçeğidir. Hacim için çalışma, Görünüm Tahammülsüzlüğü ve Fonksiyonel Bozukluk olmak üzere 3 alt boyutu bulunmaktadır. MDDI'nin alt boyutları, beden imajı ile ilgili bilişsel, duygusal ve davranışsal sorular içermektedir. Hacim İçin Çalışma alt boyutu (madde 1,4,5,6,8): daha küçük, daha az kaslı ve daha az güçlü olma veya fiziksel boyutu ve gücü artırma isteğiyle ilgili görüşleri tespit etmeyi hedefler. Görünüm Tahammülsüzlüğü alt boyutu (madde 2,3,7,9): kişilerin kendi bedenlerine yönelik olumsuz inançlarını ve bunun sonucunda ortaya çıkan bedenlerini göstermekten çekinme, kaçınma ve görünüş kaygısı ile ilgili davranışlarını tespit etmeyi hedeflemektedir. Fonksiyonel Bozukluk alt boyutu (madde 10,11,12,13): egzersiz rutinlerini sürdürme, egzersiz rutinlerinden sapmanın neden olduğu olumsuz duyguların engellenmesi veya kendi vücudu ile ilgili olumsuz duygu ve takıntıları nedeniyle sosyal durumlardan kaçınma ile ilgili davranışları sorgulamaktadır. Hacim İçin Çalışma beş, diğer alt boyutlar dörder maddeden oluşmakta ve bu maddelerin toplanması ile alt ölçek puanları elde edilmektedir.

Ölçeğin ters puanlanan bir maddesi yoktur. Tüm alt boyut puanlarının toplanması ise ölçeğin toplam puanını vermektedir. Toplam puan 13 ile 65 arasında değişmekte olup, ölçeğin bir kesim noktası bulunmaktadır. Ölçekten 39 puan ve üzerinde alan bireylerde bigoreksiya (kas dismorfik bozukluğu) semptomlarının olduğu ve alınan puandaki artışın bigoreksiya şiddeti ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında iç tutarlılık Cronbach Alfa değerleri Hacim İçin Çalışma alt boyutu için 0,73; Görünüm Tahammülsüzlüğü alt boyutu için 0,66; Fonksiyonel Bozukluk alt boyutu için 0,60 ve envanter geneli iç tutarlılık 0,66 olarak hesaplanmıştır. Bu çalışmada Cronbach Alpha değerleri Hacim İçin Çalışma alt boyutu için 0,76; Görünüm Tahammülsüzlüğü alt boyutu için 0,74; Fonksiyonel Bozukluk alt boyutu için 0,88 ve envanter geneli iç tutarlılık 0,80 olarak hesaplanmıştır.

3.8. İstatistiksel Analiz

İstatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) paket programı versiyon 22.0 kullanıldı (137).

Sürekli değişkenlerin normal dağılım gösterip göstermedikleri görsel (histogram ve olasılık grafikleri) ve analitik yöntemler (Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri) kullanılarak değerlendirildi. $n > 70$ olması sebebiyle Kolmogorov Smirnov testi dikkate alındı (138) ve $p < 0,05$ olduğu görüldü. Buna karşın bilindiği üzere sosyal bilimlerde ve Likert tipi ölçek kullanımında Kolmogorov Smirnov'a göre verilerin normal dağılıma uymaması olağan bir durumdur. Bu sebeple literatür tavsiyesi olarak çarpıklık-basıklık değerleri dikkate alındı. Bu değerlerin (-1) – (+1) aralığında yer alması sebebiyle normal dağılıma uygun kabul edildi (139). Tanımlayıcı istatistikler sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum (min-maks) değerler olarak sunuldu. Analitik değerlendirmelerde ki-kare testi, bağımsız gruplarda t testi, Pearson korelasyon ve lojistik regresyon analizleri kullanıldı. Tüm analizlerde istatistiksel anlamlılık için sınır değer $p < 0,05$ kabul edildi. Bulgular kısmında, istatistik analizlerde bulunan sonuçlar için p değeri 0,001'den küçükse $p < 0,001$ olarak ifade edildi.

Ayrıca bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki ilişkinin kuvvetini

değerlendirmek amacıyla hipotez testleri için etki büyüklükleri (*effect size*) hesaplanmıştır. Etki büyüklükleri bağımsız gruplarda t-testi Cohen's d olarak ve ki-kare yapılan analizlerde Cramer's phi değeri olarak tablolarda sunulmuştur. Cohen's d iki ortalama ya da iki oran arasındaki beklenen farklılığın bir ölçüsüdür. Cohen's d değeri; 0,2'den küçük olduğunda etki büyüklüğü zayıf, 0,5 olması durumunda orta ve 0,8'den büyük olması durumunda ise kuvvetli şeklinde yorumlanmaktadır (140). Cramer's phi, iki nominal değişken arasındaki ilişkinin bir ölçüsüdür. 0 ile +1 (dahil) arasında bir değer alabilmekte; 0 hiçbir ilişki olmadığını, 1 ise tam bir ilişkiyi göstermektedir (141).

Bigoreksiya durumunu öngörmedeki bağımsız prediktörleri belirlemek üzere; tek değişkenli (univariate) analizlere göre ilişkili bulunan değişkenler, çok değişkenli bir lojistik regresyon modeli kullanılarak değerlendirildi. Model uyumuna karar vermede Hosmer-Lemeshow testi kullanıldı. Bu testin istatistik anlamlılık bakımından $p > 0,05$ olduğu durumlar, prediksyon durumu yüksek olan modellere işaret etmektedir (138). Modelin güvenilirliği açısından çoklu doğrusallık, Varyans Artış Faktörü (*Variance Inflation Factor*, VIF) ve Tolerans değerleri ile değerlendirildi. VIF değeri; VIF=1 Korelasyon Yok, $1 < VIF \leq 5$ Orta Derecede Korelasyon ve $VIF > 5$ Yüksek Derecede Korelasyonu göstermektedir (142). Tolerans ise bir bağımsız değişkenin diğer bağımsız değişkenlerce açıklanmayan değişkenlik miktarıdır ve 0,10'dan küçük değerleri çoklu doğrusallığa işaret etmektedir (143). Literatürde çoklu doğrusallık sorununun çözümü için yüksek derecede ilişkili değişkenlerin temel bileşenler analiziyle birleştirilmesi ya da diğer değişken(ler) ile yüksek derecede ilişkili olan bir değişkenin analizden çıkarılması önerilmektedir (142). Literatür önerisi doğrultusunda regresyon analizinde sınır değerler için $VIF \leq 5$ ve Tolerans > 0.10 kabul edildi. Yüksek derecede ilişkili değişkenlerin analizden çıkarılması planlandı; ancak modele dahil edilen değişkenlerin VIF ve Tolerans değerlerinin, kabul edilen sınır değerleri karşıladığı görüldü (Tablo 4.17). Tekli analizlerde anlamlı bulunan tüm değişkenlerin dahil edildiği regresyon modelinde; ÇBASDÖ, Aile ve Arkadaş alt boyut puanlarının çoklu doğrusallığa neden olduğu görüldü. Bahsedilen çoklu doğrusallık sorunu, yüksek derecede korelasyon gösteren Aile ve Arkadaş alt boyut değişkenlerinin modelden çıkarılmasıyla giderildi.

Değişkenler, regresyon analizine alınmadan önce ikili (dikotom) hale dönüştürüldü (Kaldığı yer: kendi evinde=1 ve apart/yurt/akraba evi=0, Kiminle kaldığı: aile=1 ve yalnız/akraba/arkadaş=0, Bireysel spor geçmişi: evet=1 ve hayır=0, Takım sporu geçmişi: evet=1 ve hayır=0, Özel bir egzersiz programı uygulama durumu: evet=1 ve hayır=0, Özel bir beslenme programı uygulama durumu: evet=1 ve hayır=0, Ergojenik destek ürünü kullanma durumu: evet=1 ve hayır=0).

3.9. Araştırmanın Zamanlaması

Araştırmanın planlanması 3 ay sürmüştür; hazırlık, etik kurul onayı ve gerekli diğer kurumsal izin işlemleri yaklaşık 8 ayda tamamlanmıştır. Bu aşamadan sonra veri toplama aşaması için 6 ay gerekmiştir. Bu süreçte eş zamanlı olarak veri girişi ve araştırma raporunun yazım aşamalarına başlanmıştır. Verilerin temizliği, analizi ve yazım aşamasının tamamlanması toplamda 18 ayda gerçekleşmiştir. Literatür taraması ise planlama aşamasından yazımın tamamlanmasına kadar, tüm bu süre boyunca devam etmiştir.

3.10. Araştırmanın Güçlü ve Kısıtlı Yanları

Literatürde bigoreksiyayı konu edinen çalışmalara bakıldığında, araştırmacıların daha çok çalışma gruplarını profesyonel olarak sporla ilgilenen, erkek cinsiyetten bireylerde ve küçük örneklerde odakladıkları görülmektedir. Bir diğer nokta ise literatürde çok farklı bigoreksiya ölçüm araçları bulunmasına karşın prevalans bildiren çalışma sayısını azlığı göze çarpmaktadır. Hem kadınlarda yapılan az sayıdaki çalışma hem de erkek popülasyon için spesifik gruplarda yapılan çalışmalar, toplumdaki bigoreksiya durumunu yansıtmakta yetersiz kalmaktadır (44). Bu çalışma, toplumun profesyonel olarak sporla ilgilenmeyen bireylerini de içermesi ve bigoreksiya için prevalans sunması bakımından, bigoreksiyanın toplumdaki durumu hakkında fikir vericidir. Ayrıca literatürde genç erkeklerde bigoreksiya düzeyi ile beden algısı, sosyal fizik kaygı ve algılanan sosyal destek arasındaki ilişkiyi birlikte değerlendiren bir araştırmaya rastlanılmamıştır. Yine araştırmada hesaplanan örnek büyüklüğünün tamamına ulaşılması, veri kaybı yaşanmaması ve araştırma verilerinin tek bir kişi (araştırmacı) tarafından toplanmasının veri

tutarlılığını arttırması, çalışmanın güçlü yanları olarak sıralanabilir.

Buna karşın araştırma tasarımıının kesitsel tipte olması, neden sonuç ilişkisinin yönünü tespitte yetersizliğe yol açabilir. Bu bir kısıtlılık oluşturmaktadır. Ayrıca araştırma popülasyonunun sadece genç erkek bireylerden oluşması, toplumdaki aynı yaş grubundaki kadın bireylerin veya diğer yaştan erkek bireylerin durumunu yansıtmamaktadır. Yine verilerin katılımcıların verdiği bilgilere dayanması ve hatırlama faktörünün de etkisi, göz önünde bulundurulması gereken diğer kısıtlılıklar olarak nitelendirilebilir.



4. BULGULAR

Araştırmaya üniversite lisans eğitimine devam etmekte olan toplam 386 erkek öğrenci dahil edildi. Tamamı erkek bireylerden oluşan grubun sosyo-demografik özellikleri Tablo 4.1 ve Tablo 4.2’de sunulmuştur. Araştırma grubunun büyük bir kısmını çekirdek aileye sahip (%84,5), kendi evinde (%47,7) veya apartta (%31,6), büyük oranda ailesiyle (%43,3) veya yalnız (%30,3) kalan ve hayatının büyük bir kısmında il (%54,9) veya ilçe merkezinde (%32,1) ikamet etmiş bireyler oluşturmaktaydı. BMI açısından grubun %31,6’sı fazla kilolu ve %5,4’ü obez bireylerdi (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Araştırma grubunun sosyo-demografik özellikleri

Özellikler	Sayı (n)	%
Aile tipi		
Çekirdek	326	84,5
Geniş	39	10,1
Dağılmış aile	21	5,4
Kaldığı yer		
Kendi evinde	184	47,7
Apart	122	31,6
Yurt	75	19,4
Akraba evinde	5	1,3
Kiminle kaldığı		
Yalnız	117	30,3
Aile	167	43,3
Arkadaş	99	25,6
Akraba	3	0,8
Yerleşim yeri		
Köy/kasaba	50	13,0
İlçe	124	32,1
İl merkezi	212	54,9
BMI (kg/m²)		
Zayıf	13	3,4
Normal	230	59,6
Fazla kilolu	122	31,6
Obez	21	5,4
Toplam	386	100,0

BMI: Vücut Kitle İndeksi.

Yaş ortalamaları $22,2 \pm 2,4$ yıl (min:19-maks:34), boy ortalamaları $178,0 \pm 6,6$ cm (min:160-maks:199), ağırlık ortalamaları ise $76,5 \pm 12,8$ kg (min:54-maks:130) idi (Tablo 4.2).

Tablo 4.2. Araştırma grubunun diğer (sayısal) sosyo-demografik özellikleri

	Ort ± SS	Min	Maks
Yaş (yıl)	22,2 ± 2,4	19	34
Boy (cm)	178 ± 6,6	160	199
Ağırlık (kg)	76,5 ± 12,8	54	130

Ort ± SS: Ortalama ± Standart Sapma, Min: minimum değer ve Maks: maksimum değer.

Araştırma grubunun %58,8'i düzenli egzersiz yapmaktaydı. Yapılan düzenli egzersiz aktiviteleri; haftada en az 300 dakika (5 saat) aktif olarak yapılan (%41,9), haftada en az 2 gün orta ila yüksek yoğunlukta kas güçlendirici aktivite (%38,3) veya haftada en az 150 dakika orta yoğunlukta veya 75 dakika şiddetli aerobik aktivite veya her ikisinin bir kombinasyonu (%19,8) olan egzersizlerden oluşmaktaydı (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Araştırma grubunun düzenli egzersiz özellikleri

Özellikler	Sayı (n)	%
Düzenli egzersiz		
Evet	227	58,8
Hayır	159	41,2
Düzenli egzersizi tanımlayan fiziksel aktivite*		
Haftada en az 150 dakika orta yoğunlukta veya 75 dakika şiddetli aerobik aktivite veya her ikisinin bir kombinasyonu	45	19,8
Haftada en az 2 gün orta ila yüksek yoğunlukta kas güçlendirici aktivite	87	38,3
Haftada en az 300 dakika (5 saat) aktif olarak yapılan	95	41,9
Toplam	386	100,0

**Sadece düzenli egzersiz ile ilgili bir fiziksel aktivite bildiren katılımcılar değerlendirilmiştir (n=227).*

Grubun sportif faaliyet geçmişi sorgulandığında; %51,6'sı bireysel sporlarla, %48,2'si takım sporlarıyla ilgilenmişti. Ağırlıklı olarak ilgilenilen bireysel sporlar: fitness (%48,4), vücut geliştirme (%10,1), kickboks (%8,0) iken takım sporları: futbol (%54,3), basketbol (%23,7) ve voleybol (%16,7) olarak bildirilmişti (Tablo 4.4 ve Tablo 4.5). Bireysel sporun yapıldığı süre 28,4 ± 29,0 (min:1-maks:144) ay, takım sporunun yapıldığı süre ortalama 34,1 ± 33,7 (min:1-maks:68) aydı. Grubun haftada sportif faaliyetler veya egzersiz için ayırdıkları ortalama süre 4,8 ± 4,9 (min:0-maks:30) saattir (Tablo 4.6).

Tablo 4.4. Araştırma grubunun bireysel spor geçmişi ile ilgili özellikleri

Özellikler	Sayı (n)	%
Bireysel spor geçmişi		
Evet	199	51,6
Hayır	187	48,4
Bireysel sporun türü*		
Fitness	69	34,7
Vücut geliştirme	20	10,1
Kickboks	16	8,0
Masa tenisi	14	7,0
Tekvando	13	6,5
Tenis	13	6,5
Boks	12	6,0
Yüzme	12	6,0
Güreş	8	4,0
Muay thai	8	4,0
Atletizm	7	3,5
Karate	7	3,5
Badminton	6	3,0
Koşu	6	3,0
Gym	5	2,5
Bisiklet	3	1,5
Okçuluk	3	1,5
Dövüş sanatları	2	1,0
Aikido	1	0,5
Bocce	1	0,5
Bouldering (kaya tırmanışı)	1	0,5
Havalı tabanca	1	0,5
Judo	1	0,5
MMA (Karışık Dövüş Sanatları)	1	0,5
Powerlifting	1	0,5
Yelken	1	0,5
Toplam	386	100,0

* Bireysel spor geçmişi olduğunu bildiren katılımcılar tarafından açık uçlu olarak cevaplanmıştır (n=199). Bu soruya birden fazla cevap verilebilmektedir. Spor türü, aynı ya da benzer olsa da katılımcının beyan ettiği haliyle tabloda yer almıştır. Spor türü yüzdesi = (Spor türüne ait n/ Bireysel spor geçmişi olduğunu bildiren n=199)*100 şeklinde hesaplandı.

Tablo 4.5. Araştırma grubunun takım sporu geçmişi ile ilgili özellikleri

Özellikler	Sayı (n)	%
Takım sporu geçmişi		
Evet	186	48,2
Hayır	200	51,8
Takım sporunun türü*		
Futbol	101	54,3
Basketbol	44	23,7
Voleybol	31	16,7
Hentbol	16	8,6
Amerikan futbolu	6	3,2
Futsal	7	3,8
Çim hokeyi	2	1,1
Atletizm	1	0,5
Yelken	1	0,5
Toplam	386	100,0

*Takım sporu geçmişi olduğunu bildiren katılımcılar tarafından açık uçlu olarak cevaplanmıştır (n=186). Bu soruya birden fazla cevap verilebilmektedir. Spor türü, aynı ya da benzer olsa da katılımcının beyan ettiği haliyle tabloda yer almıştır. Spor türü yüzdesi= (Spor türüne ait n/ Takım sporu geçmişi olduğunu bildiren n=186)*100 şeklinde hesaplandı.

Tablo 4.6. Araştırma grubunun spor/egzersiz süreleri ile ilgili özellikleri

	Ort ± SS	Min	Maks
Sportif faaliyetler veya egzersiz için haftalık ayrılan süre (saat) (n=227)*	22,2 ± 2,4	19	34
Bireysel sporun yapıldığı süre (ay) (n=199)†	28,4 ± 29,0	1	144
Takım sporunun yapıldığı süre (ay) (n=186)†	34,1 ± 33,7	1	68

Ort ± SS: Ortalama ± Standart Sapma, Min: minimum değer ve Maks: maksimum değer.

*Katılımcılar tarafından açık uçlu olarak cevaplanmıştır.

†Birden fazla spor türü bildirenlerde; spor türünden bağımsız, belirtilen en uzun süre dikkate alınmıştır.

Özel bir egzersiz programı uygulayanların grup içindeki sıklığı %33,4'tü. Başka bir ifade ile her üç katılımcıdan biri özel bir egzersiz programı uygulamaktaydı. Bu programlarda ağırlıklı olarak fitness (%47,3) ve vücut geliştirme (%25,6) egzersizleri tercih edilmekteydi. Bir başkasının önerisinden ziyade, büyük oranda katılımcının kendi kararı (%82,8) ile mevcut egzersiz programına karar verdiği görüldü. Bununla beraber %7,8 antrenör, %7,8 arkadaş veya akraba önerisiyle, %3,3 sosyal medya veya internetin etkisiyle egzersiz programına karar vermişti (Tablo 4.7).

Tablo 4.7. Araştırma grubunun özel egzersiz programı ile ilgili özellikleri

Özellikler	Sayı (n)	%
Özel bir egzersiz programı uygulama durumu		
Evet	129	33,4
Hayır	257	66,6
Özel egzersizin türü*		
Fitness	61	47,3
Vücut geliştirme	33	25,6
Kuvvet ve dayanıklılık antrenmanı	12	9,3
Ağırlık egzersizi	10	7,8
Pilates	4	3,1
Split	4	3,1
Boks/kickboks	2	1,6
Gym	2	1,6
Push pull leg	2	1,6
Crossfit	1	0,8
Powerlifting	1	0,8
Yüzme	1	0,8
Özel egzersiz türünü öneren kişi†		
Kendi kararım	107	82,8
Arkadaş/Akraba	10	7,8
Antrenör	10	7,8
Sosyal medya/internet	2	1,6
Toplam	386	100,0

* Özel bir egzersiz programı olduğunu bildiren katılımcılar tarafından açık uçlu olarak cevaplanmıştır (n=129). Bu soruya birden fazla cevap verilebilmektedir. Egzersiz türü, aynı ya da benzer olsa da katılımcının beyan ettiği haliyle tabloda yer almıştır. Egzersiz türü yüzdesi= (Egzersiz türüne ait n/ Özel bir egzersiz programı olduğunu bildiren n=129)*100 şeklinde hesaplandı.

† Sadece özel bir egzersiz programı olduğunu bildiren katılımcılar tarafından cevaplanmıştır (n=129).

Özel bir beslenme programı uygulayanların grup içindeki sıklığı %23,8'di. Yaklaşık her dört katılımcıdan biri özel bir beslenme programına göre beslenmekteydi. Sıklıkla protein ağırlıklı (%60,9), karbonhidrat ağırlıklı (%15,2) ve aralıklı oruç (%13,0) yöntemleri tercih edilmekteydi ve çoğunlukla uygulanan beslenme programına herhangi bir öneri almaksızın kendileri karar vermekteydi (%70,6). Bununla beraber %10,9 antrenör, %9,8 diyetisyen veya doktor gibi bir profesyonelden, %5,4 arkadaş veya akraba önerisiyle, %3,3 sosyal medya veya internetin etkisiyle beslenme programına karar vermişti (Tablo 4.8).

Tablo 4.8. Araştırma grubunun özel beslenme programı uygulama ile ilgili özellikleri

Özellikler	Sayı (n)	%
Özel bir beslenme programı uygulama durumu		
Evet	92	23,8
Hayır	294	76,2
Özel beslenmenin türü*		
Protein ağırlıklı	56	60,9
Karbonhidrat ağırlıklı	14	15,2
Aralıklı oruç	12	13,0
Kalori kısıtlaması	9	9,8
Bulk	7	7,6
Düşük karbonhidratlı	4	4,3
Karbonhidratsız	3	3,3
Su diyeti	2	2,2
Yağsız	2	2,2
Yüksek kalorili	2	2,2
Glutensiz	1	1,1
Ketojenik	1	1,1
Tiroid diyeti	1	1,1
Özel beslenme türünü öneren kişi†		
Kendi kararım	65	70,6
Arkadaş/Akraba	5	5,4
Diyetisyen/Doktor	9	9,8
Antrenör	10	10,9
Sosyal medya/internet	3	3,3
Toplam	386	100,0

* Özel bir beslenme programı olduğunu bildiren katılımcılar tarafından açık uçlu olarak cevaplanmıştır (n=92). Bu soruya birden fazla cevap verilebilmektedir. Beslenme türü, aynı ya da benzer olsa da katılımcının beyan ettiği haliyle tabloda yer almıştır. Beslenme türü yüzdesi= (Beslenme türüne ait n/Özel bir beslenme programı olduğunu bildiren n=92)*100 şeklinde hesaplandı.

† Sadece özel bir beslenme programı olduğunu bildiren katılımcılar tarafından cevaplanmıştır (n=92).

Araştırma grubunun bu özel programları ne kadar süre uyguladıkları sorgulandı. Buna göre özel egzersizin yapıldığı süre $13,7 \pm 18,7$ (min:1-maks:120) ay; özel beslenme programı uygulama süresi $13,0 \pm 19,9$ (min:1-maks:120) ay kadar olarak tespit edildi (Tablo 4.9).

Tablo 4.9. Araştırma grubunun uyguladıkları özel programların süre özellikleri

	Ort ± SS	Min	Maks
Özel egzersizin yapıldığı süre (ay) (n=129)*	13,7 ± 18,7	1	120
Özel beslenme programı uygulama süresi (ay) (n=92)†	13,0 ± 19,9	1	120

Ort ± SS: Ortalama ± Standart Sapma, Min: minimum değer ve Maks: maksimum değer.

Her iki süre de katılımcılar tarafından açık uçlu olarak cevaplanmıştır.

** Birden fazla egzersiz türü bildirenlerde; egzersiz türünden bağımsız, en uzun belirtilen süre dikkate alınmıştır (n=129).*

† Birden fazla beslenme türü bildirenlerde; beslenme türünden bağımsız, en uzun belirtilen süre dikkate alınmıştır (n=92).

Araştırma grubunun son bir yıl içinde sportif performansı arttırmaya yönelik herhangi bir ergojenik destek ürünü kullanımını ile ilişkili özellikleri Tablo 4.10'da görülmektedir. Yaklaşık her beş katılımcıdan birinin (%19,4) son bir yılda en az bir destek ürünü kullandığı tespit edildi. Sıklıkla tercih edilen ergojenik destek ürünleri: protein tozu (%72,0), kafein (%57,3), amino asitler (%45,3), kreatinin (%44,0) vitamin/multivitamin (%44,0), mineral (%36,0), omega 3-6-9 (%34,7) ve L-karnitin (%29,3) şeklindeydi. Egzersiz ve diyet programına benzer şekilde, çoğunluğun herhangi bir öneri almaksızın kendi kararıyla (%74,7); internet (%69,4), spor salonu (%12,0) veya eczaneden (%10,7) temin edilen, bir veya daha fazla sayıda ergojenik destek ürünü kullandıkları belirlendi. Bu bir veya daha fazla sayıdaki ergojenik destek ürünü, ortalama $8,8 \pm 12,5$ (min:1-maks:72) ay kullanılmaktaydı. Kullanım sıklığı sorgusunda; kullanıcıların %20,0'si her gün, %28,0'i sadece spordan önce, %25,3'ü sadece spordan sonra, %21,3'ü ise hem spor öncesi hem spor sonrası en az bir tür ergojenik destek ürünü takviyesi almaktaydı. Bazı katılımcılar (%5,3) diğer seçeneği içinde "düzenli kullanmıyorum, ara sıra ve bazen" şeklinde sıklık bildirmişti (Tablo 4.10).

Araştırma grubunda, tıbbi gözetim altında kullanılması gereken ve reçeteye tabi olan testosteron ve türevleri (%10,7), büyüme hormonu (%8,0), astım ilacı (Beta 2 agonist) (%5,3), kortikosteroid (%4,0), diüretik (%4,0) ve eritropoetinin (%4,0) endikasyonu dışında sportif performansı arttırmak amacıyla kullanıldığı saptandı. Bazı katılımcılar (%4,0) diğer seçeneği içinde "Stanozolol, Clenbuterol, Oxandrolone, Drostanolone ve SARMs" kullandıklarını açık uçlu bir yanıt olarak bildirmişti (Tablo 4.10).

Tablo 4.10. Araştırma grubunun ergojenik destek ürünü kullanımı ve ilişkili özellikleri

Özellikler	Sayı (n)	%
Ergojenik destek ürünü kullanma durumu		
Evet	75	19,4
Hayır	311	80,6
Ergojenik destek ürününün türü*		
Protein tozu	54	72,0
Kafein	43	57,3
Amino asitler (Dallı zincirli amino asitler (BCAA), Glutamin, Arjinin)	34	45,3
Kreatinin	33	44,0
Vitamin/multivitamin	33	44,0
Mineral	27	36,0
Omega 3-6-9	26	34,7
L-Karnitin	22	29,3
Enerji içecekleri	17	22,7
Testosteron ve türevleri	8	10,7
Ginseng	7	9,3
Büyüme hormonu	6	8,0
Astım ilacı (Beta 2 agonist)	4	5,3
Arı poleni	4	5,3
Kortikosteroid	3	4,0
Diüretik	3	4,0
Eritropoetin	3	4,0
Diğer‡	3	4,0
Ergojenik destek ürününü öneren kişi †		
Kendi kararım	56	74,7
Arkadaş/akraba	9	12,0
Antrenör	8	10,7
Diyetisyen/eczacı/doktor	1	1,3
Sosyal medya/internet	1	1,3
Toplam	386	100,0

* Son bir yılda sportif performansı arttırmaya yönelik herhangi bir ergojenik destek ürünü kullandığını bildiren katılımcılar tarafından cevaplanmıştır (n=75). Bu soruya birden fazla cevap verilebilmektedir. Ergojenik destek ürünü türü yüzdesi= (Ürün türüne ait n/ Ergojenik destek ürünü kullandığını bildiren n=75)*100 şeklinde hesaplandı.

† Sadece herhangi bir ürün kullandığını bildiren katılımcılar değerlendirilmiştir (n=75).

‡ Diğer: 1 Katılımcı: Stanozolol, Clenbuterol, Oxandrolone, Drostanolone; 1 Katılımcı: SARMs ve 1 Katılımcı: CLA yanıtını vermiştir.

Tablo 4.10. Araştırma grubunun ergojenik destek ürünü kullanımı ve ilişkili özellikleri (devamı)

Özellikler	Sayı (n)	%
Ergojenik destek ürününün temin edildiği yer*		
İnternet	52	69,4
Spor salonu	9	12,0
Eczane	7	9,3
Diğer †	7	9,3
Ergojenik destek ürününün kullanım sıklığı*		
Her gün	15	20,0
Sadece spordan önce	21	28,0
Sadece spordan sonra	19	25,3
Hem spor öncesi hem spor sonrası	16	21,3
Diğer ‡	4	5,3
Toplam	386	100,0

* Sadece herhangi bir ürün kullandığını bildiren katılımcılar değerlendirilmiştir (n=75).

† Diğer: Katılımcılar 'arkadaşımdan', 'kendim hazırlıyorum', 'hem eczane hem internet', 'hediye', 'yurtdışından' yanıtlarını vermiştir.

‡ Diğer: Katılımcılar 'düzenli kullanmıyorum', 'ara sıra' ve 'bazen' yanıtlarını vermiştir.

Araştırma grubunun ölçüm araçlarından aldıkları puanlar değerlendirildi. Buna göre BAÖ puan ortalaması $150,1 \pm 25,3$ (min:52-maks:220) ve SFKE puan ortalaması $18,5 \pm 4,4$ (min:9-maks:31) olarak belirlendi. Grubun ÇBASDÖ puan ortalaması $57,9 \pm 15,8$ (min:18-maks:84) ve MDDI puan ortalaması $30,0 \pm 9,1$ (min:13-maks:57) idi. Tüm ölçeklerin toplam ve alt boyutlarından alınan puan ortalamaları Tablo 4.11'de görülmektedir. MDDI kesim noktası olan 39 puana göre ≥ 39 puan alan, başka bir ifadeyle bigorektik olanların, grup içi sıklığı %18,9 olarak tespit edildi.

Tablo 4.11. Araştırma grubunun BAÖ, SFKE, ÇBASDÖ ve MDDI ölçekleri toplam ve alt boyut puanları

Ölçek	Ort ± SS	Min	Maks
BAÖ			
Toplam	150,1 ± 25,3	52	200
SFKE			
Toplam	18,5 ± 4,4	9	31
ÇBASDÖ			
Aile	18,3 ± 7,4	4	28
Arkadaş	20,2 ± 5,7	4	28
Özel Bir İnsan	19,5 ± 6,2	4	28
Toplam	57,9 ± 15,8	18	84
MDDI			
Hacim İçin Çalışma	11,9 ± 4,7	5	25
Görünüm Tahammülsüzlüğü	8,5 ± 3,7	4	20
Fonksiyonel Bozukluk	9,6 ± 4,7	4	20
Toplam	30,0 ± 9,1	13	57

BAÖ: Beden Algısı Ölçeği, ÇBASDÖ: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, MDDI: Kas Dismorfik Bozukluğu Envanteri, Ort ± SS: Ortalama ± Standart Sapma, Min: minimum değer ve Maks: maksimum değer, SFKE: Sosyal Fizik Kaygı Envanteri.

Araştırma grubunda bigoreksiya durumunun sosyo-demografik özellikler ile ilişkisi ki-kare testi ile değerlendirildi (Tablo 4.12). Bigoreksiya sıklığı; aile tipine, en uzun süre ikamet edilen yerleşim yerine ve BMI'ye göre anlamlı farklılık göstermemekteydi (sırasıyla $p=0,724$, $p=0,371$ ve $p=0,881$). Bigoreksiya ile araştırma grubunun kaldığı yer ve kiminle kaldığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktaydı. Buna göre üniversite eğitimi sırasında grubun kendi evinde kalan bireylerinde, yurt veya akraba evinde kalanlarına göre bigoreksiya sıklığı anlamlı olarak daha fazlaydı ($p=0,037$). Grubun ailesiyle kalan bireylerinde, arkadaş veya akrabası ile kalanlarına göre bigoreksiya sıklığı anlamlı olarak daha fazlaydı ($p=0,029$).

Tablo 4.12. Araştırma grubunda bigoreksiya durumunun sosyo-demografik özelliklere göre dağılımı

Özellikler	Sayı (n)	Bigoreksiya durumu				
		Bigorektik		Normal		
		Sayı (n)	%*	Sayı (n)	%*	
Aile tipi						
Çekirdek	326	62	19,0	264	81,0	
Geniş	39	6	15,4	33	84,6	
Dağılmış	21	5	23,8	16	76,2	
$\Phi:0,041, \chi^2=0,647, p=0,724$						
Kaldığı yer†						
Kendi evinde	184	44 _a	23,9	140 _a	76,1	
Apart	122	20 _{a, b}	16,4	102 _{a, b}	83,6	
Yurt/akraba evinde	80	9 _b	11,3	71 _b	88,7	
$\Phi:0,130, \chi^2=6,568, p=0,037$						
Kiminle kaldığı†						
Yalnız	117	20 _{a, b}	17,1	97 _{a, b}	82,9	
Aile	167	41 _a	24,6	126 _a	75,4	
Arkadaş/akraba	102	12 _b	11,8	90 _b	88,2	
$\Phi:0,136, \chi^2=7,113, p=0,029$						
Yerleşim yeri						
Köy/kasaba	50	12	24,0	38	76,0	
İlçe	124	26	21,0	98	79,0	
İl merkezi	212	35	16,5	177	83,5	
$\Phi:0,072, \chi^2=1,984, p=0,371$						
BMI						
Zayıf	13	3	23,1	10	76,9	
Normal	230	42	18,3	188	81,7	
Aşırı kilolu/obez	143	28	19,6	115	80,4	
$\Phi:0,026, \chi^2=0,252, p=0,881$						
Toplam	386	73	18,9	313	81,1	

* Satır yüzdesi. Φ :Cramer's phi ve χ^2 : ki-kare değeri. BMI: Vücut Kitle İndeksi.

† _a ve _b: Dört gözden fazla içeriğe sahip tablolardaki değişkenlerin arasındaki fark durumunu göstermek için kullanılmıştır. Aralarında anlamlı fark bulunan değişkenler, farklı harflerle sembolize edilmiştir.

Araştırma grubunda bigoreksiya durumunun egzersiz, spor, beslenme ve ergojenik destek ürünü kullanım özelliklerine göre dağılımı Tablo 4.13'te görülmektedir. Araştırma grubunda bigoreksiya görülme sıklığı düzenli egzersiz, bireysel spor geçmişi ve takım sporu geçmişi göre anlamlı farklılık göstermemekteydi (sırasıyla $p=0,282$, $p=0,055$ ve $p=0,178$). Özel bir egzersiz programı uygulama durumu, özel bir beslenme programı uygulama durumu ve ergojenik destek ürünü kullanma durumuna göre anlamlı farklılık göstermemekteydi. Buna göre özel bir egzersiz veya beslenme programı uygulayanlarda ve son bir yılda sportif performansı arttırmaya yönelik ergojenik destek ürünü kullananlarda,

bigoreksiya sıklığı anlamlı olarak daha yüksekti (sırasıyla $p=0,018$, $p=0,001$ ve $p<0,001$).

Tablo 4.13. Araştırma grubunda bigoreksiya durumunun egzersiz, spor, beslenme ve ergojenik destek ürünü kullanım özelliklerine göre dağılımı

Özellikler	Sayı (n)	Bigoreksiya durumu				
		Bigorektik		Normal		
		Sayı (n)	%*	Sayı (n)	%*	
Düzenli egzersiz						
Evet	227	47	20,7	180	79,3	
Hayır	159	26	16,4	133	83,6	
$\Phi:0,055, \chi^2=1,155, p=0,282$						
Bireysel spor geçmişi						
Evet	199	45	22,6	154	77,4	
Hayır	187	28	15,0	159	85,0	
$\Phi:0,097, \chi^2=3,669, p=0,055$						
Takım sporu geçmişi						
Evet	186	30	16,1	156	83,9	
Hayır	200	43	21,5	157	78,5	
$\Phi:-0,069, \chi^2=1,813, p=0,178$						
Özel bir egzersiz programı uygulama durumu						
Evet	129	33	25,6	96	74,4	
Hayır	257	40	15,6	217	84,4	
$\Phi:0,121, \chi^2=5,620, p=0,018$						
Özel bir beslenme programı uygulama durumu						
Evet	92	28	30,4	64	69,6	
Hayır	294	45	15,3	249	84,7	
$\Phi:0,165, \chi^2=10,458, p=0,001$						
Ergojenik destek ürünü kullanma durumu						
Evet	75	28	37,3	47	62,7	
Hayır	311	45	14,5	266	85,5	
$\Phi:0,231, \chi^2=20,599, p<0,001$						
Toplam	386	73	18,9	313	81,1	

* Satır yüzdesi. Φ :Cramer's phi ve χ^2 : ki-kare değeri.

Araştırma grubuna ait sayısal bireysel değişkenler ile bigoreksiya durumu arasındaki ilişki bağımsız gruplarda t testi ile değerlendirildi (Tablo 4.14). Buna göre bigoreksiya sıklığı; yaş, sportif faaliyetler veya egzersiz için haftalık ayrılan süre, bireysel sporun yapıldığı süre, takım sporunun yapıldığı süre, özel egzersizin yapıldığı süre, özel beslenme programı uygulama süresi ve ergojenik destek ürününü

kullanma süresi bakımından anlamlı farklılık göstermemekteydi (sırasıyla $p=0,099$, $p=0,103$, $p=0,148$, $p=0,450$, $p=0,875$, $p=0,131$ ve $p=0,955$) (Tablo 4.14).

Araştırma grubundaki bigorektik bireylerin BAÖ puanları, normal olanlara göre anlamlı olarak daha düşüktü ($p=0,001$). SFKE puanları bigorektiklerde, normal olanlardan anlamlı olarak daha yüksekti ($p<0,001$). ÇBASDÖ puanlarının bigorektik grupta, normal bireylerden anlamlı olarak daha düşük olduğu görüldü ($p=0,021$). Başka bir ifadeyle gruptaki bigorektik bireyler, normal bireylere göre; daha düşük beden memnuniyetine sahip, daha fazla dış görünüş kaygısı yaşamakta ve sosyal desteği daha düşük olarak algılamaktaydı ve bu durumlar istatistiksel açıdan anlamlıydı (Tablo 4.14).

Algılanan sosyal desteğin kaynağı, ÇBASDÖ alt boyutları ile değerlendirildi. Buna göre bigorektik bireyler, diğerlerine göre aile ve arkadaş desteğini daha düşük düzeyde algılamaktaydı (sırasıyla $p=0,045$ ve $p=0,004$). Özel bir insan kaynağından algılanan destek açısından, gruplar arasında anlamlı fark yoktu ($p=0,394$) (Tablo 4.14).

Tablo 4.14. Araştırma grubunun sayısal bireysel özelliklerinin bigoreksiya durumuna göre dağılımı

Özellikler	Ort ± SS	Bigoreksiya durumu (Ort ± SS)		p
		Bigorektik	Normal	
Yaş (yıl) (n=386)	22,2 ± 2,4	21,8 ± 2,2	22,3 ± 2,4	0,099
Sportif faaliyetler veya egzersiz için haftalık ayrılan süre (saat) (n=386)	4,8 ± 4,9	5,6 ± 5,4	4,6 ± 4,8	0,103
Bireysel sporun yapıldığı süre (ay) (n=199)	28,4 ± 29,0	22,9 ± 22,3	30,2 ± 30,6	0,148
Takım sporunun yapıldığı süre (ay) (n=186)	34,1 ± 33,7	29,8 ± 35,0	34,9 ± 33,5	0,450
Özel egzersizin yapıldığı süre (ay) (n=129)	13,7 ± 18,8	13,2 ± 16,2	13,8 ± 19,7	0,875
Özel beslenme programı uygulama süresi (ay) (n=92)	13,0 ± 19,9	8,2 ± 12,7	15,0 ± 22,0	0,131
Ergojenik destek ürününü kullanma süresi (ay) (n=75)	8,8 ± 12,5	8,9 ± 13,9	8,7 ± 11,7	0,955
BAÖ (n=386)	150,1 ± 25,3	141,6 ± 27,0	152,0 ± 24,5	0,001
SFKE (n=386)	18,5 ± 4,4	20,9 ± 4,7	17,9 ± 4,1	<0,001
ÇBASDÖ (n=386)	57,9 ± 15,8	54,1 ± 15,6	58,8 ± 15,7	0,021
-Aile	18,3 ± 7,4	16,7 ± 6,9	18,6 ± 7,5	0,045
-Arkadaş	20,2 ± 5,7	18,5 ± 5,7	20,5 ± 5,6	0,004
-Özel bir insan	19,5 ± 6,2	18,9 ± 5,7	19,6 ± 6,3	0,394

BAÖ: Beden Algısı Ölçeği, ÇBASDÖ: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, MDDI: Kas Dismorfik Bozukluğu Envanteri, Ort ± SS: Ortalama ± Standart Sapma, Min: minimum değer ve Maks: maksimum değer, SFKE: Sosyal Fizik Kaygı Envanteri.

Araştırma grubunun MDDI toplam ve alt boyut puanlarının; sayısal bireysel özellikler ile ilişkisi korelasyon analizi ile değerlendirildi (Tablo 4.15). Buna göre araştırma grubunda yaş ile MDDI toplam ve alt boyut puanlarından Fonksiyonel Bozukluk ve Görünüm Tahammülsüzlüğü puanları arasında anlamlı bir ilişki yoktu

(sırasıyla $r=-0,077$, $p=0,133$, $r=-0,027$, $p=0,597$ ve $r=-0,019$, $p=0,705$). Yaş ile Hacim İçin Çalışma alt boyut puanı arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki mevcuttu ($r=-0,108$, $p=0,034$). Başka bir ifadeyle hacim için çalışma, yaşla birlikte anlamlı olarak azalmaktaydı.

Sportif faaliyet veya egzersiz için haftalık ayrılan süre ile MDDI toplam ve alt boyut puanlarından Fonksiyonel Bozukluk puanı arasında pozitif yönlü, anlamlı bir ilişki olduğu görüldü (sırasıyla $r=0,161$, $p=0,002$ ve $r=0,347$, $p<0,001$). Grubun MDDI (bigoreksiya düzeyi) ile fonksiyonel bozuklukları arttıkça, haftalık sportif faaliyet veya egzersiz için ayırdıkları süre de anlamlı olarak artmaktaydı. Sportif faaliyet veya egzersiz için haftalık ayrılan süre ile alt boyut puanlarından Görünüm Tahammülsüzlüğü ve Hacim İçin Çalışma puanı arasında anlamlı bir ilişki yoktu (sırasıyla $r=-0,080$, $p=0,115$ ve $r=0,031$, $p=0,549$).

Grubun bireysel spor geçmişi bulunan bireylerinde; bireysel sporun yapıldığı süre ile MDDI toplam ve alt boyut puanlarından Fonksiyonel Bozukluk ve Hacim İçin Çalışma puanı arasında anlamlı bir ilişki yoktu (sırasıyla $r=-0,091$, $p=0,200$, $r=0,009$, $p=0,901$ ve $r=-0,058$, $p=0,414$). Bireysel sporun yapıldığı süre, Görünüm Tahammülsüzlüğü ile negatif yönlü anlamlı bir ilişkiye sahipti ($r=-0,186$, $p=0,008$). Geçmişteki bireysel sporun yapıldığı süre arttıkça, bireylerin görünüm tahammülsüzlüğü azalmaktaydı.

Grubun takım sporu geçmişi bulunan bireylerinde; takım sporunun yapıldığı süre ile MDDI toplam ve alt boyut puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı (sırasıyla $r=-0,086$, $p=0,242$, $r=-0,050$, $p=0,500$, $r=-0,063$, $p=0,390$ ve $r=-0,068$, $p=0,358$).

Grubun özel bir egzersiz programı uygulayan bireylerinde; özel egzersizin yapıldığı süre ile MDDI toplam ve alt boyut puanlarından Görünüm Tahammülsüzlüğü ve Hacim İçin Çalışma puanı arasında anlamlı bir ilişki yoktu (sırasıyla $r=-0,026$, $p=0,773$, $r=-0,149$, $p=0,092$ ve $r=-0,152$, $p=0,086$). Özel egzersizin yapıldığı süre ile Fonksiyonel Bozukluk arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki vardı ($r=0,215$, $p=0,015$). Başka bir ifadeyle bireylerdeki fonksiyonel bozukluğun artması, özel egzersizin yapıldığı süreyi uzatmaktaydı.

Grubun özel bir beslenme programı uygulayan bireylerinde; özel beslenme programı uygulama süresi ile MDDI toplam ve alt boyut puanları arasında anlamlı bir ilişki yoktu (sırasıyla $r=-0,120$, $p=0,256$, $r=0,112$, $p=0,286$, $r=-0,161$, $p=0,126$ ve $r=-0,197$, $p=0,060$).

Son bir yıl içinde sportif performansı artırmak amacıyla ergojenik destek ürün kullananlarda; ergojenik destek ürününün kullanım süresi ile MDDI toplam ve alt boyut puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı (sırasıyla $r=0,011$, $p=0,928$, $r=0,094$, $p=0,421$, $r=-0,158$, $p=0,176$ ve $r=0,048$, $p=0,681$).

Tablo 4.15. Araştırma grubunun MDDI toplam ve alt boyut puanlarının; sayısal bireysel özellikler ile korelasyonu

Özellikler	MDDI Puanı				
		Toplam	Fonksiyonel Bozukluk	Görünüm Tahammülsüzlüğü	Hacim İçin Çalışma
Yaş (yıl) (n=386)	r	-0,077	-0,027	-0,019	-0,108
	p	0,133	0,597	0,705	0,034
Sportif faaliyetler veya egzersiz için haftalık ayrılan süre (saat) (n=386)	r	0,161	0,347	-0,080	0,031
	p	0,002	<0,001	0,115	0,549
Bireysel sporun yapıldığı süre (ay) (n=199)	r	-0,091	0,009	-0,186	-0,058
	p	0,200	0,901	0,008	0,414
Takım sporunun yapıldığı süre (ay) (n=186)	r	-0,086	-0,050	-0,063	-0,068
	p	0,242	0,500	0,390	0,358
Özel egzersizin yapıldığı süre (ay) (n=129)	r	-0,026	0,215	-0,149	-0,152
	p	0,773	0,015	0,092	0,086
Özel beslenme programı uygulama süresi (ay) (n=92)	r	-0,120	0,112	-0,161	-0,197
	p	0,256	0,286	0,126	0,060
Ergojenik destek ürününün kullanım süresi (ay) (n=75)	r	0,011	0,094	-0,158	0,048
	p	0,928	0,421	0,176	0,681

BMI: Vücut Kitle İndeksi, MDDI: Kas Dismorfik Bozukluğu Envanteri, r: Pearson korelasyon katsayısı.

Araştırma grubunun MDDI toplam ve alt boyut puanlarının; BAÖ, SFKE, ÇBASDÖ toplam ve alt boyut puanları ile ilişkisi korelasyon analizi ile değerlendirildi (Tablo 4.16). Buna göre araştırma grubunun BAÖ puanı ile MDDI toplam ve alt boyut puanlarından Görünüm Tahammülsüzlüğü ile Hacim İçin Çalışma puanı arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki vardı (sırasıyla $r = -0,255$, $p < 0,001$; $r = -0,439$, $p < 0,001$ ve $r = -0,142$, $p = 0,005$). BAÖ puan (beden algısı memnuniyet düzeyi) arttıkça; erkeklerin MDDI puanı (bigoreksiya düzeyi), görünüm tahammülsüzlüğü ve hacim için çalışma eğilimi azalmaktaydı. BAÖ ile Fonksiyonel Bozukluk alt boyut puanları arasında anlamlı bir ilişki yoktu ($r = -0,011$, $p = 0,832$).

Grubun SFKE puanı ile MDDI toplam ve alt boyut puanlarından Görünüm Tahammülsüzlüğü ile Hacim İçin Çalışma puanı arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki vardı (sırasıyla $r = 0,323$, $p < 0,001$; $r = 0,517$, $p < 0,001$ ve $r = 0,130$, $p = 0,010$). SFKE puanının (bireyin dış görünüşünden duyduğu kaygı) artması; erkeklerdeki MDDI puanını (bigoreksiya düzeyi), görünüm tahammülsüzlüğünü ve hacim için çalışma eğilimini arttırmaktaydı. SFKE ile Fonksiyonel Bozukluk alt boyut puanları arasında anlamlı bir ilişki yoktu ($r = 0,093$, $p = 0,069$).

ÇBASDÖ puanı ile MDDI toplam ve alt boyut puanlarından Fonksiyonel Bozukluk ile Görünüm Tahammülsüzlüğü puanı arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki vardı (sırasıyla $r = -0,152$, $p = 0,003$; $r = -0,113$, $p = 0,026$ ve $r = -0,132$, $p = 0,010$). ÇBASDÖ puanı (algılanan sosyal destek düzeyi) arttıkça, MDDI puanı (bigoreksiya düzeyi), fonksiyonel bozukluk ve görünüm tahammülsüzlüğü azalmaktaydı. ÇBASDÖ ile Hacim İçin Çalışma alt boyut puanları arasında anlamlı bir ilişki yoktu ($r = -0,080$, $p = 0,115$).

Aile alt boyutu ile MDDI toplam ve alt boyut puanlarından Fonksiyonel Bozukluk ile Görünüm Tahammülsüzlüğü puanı arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki vardı (sırasıyla $r = -0,150$, $p = 0,003$; $r = -0,122$, $p = 0,016$ ve $r = -0,109$, $p = 0,032$). Aile puanı (bireyin aile kaynaklı algıladığı destek düzeyi) arttıkça; MDDI puanı (bigoreksiya düzeyi), Fonksiyonel Bozukluk ve Görünüm Tahammülsüzlüğü azalmaktaydı. Aile alt boyutu ile Hacim İçin Çalışma alt boyut puanları arasında anlamlı bir ilişki yoktu ($r = -0,080$, $p = 0,115$).

Arkadaş alt boyutu ile MDDI toplam ve alt boyut puanlarından Görünüm Tahammülsüzlüğü puanı arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki vardı (sırasıyla $r = -0,148$, $p = 0,004$ ve $r = -0,122$, $p = 0,017$). Arkadaş puanı, (bireyin arkadaşlarından kaynaklı algıladığı sosyal destek düzeyi) arttıkça; MDDI puanı (bigoreksiya düzeyi) ve Görünüm Tahammülsüzlüğü azalmaktaydı. Arkadaş alt boyutu ile Fonksiyonel Bozukluk ve Hacim İçin Çalışma alt boyut puanları arasında anlamlı bir ilişki yoktu (sırasıyla $r = -0,099$ $p = 0,053$ ve $r = -0,094$ $p = 0,064$).

Özel bir insan alt boyutu ile MDDI toplam ve alt boyut puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı (sırasıyla $r = -0,073$, $p = 0,151$, $r = -0,052$, $p = 0,306$, $r = -0,093$, $p = 0,068$ ve $r = -0,017$, $p = 0,733$).

Tablo 4.16. Araştırma grubunun MDDI toplam ve alt boyut puanlarının; BAÖ, SFKE ve ÇBASDÖ toplam ve alt boyut puanları ile korelasyonu

Özellikler	MDDI Puanı				
		Toplam	Fonksiyonel Bozukluk	Görünüm Tahammülsüzlüğü	Hacim İçin Çalışma
BAÖ	r	-0,255	-0,011	-0,439	-0,142
	P	<0,001	0,832	<0,001	0,005
SFKE	r	0,323	0,093	0,517	0,130
	P	<0,001	0,069	<0,001	0,010
ÇBASDÖ	r	-0,152	-0,113	-0,132	-0,080
	P	0,003	0,026	0,010	0,115
-Aile	r	-0,150	-0,122	-0,109	-0,084
	P	0,003	0,016	0,032	0,098
-Arkadaş	r	-0,148	-0,099	-0,122	-0,094
	P	0,004	0,053	0,017	0,064
-Özel bir insan	r	-0,073	-0,052	-0,093	-0,017
	P	0,151	0,306	0,068	0,733

BAÖ: Beden Algısı Ölçeği, ÇBASDÖ: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, MDDI: Kas Dismorfik Bozukluğu Envanteri, r: Pearson korelasyon katsayısı, SFKE: Sosyal Fizik Kaygı Envanteri.

Bigoreksiya durumunu öngörmedeki bağımsız prediktörleri belirlemek üzere tek değişkenli analizlerde anlamlı bulunan değişkenler (kaldığı yer, kiminle kaldığı, özel bir egzersiz programı uygulama durumu, özel bir beslenme programı uygulama durumu, ergojenik destek ürünü kullanma durumu, sportif faaliyet veya egzersiz için haftalık ayrılan süre (saat), BAÖ, SFKE ve ÇBASDÖ lojistik regresyon modeline alınarak yapılan analiz sonuçları Tablo 4.17’de sunulmuştur.

Çoklu analizlere göre bigoreksiya durumu kaldığı yer, ergojenik destek ürünü kullanma durumu ve SFKE’ye göre anlamlı farklılık göstermekteydi. Buna göre üniversite eğitimi sırasında kendi evinde kalanlarda, diğerlerine (apart, yurt veya akraba evinde kalanlar) göre bigoreksiya sıklığı 0,5 kat daha azdı ($p=0,017$). Ergojenik destek ürünü kullananlarda, bigoreksiya riski daha fazlaydı. Buna göre; ergojenik destek ürünü kullananlarda, kullanmayanlara göre bigoreksiya sıklığı 4,8 kat daha fazlaydı ($p<0,001$). SFKE’deki her bir puan artışı, başka bir ifadeyle bireyin dış görünüşünden duyduğu kaygı arttıkça bigoreksiya riski yaklaşık 1,3 kat artmaktaydı ($p<0,001$).

Tekli analizlerde anlamlı bulunan bazı değişkenlerin, çoklu analizlerde bu anlamlılığını kaybettiği görüldü. Bu değişkenler: kiminle kaldığı, özel bir egzersiz programı uygulama durumu, özel bir beslenme programı uygulama durumu, sportif faaliyet veya egzersiz için haftalık ayrılan süre, BAÖ ve ÇBASDÖ puanlarıdır (sırasıyla $p=0,612$, $p=0,663$, $p=0,0074$, $p=0,173$, $p=0,056$ ve $p=0,184$).

Tablo 4.17. Bigoreksiya durumunu öngörmedeki bağımsız prediktörleri belirlemek üzere oluşturulan modelin lojistik regresyon analizi sonuçları

Analize alınan değişken	Bigoreksiya durumu				
	[B]	%95 GA	p	Tolerans	VIF
Kaldığı yer (kendi evinde=1 ve apart/yurt/akraba evi=0)	0,50	(0,28-0,88)	0,017	0,46	2,15
Kiminle kaldığı (aile=1 ve yalnız/arkadaş/akraba=0)	1,25	(0,53-2,97)	0,612	0,47	2,15
Özel bir egzersiz programı uygulama durumu (evet=1 ve hayır=0)	1,20	(0,53-2,69)	0,663	0,57	1,75
Özel bir beslenme programı uygulama durumu (evet=1 ve hayır=0)	1,84	(0,94-3,60)	0,074	0,67	1,49
Ergojenik destek ürünü kullanma durumu (evet=1 ve hayır=0)	4,80	(2,36-9,71)	<0,001	0,77	1,30
Sportif faaliyet veya egzersiz için haftalık ayrılan süre (saat)	1,04	(0,98-1,11)	0,173	0,79	1,26
BAÖ	0,99	(0,98-1,00)	0,056	0,76	1,32
SFKE	1,22	(1,13-1,31)	<0,001	0,87	1,15
ÇBASDÖ	0,99	(0,97-1,01)	0,184	0,88	1,14
Hosmer-Lemeshow test	$\chi^2=7,882$ ve $p=0,445$				
-2 Log likelihood	304,574 ^b				
Cox & Snell R²	0,165				
Nagelkerke R²	0,266				

^a%95 GA: %95 Güven Aralığı. ^bTahmin, parametre tahminlerinin 0,001'den az değiştiği için 5. iterasyonda sonlandırıldı.
BAÖ: Beden Algısı Ölçeği, ÇBASDÖ: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, SFKE: Sosyal Fizik Kaygı Envanteri.

5. TARTIŞMA

Bu çalışma ile 2022-2023 eğitim-öğretim yılında, Süleyman Demirel Üniversitesi bünyesindeki herhangi bir fakültede lisans düzeyinde eğitim alan erkek öğrencilerin bigoreksiya sıklığı değerlendirilmiştir. Ayrıca beden algısı, sosyal fizik kaygı ve algılanan sosyal destek faktörlerinin, erkek öğrencilerdeki bigoreksiya üzerine etkisi incelenmiştir.

Araştırma grubunda bigorektik olanların grup içi sıklığı %18,9 olarak tespit edilmiştir. Literatürde benzer yaş grubu, eğitim ve cinsiyet değişkenlerine göre bakıldığında, Dünya'nın farklı coğrafyaları ve Türkiye için farklı değerler göze çarpmaktadır. Örneklem grubu erkek üniversite öğrencileri olan 3 farklı çalışmanın yapıldığı ülke ve bildirilen bigoreksiya sıklıkları; Lübnan %6,6, Arjantin %6,9 ve Türkiye %11,2 şeklindedir (49,50,52). Yine İtalya'da örneklemini hem kadın hem erkek üniversite öğrencilerinden oluşan iki çalışmada ise %5,9 ve %5,0'dır (37,53). Literatürde bigoreksiya ölçümünde kullanılan ölçeklerin bazılarının bir kesim noktası bulunmaması sebebiyle, bu ölçeklerle yapılan bigoreksiya değerlendirmelerine ait bir sıklık bildirilmediği görülmektedir. Yine bakıldığında mevcut literatürün çoğunlukla daha çok risk altında olduğu düşünülen vücut geliştirici ve halterci gibi gruplarda yapılan çalışmalardan oluştuğu görülmektedir. Yapılan bir sistematik incelemeye göre bigoreksiyanın yaşam boyu yaygınlığı erkek halterciler arasında %13,6 ila %44,0 arasında değişmektedir (45). Özetle şimdilik mevcut çalışmalarla genel popülasyondaki bigoreksiya sıklığını tahmin etmek zordur. Bu çalışmada genç erişkin dönemdeki erkek üniversite öğrencileri için saptanan sıklığın, literatürdeki benzer çalışmalara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu durum coğrafya ve kültürdeki farklılıkların, bigoreksiya üzerinde etkili olabileceğini düşündürmüştür. Ancak daha sağlıklı bir çıkarım için daha fazla prevalans bildiren çalışmaya ihtiyaç vardır.

Araştırmanın 1. hipotezi olan "Genç erkeklerdeki bigoreksiya, sosyo-demografik özelliklere göre farklılık göstermektedir" şeklindeki H1 hipotezi doğrulanmıştır. Buna göre bigoreksiyanın sosyo-demografik özelliklerden kaldığı yer ve kiminle kaldığına göre farklılık gösterdiği görülmüştür. Buna göre üniversite eğitimi sırasında grubun kendi evinde kalan bireylerinde, yurt veya akraba evinde

kalanlara göre bigoreksiya sıklığı daha yüksekken; apartta kalanlarla farklılık göstermemektedir. Yapılan ileri analizlere göre; kendi evinde kalanlarda, diğerlerine (apart, yurt veya akraba evinde kalanlar) göre bigoreksiya sıklığı 0,5 kat azalmaktadır. Yine ileri analizlerde anlamlı bulunmamakla birlikte; grubun ailesiyle kalan bireylerinde, arkadaş veya akrabası ile kalanlara göre bigoreksiya sıklığı daha yüksektir. Literatüre bakıldığında araştırma grubuna benzer popülasyonlarda yürütülmüş bigoreksiya çalışmalarında, sorgulanan sosyo-demografikler arasında bir standardizasyon olmadığı görülmektedir. Araştırmacıların neredeyse her çalışmada ortak değişken olarak yaş, boy ve ağırlığı sorguladıkları; buna karşın farklı çalışmalarda cinsiyet, medeni durum, ebeveynlerin eğitim ve çalışma durumu, gelir, sigara gibi farklı değişkenleri ele aldığı, ortak bir sosyo-demografik sorgulamanın yapılmadığı görülmüştür (49,50,52,53). Dolayısıyla katılımcıların nerede-kiminde kaldığını sorgulayan bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Bu nedenle mevcut literatür, kendi evinde kalmanın, bireyi bigoreksiyadan koruması konusunda bir çıkarım yapmayı güçleştirmektedir. Ancak, şu şekilde bir mantık yürütülebilir: yurt veya akraba evi, diğer bireylerle daha fazla etkileşim gerektiren sosyal ortamlardır. Bu yaş grubundaki bireyler sosyal ortamlarında onay ve kabul arayışı içinde olduklarından, kabul edilme kriterleri arasında "iyi bir dış görünüş" veya "popülerlik" gibi özellikler ön plana çıkmaktadır. Popüler kültürün kas kazanma gibi idealleri, bu özellikleri elde etme motivasyonunu artırarak bigoreksiya riskini ortaya çıkarabilir (60,70,71). Aynı zamanda bu tür ortamlarda yaşanan baskı, alay, zorbalık, ihmal ve istismara maruz kalma, bigoreksiya için tetikleyici bir rol oynayabilir (31,57,76). Kendi evinde kalan bir bireyin ise yurt veya akraba evinde kalanlara kıyasla, bu tür sosyal durumlara daha az maruz kalabileceği düşünülebilir. Aileyle kalmanın bigoreksiyadaki etkisi hakkında ise şunları söylemek mümkündür: genç bir erkek için ailesiyle kalmak, günlük yaşamda ev işleri gibi rutin sorumlulukların aile tarafından üstlenilmesi anlamına gelebilir. Bu da bireye daha fazla boş zaman sağlayabilir. Bu durum, akranları ev işleri gibi günlük rutinler için enerji ve zaman harcarken, bu bireylerin zamanlarını kendilerine ve dolayısıyla dış görünüşlerine ayırmalarına olanak tanıyabilir. Literatürde erkeklerde kendine odaklanma ile bigoreksiya belirtileri arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada, yüksek seviyede kendine odaklanan erkeklerde, düşük seviyede odaklanana göre bigoreksiya belirtilerinin anlamlı

olarak daha yüksek olduğu rapor edilmiştir (63). Bu bağlamda başka predispozanların da katkısıyla (bunlar biyolojik, sosyal veya psikolojik etkenler olabilir) kendine daha uzun süre odaklanan bir bireyde, bigoreksiya gelişimi tetikleniyor olabilir. Ayrıca bigoreksiya etiyojisine dönük araştırmalar, ailenin ideal beden ölçülerini desteklemesinin bireydeki bigoreksiya gelişimini tetikleyebildiğini belirtmektedir (54). Bireyin beden kavramı üzerinde ailenin böyle bir etkisinin olması, buradaki nedenselliğe katkı sağlamış olabilir. Ancak, her iki değişkenle ilgili sağlıklı sonuçlara varabilmek için konu hakkında daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Araştırma grubunda bigoreksiya sıklığının BMI'den etkilenmediği görülmüştür. Bu durum literatüre göre farklılık oluşturmaktadır. Bakıldığında literatürdeki genel kanı bu bireylerin, her ne kadar kendilerini öyle görmeseler bile iri ve kaslı tipler oldukları, dolayısıyla yüksek BMI'ye sahip oldukları yönündedir (11,31). Zaten bigoreksiya tanımı gereği; bireyin iri, yağsız ve kaslı olmayı amaç edindiği bir bozukluktur (30). Bu açıdan bigorektik bireylerin yağsız vücut kitlesine yönelik çabaları; yağ kaybetmelerine, kilo kaybına ve BMI'lerinin daha düşük olmasına yol açabilir. Ya da kaslı vücut kitlesini arttırmaya dönük çabaları kazanılan kas dokusuna, kilo artışına ve BMI'de artışa yol açabilir. Başka bir ifadeyle bigoreksiya BMI'de hem artmaya hem de azalmaya neden olabilir. Yine de araştırmanın bu bulgusunun, literatürdeki genel kanıdan farklı oluşunu açıklamak güçtür. Bu durumun ortaya çıkmasında karıştırıcı başka faktörler etkili olmuş (araştırma grubunun BMI'lerinin ağırlıklı olarak normal (%59,6) olması gibi) ve/veya çalışmanın kesitsel tasarımı, bu nedenselliği göstermekte yetersiz kalmış olabilir.

Araştırma grubunda ileri analizlerde anlamlı bulunmamakla birlikte; bigoreksiya düzeyi arttıkça, sportif faaliyet veya egzersiz için haftalık ayrılan sürenin de arttığı görülmüştür. Benzer şekilde Çin'de erkek üniversite öğrencilerinde yapılan bir başka çalışma, bu bulguyu destekleyen kanıtlar sunmaktadır. Buna göre bigorektik erkeklerin vücut kontrol sıklığı ve ağırlık egzersiz davranışının (yani, sıklık, süre ve yoğunluk bakımından) normal erkeklere göre anlamlı derecede yüksek olduğu; egzersiz sıklığı ne kadar fazlaysa, egzersiz süresinin de o kadar uzadığı ve yapılan egzersiz yoğunluğunun da o oranda arttığı rapor edilmiştir (144). Bu durum,

bireylerin aşırı kas kütlesi kazanımı peşinde olmaları ve bu hedefe ulaşabilmek için ne kadar uzun süre egzersiz yaparlarsa, aynı ölçüde fazla kas kütlesi kazanacaklarına dair sahip oldukları motivasyonla açıklanabilir.

Araştırma grubunda ileri analizlerde anlamlı bulunmamakla birlikte, bigoreksiya sıklığı, özel bir egzersiz veya beslenme programı uygulayanlarda daha yüksekken; özel egzersiz ve özel beslenme programlarının süresi açısından farklılık göstermemiştir. Konuyla alakalı literatürde bigoreksiyanın, bireylerin egzersiz ve diyet davranışlarında birtakım değişikliklere yol açtığı bildirilmektedir. Buna göre bigoreksiyada bireyler, kas kütlesini artırmak ve/veya vücut yağını azaltmak amacıyla ağır egzersiz ve diyet uygulamalarına başvurmaktadır (85,86). Benzer şekilde bigoreksiya ve yeme bozukluğu ilişkisini değerlendiren bir sistematik incelemede, bigorektik bireylerin istenilen vücut şeklini elde etmek için aşırı egzersiz rejimlerine ve diyet uygulamalarına başvurdukları rapor edilmektedir (95). Ayrıca literatürde beslenme ve egzersizin birlikte etkilenim gösterdiği, aşırı ve katı uygulamalara dönüştüğü tek durumun bigoreksiya olmadığı da görülmektedir. Buna göre, bir vaka sunumunda anoreksiya nervoza tedavisi alan bir hastada kaslı olma arzusunun ortaya çıkmasıyla birlikte bigoreksiya belirtilerinin geliştiği rapor edilmiştir (145). Yine anoreksiya nervoza ve bulimia nervoza gibi durumlarda, kısıtlayıcı yeme davranışına sıklıkla aşırı ve kompulsif egzersizin eşlik ettiği dile getirilmektedir (146). Yapılan sistematik incelemelerde ise yeme bozukluğu, bigoreksiya gibi patolojilerin katı rejim ve egzersiz uygulamalarıyla ilişkisine dikkat çekilmektedir (21,95). Bu çalışma ve literatürdeki bulgular, bigorektik bireylerin kaslı ve yağsız bir vücuda ulaşma hedefi için egzersiz ve beslenme uygulamalarında katı programlara yönelme eğiliminde olduklarını göstermektedir. Bu noktada, egzersiz ve diyet uygulamaları gibi masum görünen aktivitelerin bile birtakım potansiyel riskler barındırdığı göz ardı edilmemelidir.

Araştırma grubundaki her üç katılımcıdan birinin özel bir egzersiz programı ve yaklaşık her dört katılımcıdan birinin özel bir beslenme programı uyguladığı görülmüştür. Bireylerin genellikle fitness (%47,3) ve vücut geliştirme (%25,6) sporlarıyla uğraştıkları ve çoğunlukla protein ağırlıklı (%60,9), karbonhidrat ağırlıklı (%15,2) veya aralıklı oruç (%13,0) şeklinde beslendikleri görülmüştür. Egzersiz türü ve bigoreksiya ilişkisi bağlamında literatürde, bigoreksiyanın belirli bir kiloyu

korumayı gerektiren (güreş, at yarışı, kürek çekme, jimnastik ve dans gibi) veya vücut büyüklüğünü ve/veya kas kütesini artırma gerekliliği olan (vücut geliştirme veya futbol gibi) sporları yapmakla ilişkilendirildiği görülmektedir. Bu sporları yapanların, kilo kontrolünün gerekli olmadığı (golf, beyzbol ve hokey gibi) sporları yapanlara göre daha yüksek bigoreksiya geliştirme olasılığı taşıdıkları bildirilmektedir (54,79,81,82). Yine halter veya vücut geliştirme gibi artan kas kütesi veya güç kazanımını vurgulayan sporlarla uğraşanlarda, bigoreksiya geliştirme olasılığının arttığı belirtilmektedir (30,83). Beslenme türü ve bigoreksiya ilişkisi bağlamında ise literatürde bigorektik bireylerin genellikle protein ağırlıklı ve düşük yağ içerikli diyetleri tercih ettikleri ve çeşitli besin takviyelerine diyetlerinde yer verdikleri görülmektedir. Araştırmalar, bigoreksiya semptomları gösteren bireylerin beslenme davranışlarının, çoğunlukla “seçici ve kısıtlayıcı” olarak nitelendirilmektedir. Bazı bireylerde estetik değişikliklere duyulan aşırı isteğin, kontrolsüz ve aşırı protein tüketimini teşvik ettiği ve diyet yağlarını ciddi oranda azalttığı gözlenmiştir (85,86). Üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada, hem erkek cinsiyet hem de egzersiz düzeyinin, bigoreksiya riskiyle anlamlı bir ilişkiye sahip olduğu bildirilmektedir. Ayrıca bigorektik gruptaki diyet yapma sıklığı %30,8 olarak tespit edilmiş; kadın cinsiyetteki bigorektiklerin ise tamamının (%100,0) diyet yaptığı gözlenmiştir. Bigoreksiya semptomları olanların uyguladıkları beslenme türleri ise %44,4 hiperproteik, %33,3 vejetaryen ve %22,2 hipokalorik olarak belirlenmiştir (37). Bakıldığında araştırmanın hem egzersiz hem beslenme bulgularının, literatürle paralellik gösterdiğini söylemek mümkündür.

Araştırma grubundaki yaklaşık her beş katılımcıdan biri, son bir yılda en az bir ergojenik destek ürünü kullandığını bildirmiştir. Bigoreksiya sıklığının, ergojenik destek ürünü kullananlarda daha yüksek olduğu; ergojenik destek ürününün kullanım süresi açısından ise farklılık olmadığı tespit edilmiştir. Ergojenik destek ürünü kullananlarda, bigoreksiya riski ise daha fazladır. Araştırma grubunda ergojenik destek ürünü kullananlarda, kullanmayanlara göre bigoreksiya sıklığının 4,8 kat daha fazla olduğu gözlenmiştir. Literatürde yapılan bir sistematik incelemede, bigoreksiya ile ergojenik ürün kullanımı arasında %60-90 gibi yüksek düzeyde bir birliktelik olduğu rapor edilmektedir (88). Araştırma grubu olan üniversite öğrencileri içinse bildirilen değerlerin farklılık gösterdiği; bununla birlikte %1 ila %30 arasında

değiştigi görülmektedir (90,91). Diğer bir taraftan bigoreksiya semptomlarının varlığının da ergojenik destek ürünü kullanım sıklığını arttırdığı bildirilmektedir (bigoreksiya semptomları varlığında: %61,0 iken yokluğunda: %10,4'tür) (91). Literatürde üniversite öğrencilerindeki ergojenik destek ürününün kullanım sıklığı %19 olarak tahmin edilmektedir (91). Bu sıklık, çalışmada elde edilen sıklığa oldukça yakın değerdir. Öte yandan Egzersiz ve Spor Bilimleri öğrencilerinde yapılan bir çalışmada, diyet takviyeleri alan erkeklerin, bigoreksiya yaşama olasılığının 10 kat daha fazla olduğu tespit edilmiştir (37). Bu çalışmada tespit edilen bigoreksiya riski ise daha düşük bulunmuştur. Ergojenik destek ürünlerinin kullanımı ve bigoreksiya riski arasındaki bu fark, diğer çalışma grubunun Egzersiz ve Spor Bilimleri öğrencilerinden oluşan spesifik bir gruba ait verilere dayanıyor olması olabilir. Bu çalışmada incelenen öğrencilerden farklı olarak, Egzersiz ve Spor Bilimleri öğrencileri, profesyonel yaşamlarında da sportif faaliyetleri ve performanslarına odaklandıkları için, bu tür ürünlere daha yoğun bir şekilde yönelmiş olabilirler, bu durum ise aradaki farklılığı açıklayabilir.

Mevcut çalışmaya göre en sık tercih edilen ergojenik destek ürünleri: protein tozu (%72,0), kafein (%57,3), amino asitler (%45,3) ve kreatinin (%44,0) olmuştur. Literatürde ise en yaygın kullanılanıma sahip olan ergojenik destek ürünü olan proteinin erkeklerdeki kullanım sıklığı %36,0 ile %60,9 arasında değişmektedir. Bunu takip eden kreatininin ise %12,0-36,2 arasında değişen bir kullanım sıklığı bulunmaktadır (91,147). Bu çalışmadaki bulgular, literatüre kıyasla daha yüksek değerler göstermekte olup, kafeinin ikinci sırada yer alması dikkat çekmektedir. Buna göre çalışmalarda elde edilen farklı değerler, yıllar içerisinde erkeklerdeki ergojenik destek ürünü kullanım sıklığında ve ürün tercihlerinde farklılaşma olduğunu düşündürmektedir. Ayrıca burada ürünlerin ulaşılabilirliğinin (kafeinin tercihlerdeki yeri gibi), tercihte etkili bir faktör olması muhtemeldir. Yine de bu farklılığı açıklamak için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Araştırma grubunda, tıbbi gözetim altında kullanılması gereken ve reçeteye tabi olan testosteron ve türevleri (%10,7), büyüme hormonu (%8,0), astım ilacı (Beta 2 agonist) (%5,3), kortikosteroid (%4,0), diüretik (%4,0) ve eritropoetinin (%4,0) endikasyonu dışında sportif performansı arttırmak maksadıyla kullanıldığı tespit edilmiştir. Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) 1955 yetişkin erkekte yapılan bir

çalışmada, tıbbi olmayan anabolik steroid kullanıcıları değerlendirilmiş; testosteron ve türevleri (%4,7), büyüme hormonu (%4,1), astım ilacı (Beta 2 agonist) (%3,4) olarak rapor edilmiştir (42). Bakıldığında ABD verilerinin daha düşük olduğu görülmektedir. Ancak ABD çalışmasındaki grup profili, bu çalışmaya göre farklılık göstermektedir. ABD grubunun yaklaşık 30 yaşında, yüksek eğitim almış, kazançlı bir işte çalışan, ortalamanın üzerinde gelire sahip ve organize sporlarda aktif olmayan bireylerden oluştuğu görülmektedir. Ayrıca anabolik androjenik steroid kullanım motivasyonları sportif amaçlı olmayıp; kas kütlelerinde artış, güç ve fiziksel çabacılık elde etmek içindir (42). Diğer yandan, araştırma grubunu oluşturan erkek üniversite öğrencileri, daha genç ve nispeten farklı sosyoekonomik koşullara sahiptir ve bu ürünleri sportif performanslarını artırmak amacıyla tercih etmişlerdir. Ek olarak, yetişkin gruba göre gençlerin bilgi ve farkındalık açısından daha eksik olmaları muhtemeldir. Bahsedilen tüm bu durumlar, gruplar arasındaki kullanım yüzdelerindeki farklılığı açıklayabilir.

Yine araştırma grubunun sportif performansa yönelik bu ürünleri sıklıkla internet (%69,4), spor salonu (%12,0) veya eczaneden (%9,3) temin ettikleri görülmüştür. Diğer seçeneği içinde ise arkadaş, hediye veya yurtdışı kaynaklarından temin ettiğini bildirenler olmuştur. ABD'deki erkeklerin anabolik androjenik steroid kullanımını inceleyen bir çalışmada anabolik androjenik steroidlerin temin edildiği kaynaklar: internet (%52,7) yerel kaynaklar (%16,7), arkadaşlar veya eğitim partnerleri (%15), doktor reçetesiyle (%6,6) veya yabancı ülkelere (%5,8) şeklindedir (42). Çalışmalar farklı ülkelere ait olsa da ürünlerin temini için benzer kaynaklara başvurulduğu, en sık da internetten sipariş edildiği görülmektedir. Özellikle bu çalışma için internetten ürün temininin daha yüksek olması, araştırma grubunun da bir parçası olduğu Türkiye'deki genç erişkinler arasında internet alışverişinin oldukça yaygın bir kullanıma sahip olmasıyla açıklanabilir (148).

Araştırmanın 2. hipotezi olan "Genç erkeklerdeki bigoreksiya, algılanan beden imajına göre farklılık göstermektedir" şeklindeki H1 hipotezi doğrulanmıştır. Buna göre ileri analizlerde anlamlı bulunmamakla birlikte; bigorektik bireyler, normal bireylere göre daha düşük beden memnuniyetine sahiptir. Bireylerin beden algısındaki memnuniyet düzeyi arttıkça; bigoreksiya düzeyi azalmaktadır. Literatüre bakıldığında bigoreksiya ve beden algısı ilişkisinin uzun zamandır birlikte

anıldığı görülmektedir. Öyleki bigoreksiyayı literatürle tanıştıran Pope ve arkadaşlarının, erkek vücut geliştiricilerde saptadıkları bu tabloyu tanımlamak için kullandıkları ilk ifade “rahatsız bir beden imajı algısı” olmuştur (9). Furnham ve Calnan, erkeklerdeki beden algısındaki memnuniyetsizlik hissinin, bigoreksiya gelişimindeki itici güç olduğunu bildirmektedir (79). Literatürde artan beden memnuniyetsizliği ile bigoreksiya semptomları arasında pozitif anlamlı bir korelasyon olduğu, aynı şekilde bigoreksiyanın bir semptomu olan beden kontrol davranışı ile de ilişkili olduğu rapor edilmektedir (115). Son 50 yıldaki literatürde yer alan yeme bozukluğu ve bigoreksiyadaki beden algısını değerlendiren bir sistematik inceleme, bu bulguyu destekleyen kanıtlar sunmaktadır. Buna göre beden algısındaki bozukluğun, bigoreksiya psikopatolojisi ile ilgili bozuklukların temelini oluşturduğu rapor edilmektedir. Ayrıca bigoreksiya gruplarının, kontrollerle karşılaştırıldığında anlamlı olarak daha yüksek düzeyde beden algısı bozukluğu gösterdiği tespit edilmiştir (149). Bir başka sistematik incelemede ise bigoreksiya ve beden algısı bozukluğu arasındaki mevcut nedensellikten hareketle, DSM-V’te bir revizyona gidilerek ortak bir beden imajı bozuklukları başlığı altında sınıflandırılmasının daha uygun olacağına vurgu yapılmaktadır. Mevcut DSM-V sınıflamasına göre ise bigoreksiya, bir çeşit BDB’dir. Söz konusu incelemede beden algısındaki bozulmanın, bigoreksiyayı BDB’den ayırmak için bir faktör olabileceğinin belirtilmesi ise dikkat çeken bir diğer husustur (44). Sonuç olarak bu bulgunun, bir başka ifadeyle bigoreksiya ile beden algısı arasındaki nedensellik bağının, literatür tarafından da kabul gören bir durum olduğu görülmektedir.

Araştırmanın 3. Hipotezi olan “Genç erkeklerdeki bigoreksiya, sosyo-fizik kaygı düzeyine göre farklılık göstermektedir” şeklindeki H1 hipotezi doğrulanmıştır. Buna göre bigorektik bireyler, normal bireylere göre daha fazla sosyal fizik kaygı, başka bir ifadeyle dış görünüş kaygısı yaşamaktadır. Bireyin dış görünüşünden duyduğu kaygının artması, erkeklerdeki bigoreksiya düzeyini arttırmaktadır. Araştırma grubunda dış görünüşten duyulan kaygı arttıkça, bigoreksiya riskinin yaklaşık 1,3 kat arttığı görülmüştür. Araştırmanın bu bulgusunun literatürle uyumlu olduğu görülmektedir. Literatürdeki kanıtlar, üniversite öğrencileri arasında görünüş sebebiyle yaşanan sosyal fizik kaygının giderek yaygınlaştığını, dış görünüşlerini sürekli takip eden erkeklerin, görünüşlerini takip etmeyen erkeklere göre görünüşleri

hakkında daha yüksek düzeyde utanç ve kaygı potansiyeli taşıdığını bildirmektedir (118). Ayrıca üniversite öğrencilerini fiziksel olarak aktif olmaya iten en önemli nedenlerden birinin, görünüş kaygısı olduğu saptanmıştır (119). Yaşanılan yüksek sosyal fizik kaygının; yüksek ağırlık egzersizi sıklığı, daha uzun egzersiz süresi ve egzersiz yoğunluğunun fazlalığıyla ilişkili olduğu bildirilmektedir (144). Üniversite öğrencilerinde yapılan çalışmalar, sosyal fizik kaygı ile bigoreksiya semptomları arasında anlamlı bir ilişki olduğunu rapor etmektedir (80,120). Çin’de erkek üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada, bigorektik erkeklerin sosyal fizik kaygı puanlarının diğerlerine göre anlamlı derecede yüksek olduğu; bigoreksiya ile sosyal fizik kaygı arasında pozitif anlamlı bir ilişki olduğu bildirilmektedir (144). Rekreatif sporcularda yapılan bir başka çalışmada, sosyal fizik kaygı ve bigoreksiya arasında pozitif anlamlı bir korelasyon olduğu ve sosyal fizik kaygının bigoreksiya için bir prediktör olabileceği rapor edilmektedir (150). Sonuç olarak, erkeklerdeki sosyal fizik kaygının, bigoreksiya gelişimi için bir tehdit oluşturduğu öne sürülebilir.

Araştırmanın 4. hipotezi olan “Genç erkeklerdeki bigoreksiya, algılanan sosyal destek düzeyine göre farklılık göstermektedir” şeklindeki H1 hipotezi doğrulanmıştır. Buna göre ileri analizlerde anlamlı bulunmamakla birlikte; bigorektik bireyler, normal bireylere göre; sosyal desteği daha düşük olarak algılamaktadır. Algılanan sosyal destek düzeyinin artması ise bigoreksiya düzeyini azaltmaktadır. Ayrıca bigorektik bireyler, diğerlerine göre aile ve arkadaş desteğini daha düşük düzeyde algılamakta ve özel bir insan kaynağından algıladıkları destekten etkilenmemektedir. Bu konuda literatür, birey için öneme sahip sosyal kaynaklar olan aile, arkadaş, partner gibi kişilerin ideal beden kavramını desteklemesinin; erkeklerin kaslılık düzeyleri üzerine daha fazla kafa yormalarına ve bu görünüm idealinin onlar için daha önemli hale gelmesine neden olduğuna dikkat çekmektedir. Bu durum kaslı vücut idealinin içselleştirmesi ve bigoreksiya gelişimi ile ilişkilendirilmektedir (54). Konuyla ilgili çalışmalar zayıflık, kaslılık ve atletik beden idealleri ile aile ve akran baskılarının içselleştirilmesi ve bigoreksiya semptomları arasında pozitif anlamlı bir korelasyon bildirmektedir (70,71). Ayrıca çalışmalar, kişinin sosyal destek görmeyi beklediği akran-ebeveyn gibi sosyal çevresinden baskı, alay, zorbalık, ihmal ve istismara maruz kalmasının da bigoreksiya gelişimini

tetikleyebileceğini belirtmektedir (31,57). Üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışma, bireksiyanın bozulmuş sosyal destek ve sosyokültürel ilişkilerle anlamlı bir ilişkiye sahip olduğunu rapor etmektedir (25). Sosyal desteğin en önemli işlevlerinden biri, bireyde meydana gelen stresli yaşam olaylarının ve süregelen yaşam zorluklarının yarattığı psikolojik zararları azaltarak veya dengeleyerek tampon görevi görmesidir. Bu sayede, ruh ve beden sağlığına yönelik tehlikelere karşı koruyucu bir rol üstlenmektedir (121–123). Özetle bu çalışmanın bulguları ve mevcut literatür, sosyal etkilerin bu bozukluğa katkıda bulunabileceğini göstermektedir. Bu bağlamda pozitif algılanan sosyal desteğin, bireksiyanın ortaya çıkmasına engel olabileceği varsayımında bulunulabilir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma ile 2022-2023 eğitim-öğretim yılında Süleyman Demirel Üniversitesi bünyesindeki herhangi bir fakültede lisans düzeyinde eğitim alan erkek öğrencilerin bigoreksiya sıklığı değerlendirilmiştir. Ayrıca beden algısı, sosyal fizik kaygı ve algılanan sosyal destek faktörlerinin erkek öğrencilerdeki bigoreksiyaya etkisi incelenmiştir. Buna göre elde edilen sonuçlar aşağıda yer almaktadır:

1. Tamamı erkek bireylerden oluşan grubun; büyük bir kısmı çekirdek aileye sahip (%84,5), kendi evinde (%47,7) veya apartta (%31,6), büyük oranda ailesiyle (%43,3) veya yalnız (%30,3) kalan ve hayatının büyük bir kısmında il (%54,9) veya ilçe merkezinde (%32,1) ikamet etmiş bireylerden oluşmaktadır.
2. Yaş ortalamaları $22,2 \pm 2,4$ yıl (min:19-maks:34), boy ortalamaları $178,0 \pm 6,6$ cm (min:160-maks:199), ağırlık ortalamaları ise $76,5 \pm 12,8$ kg (min:54-maks:130) idi ve BMI açısından %31,6 fazla kilolu ve %5,4 obez bireylerden oluşmaktadır.
3. Grubun %58,8'i düzenli egzersiz yapmaktadır. Yapılan düzenli egzersiz aktiviteleri; haftada en az 300 dakika (5 saat) aktif olarak yapılan (%41,9), haftada en az 2 gün orta ila yüksek yoğunlukta kas güçlendirici aktivite (%38,3) veya haftada en az 150 dakika orta yoğunlukta veya 75 dakika şiddetli aerobik aktivite veya her ikisinin bir kombinasyonu (%19,8) olan egzersizlerden oluşmaktadır. Sportif faaliyetler veya egzersiz için haftalık ayrılan ortalama süre $4,8 \pm 4,9$ (min:0-maks:30) saattir.
4. Grubun sportif faaliyet geçmişi sorgulandığında; geçmişte %51,6'sı bireysel sporlarla, %48,2'si takım sporlarıyla ilgilenmiştir. Ağırlıklı olarak ilgilenilen bireysel sporlar: fitness (%48,4), vücut geliştirme (%10,1), kickboks (%8,0) iken takım sporları: futbol (%54,3), basketbol (%23,7) ve voleybol (%16,7) olarak bildirilmiştir. Bireysel sporun yapıldığı süre $28,4 \pm 29,0$ (min:1-maks:144) ay, takım sporunun yapıldığı süre ortalama $34,1 \pm 33,7$ (min:1-maks:68) aydır.
5. Özel bir egzersiz programı uygulayanların grup içindeki sıklığı %33,4'tür. Başka bir ifade ile her üç katılımcıdan biri özel bir egzersiz programı

uygulamaktadır. Bu programlarda ağırlıklı olarak fitness (%47,3) ve vücut geliştirme (%25,6) egzersizleri tercih edilmektedir. Bir başkasının önerisinden ziyade, büyük oranda katılımcının kendi kararı (%82,8) ile mevcut egzersiz programına karar verdiği görülmüştür. Bununla beraber %7,8 antrenör, %7,8 arkadaş veya akraba önerisiyle, %3,3 sosyal medya veya internetin etkisiyle egzersiz programına karar vermiştir. Özel egzersizin yapıldığı süre $13,7 \pm 18,7$ (min:1-maks:120) aydır.

6. Özel bir beslenme programı uygulayanların grup içindeki sıklığı %23,8'dir. Yaklaşık her dört katılımcıdan biri özel bir beslenme programına göre beslenmektedir. Sıklıkla protein ağırlıklı (%60,9), karbonhidrat ağırlıklı (%15,2) ve aralıklı oruç (%13,0) yöntemleri tercih edilmekte ve çoğunlukla uygulanan beslenme programına herhangi bir öneri almaksızın kendileri karar vermektedir (%70,6). Bununla beraber %10,9 antrenör, %9,8 diyetisyen veya doktor gibi bir profesyonelden, %5,4 arkadaş veya akraba önerisiyle, %3,3 sosyal medya veya internetin etkisiyle beslenme programına karar vermiştir. Özel beslenme programı uygulama süresi $13,0 \pm 19,9$ (min:1-maks:120) aydır.
7. Yaklaşık her beş katılımcıdan birinin (%19,4) son bir yılda en az bir destek ürünü kullandığı tespit edilmiştir. Sıklıkla tercih edilen ergojenik destek ürünleri: protein tozu (%72,0), kafein (%57,3), amino asitler (%45,3), kreatinin (%44,0) vitamin/multivitamin (%44,0), mineral (%36,0), omega 3-6-9 (%34,7) ve L-karnitin (%29,3)'dir.
8. Tıbbi gözetim altında kullanılması gereken ve reçeteye tabi olan testosteron ve türevleri (%10,7), büyüme hormonu (%8,0), astım ilacı (Beta 2 agonist) (%5,3), kortikosteroid (%4,0), diüretik (%4,0) ve eritropoetinin (%4,0) endikasyonu dışında sportif performansı arttırmak amacıyla kullanılmıştır. Bazı katılımcılar (%4,0) diğer seçeneği içinde "Stanozolol, Clenbuterol, Oxandrolone, Drostanolone ve SARMs" kullandığını belirtmiştir.
9. Grubun çoğunluğu herhangi bir öneri almaksızın kendi kararıyla (%74,7); internet (%69,4), spor salonu (%12,0) veya eczaneden (%9,3) temin ettiği, bir veya daha fazla sayıda ergojenik destek ürünü kullanmaktadır.

10. Ergojenik destek ürününün kullanım sıklığı sorgusuna göre; kullanıcıların %20,0'si her gün, % 28,0'i sadece spordan önce, %25,3'ü sadece spordan sonra, %21,3'ü ise hem spor öncesi hem spor sonrası en az bir tür ergojenik destek ürünü kullanmaktadır. Ergojenik destek ürünü kullanım süresi ortalama $8,8 \pm 12,5$ (min:1-maks:72) aydır.
11. Grubun ölçek puan ortalamaları: BAÖ $150,1 \pm 25,3$ (min:52-maks:220), SFKE $18,5 \pm 4,4$ (min:9-maks:31), ÇBASDÖ $57,9 \pm 15,8$ (min:18-maks:84) ve MDDI $30,0 \pm 9,1$ (min:13-maks:57)'dir.
12. MDDI kesim noktasına göre bigorektik olanların grup içi sıklığı %18,9 olarak tespit edilmiştir.
13. Araştırma grubunda bigoreksiya sıklığı; aile tipi, en uzun süre ikamet edilen yerleşim yeri ve BMI'den etkilenmemektedir.
14. Üniversite eğitimi sırasında grubun kendi evinde kalan bireylerinde, yurt veya akraba evinde kalanlara göre bigoreksiya sıklığı daha yüksekken; apartta kalanlarla farklılık göstermemektedir. Yapılan ileri analizlere göre kendi evinde kalanlarda, diğerlerine (apart, yurt veya akraba evinde kalanlar) göre bigoreksiya sıklığı azalmaktadır.
15. Araştırma grubunda ileri analizlerde anlamlı bulunmamakla birlikte; ailesiyle kalan bireylerde, arkadaş veya akrabası ile kalanlara göre bigoreksiya sıklığı daha yüksektir.
16. Araştırma grubundaki bigoreksiya sıklığı; yaş, düzenli egzersiz, bireysel spor geçmişi, bireysel sporun yapıldığı süre, takım sporu geçmişinden ve takım sporunun yapıldığı süreden etkilenmemektedir.
17. Araştırma grubunda ileri analizlerde anlamlı bulunmamakla birlikte; bigoreksiya sıklığı, özel bir egzersiz programı uygulayanlarda daha yüksekken; özel egzersizin yapıldığı süre açısından farklılık göstermemektedir.
18. Araştırma grubunda ileri analizlerde anlamlı bulunmamakla birlikte; bigoreksiya sıklığı, özel bir beslenme programı uygulayanlarda daha yüksekken; özel beslenme programı uygulama süresi açısından farklılık göstermemektedir.

19. Bigoreksiya sıklığı, ergojenik destek ürünü kullananlarda daha yüksekken; ergojenik destek ürününün kullanım süresi açısından farklılık göstermemektedir. Ergojenik destek ürün kullananlarda, bigoreksiya riski daha fazladır. Araştırma grubunda ergojenik destek ürünü kullananlarda, kullanmayanlara göre bigoreksiya sıklığının 4,8 kat daha fazla olduğu görülmüştür.
20. Araştırma grubunda ileri analizlerde anlamlı bulunmamakla birlikte; bigoreksiya düzeyi arttıkça, sportif faaliyet veya egzersiz için haftalık ayrılan süre artmaktadır.
21. Araştırma grubunda ileri analizlerde anlamlı bulunmamakla birlikte; bigorektik bireyler, normal bireylere göre daha düşük beden memnuniyetine sahiptir. Bireylerin beden algısındaki memnuniyet düzeyi arttıkça; bigoreksiya düzeyi azalmaktadır.
22. Bigorektik bireyler, normal bireylere göre daha fazla sosyal fizik kaygı başka bir ifadeyle dış görünüş kaygısı yaşamaktadır. Bireyin dış görünüşünden duyduğu kaygının artması; bigoreksiya düzeyini arttırmaktadır. Araştırma grubunda dış görünüşten duyulan kaygı arttıkça, bigoreksiya riskinin yaklaşık 1,3 kat arttığı görülmüştür.
23. Araştırma grubunda ileri analizlerde anlamlı bulunmamakla birlikte; bigorektik bireyler, normal bireylere göre sosyal desteği daha düşük olarak algılamaktadır. Algılanan sosyal destek düzeyinin artması, bigoreksiya düzeyini azaltmaktadır.
24. Bigorektik bireyler, diğerlerine göre aile ve arkadaş desteğini daha düşük düzeyde algılamakta ve özel bir insan kaynağından algıladıkları destekten etkilenmemektedir. Algılanan aile ve arkadaş desteğinin artması, bigoreksiya düzeyini azaltmaktadır.

Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre şu önerilerde bulunulabilir;

- ✓ Toplumların en değerli hazineleri ve gelecekleri gençleridir. Bu çalışmada her beş gençten birinde, yani oldukça yüksek bir sıklıkta, bigoreksiya varlığı tespit edilmiştir. Gençleri korumak, sağlıklı toplumların inşası ve devamlılığı için oldukça önemlidir. Bu nedenle, bigoreksiya gibi sağlık sorunlarına karşı uyanık olunmalıdır. Özellikle popüler kültürle birlikte, kontrolsüz bir biçimde diyet-egzersiz-takviye kullanım modası, gençleri ciddi bir biçimde tehdit etmektedir.
- ✓ Egzersiz ve diyet uygulamaları, takviye alımı gibi masum görünen aktivitelerin bile birtakım potansiyel riskler barındırdığı göz ardı edilmemelidir. Mevcut çalışma; her üç gençten birinin özel bir egzersiz programı uyguladığını, her dört gençten birinin özel bir beslenme programı uyguladığını, her beş gençten birinin ise bir ya da daha fazla sayıda ergojenik destek ürün kullandığını ve bunların aralarında ilaç suistimalinin varlığını göstermiştir. Bu bulgular, gençler arasında sağlıklı yaşam alışkanlıkları olarak nitelendirilen diyet-egzersiz-ergojenik destek ürün kullanımının oldukça yaygın olduğunu göstermektedir. Bu nedenle, gençlerin bu uygulamalar hakkında bilinçlenmeleri ve farkındalık kazanmaları büyük önem taşımaktadır.
- ✓ Ayrıca profesyonel bir öneri olmaksızın gençlerin bilinçsizce, kendi kararları doğrultusunda kolaylıkla ergojenik destek ürünlerini temin etmelerinin önüne geçecek bir kontrol mekanizmasına ihtiyaç olduğu görülmüştür. Yan etki profili ve kişinin mevcut sağlık durumu bilinmeksizin, birden fazla ürün bilinçsizce, sık aralıklarla kullanılabilir. Bu tarz ürünlerin merdiven altı üretim gibi risklerinin de ortadan kaldırıldığı, doğru ve sağlıklı kaynaklardan temininin sağlandığı, uygulama ve yan etkiler konusunda alıcıya gerekli bilgilendirmenin yapıldığı bir sunuma ihtiyaç vardır. Yine bu ürünlerin içeriği, kim kullanabilir kim kullanamaz, hangi ürünler nasıl-ne kadar-hangi sıklıkta kullanılmalı gibi soruların muhatabı olabilecek doktor, diyetisyen, antrenör gibi meslek grubu mensuplarının, bilgi ve farkındalık sahibi olmalarının önemi ortaya çıkmaktadır. Bu noktada, özellikle bir uzmandan yardım alınması konusunda gençlerin teşvik edilmeleri önemlidir.

Böylece bireyin sağlığını tehdit edecek uygulamaların önüne geçmede başarılı olunabilir. Aynı durum diyet ve egzersiz uygulamaları için de geçerlidir. Gençlerin bu konularda doğru ve sağlıklı olana yönlendirilmeleri, bilgi ve farkındalık kazandırılmaları önem taşımaktadır.

- ✓ Mevcut çalışma, üniversite gençliği arasında olumsuz beden algısı geliştiren, sosyal çevresinde görünüşü nedeniyle kaygı yaşayan, özellikle aile ve arkadaş çevresinden yeterli sosyal destek almadığını düşünen erkeklerin, bigoreksiya riski taşıdığını göstermiştir. Bu durum gençler için sosyal ortamlarının, bu ortamdaki diğer kişilerin ve burada kendilerini nasıl hissettiklerinin ne kadar önemli olduğunu göstermektedir. Sağlıklı aile ve arkadaş ilişkileri kurmanın ve sağlıklı bir sosyal ortamda bulunmanın, ihtiyaç duyulduğunda bu kaynaklardan destek ve yardım görebilmenin, gençlerin bigoreksiya gibi sorunlardan korunmasında oynadığı kritik role dikkat çekmek yerinde olacaktır.
- ✓ Yine gençlerin olumlu bir beden algısına sahip olmaları ve bedenleriyle ilgili görünüş kaygısına kapılmayacak kadar özgüvenli hale gelmeleri için, sağlık profesyonelleri tarafından verilen eğitimler ve danışmanlık hizmetleri gibi kaynaklardan yararlanabilecekleri hizmetlerin erişilebilirliğinin artırılması önerilebilir. Ayrıca, ailelerin ve arkadaş çevresinin de bu konuda destekleyici bir rol üstlenmesi ve olumlu beden imajını teşvik etmeleri önemlidir. Bu da bilinçli ve farkında olan aileler ve gençlerle sağlanabilir.
- ✓ Bu çalışmanın yapılma amaçlarından bir diğeri de, hem toplumda hem de sağlık hizmet sunucularında bir farkındalık oluşturmaktır. Zira literatürde de dikkat çekildiği üzere bigorektik bireyler kendilerini normal olarak nitelendirmektedir. Dışarıdan sağlıklı gibi görünse bile bu bireylerin tespit edilmesinde sosyal çevreleri (aile, arkadaş, partner, antrenör vd.) ve sağlık profesyonellerine önemli bir iş düşmektedir. Ancak bu farkındalıkla, bigoreksiyanın yol açacağı bireysel ve sosyolojik yıkıcı tabloları önlemek mümkün olabilir.

ÖZET

Genç Erkeklerin Bigoreksiya Düzeyine; Beden Algısı, Sosyal Fizik Kaygı Ve Algılanan Desteğin Etkisi

Bu çalışmada genç erkeklerin bigoreksiya düzeyine; beden algısı, sosyal fizik kaygı ve algılanan sosyal desteğin etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Kesitsel analitik tipteki bu çalışma, 2022-2023 eğitim-öğretim yılında Süleyman Demirel Üniversitesi'nde gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evreni, üniversitedeki 15 fakülteden herhangi birinde lisans düzeyinde eğitim alan 15 890 erkek öğrencidir. Evrendeki birey sayısı (N): 15 890, sıklık (p): 70/120, hata payı (α): %5, desen etkisi 1 alınarak OpenEpi programında 366 hesaplanmış, %5 daha eklenerek, fakültelere göre tabakalama ve yuvarlama yapıldığında 386 olarak belirlenmiştir. Veriler, tabakalı basit rastgele örnekleme yöntemi kullanılarak seçilen 386 erkekte hibrit olarak toplanmış; SPSS 22.0 programında yüzde, ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerler, ki-kare ve t testi, Pearson korelasyon ve lojistik regresyon analizleri ile değerlendirilmiştir. İstatistiksel anlamlılık için $p < 0,05$ kabul edilmiştir. Araştırmanın bağımlı değişkeni, MDDI puanına göre belirlenen bigoreksiya durumudur. Sosyodemografik, egzersiz, beslenme, ergojenik destek ürünü kullanımı gibi özelliklerin yanında; beden algısı (BAÖ), sosyal fizik kaygı (SFKE) ve algılanan sosyal destek (ÇBASDÖ) durumları incelenmiştir.

Araştırma grubunda bigoreksiya %18,9; düzenli egzersiz %58,8 ve ergojenik destek ürün kullanımı %19,4 sıklığa sahipti. Kendi evinde kalanlarda; apart, yurt veya akraba evinde kalanlara göre bigoreksiya sıklığı 0,5 kat daha azdı ($p=0,017$). Sportif performans için ergojenik destek ürün kullananlarda, kullanmayanlara göre bigoreksiya sıklığı 4,8 kat daha fazlaydı ($p < 0,001$). Dış görünüşten duyulan kaygı (SFKE puanı) arttıkça; bigoreksiya riski 1,3 kat artmaktaydı ($p < 0,001$). Beden algısı memnuniyet düzeyi (BAÖ puanı) ve algılanan sosyal destek düzeyi (ÇBASDÖ puanı) arttıkça, bigoreksiya düzeyi (MDDI puanı) azalmaktaydı (sırasıyla $r = -0,011$, $p = 0,832$, $r = -0,152$, $p = 0,003$). Aile veya arkadaş kaynaklı algılanan sosyal destek düzeyi arttıkça, bigoreksiya düzeyi (MDDI puanı) azalmaktaydı (sırasıyla $r = -0,150$, $p = 0,003$ ve $r = -0,148$, $p = 0,004$).

Sonuç olarak, bu çalışmada yaklaşık beş genç erkekte birinde, yani oldukça yüksek bir sıklıkta, bigoreksiya varlığı tespit edilmiştir. Ayrıca genç erkeklerdeki beden algısının, sosyal fizik kaygının ve algılanan sosyal desteğin bigoreksiyada etkili faktörler olduğu görülmüştür.

Anahtar sözcükler: Beden Algısı, Bigoreksiya, Sosyal Fizik Kaygı, Algılanan Sosyal Destek

ABSTRACT

The Effect of Body Image, Social Physique Anxiety, and Perceived Support on the Level of Bigorexia in Young Men

This study aimed to investigate the effect of body image, social physique anxiety, and perceived social support on the level of bigorexia in young men.

This cross-sectional study was conducted during the 2022-2023 academic year. The population of the study was 15 890 male students enrolled in undergraduate at Süleyman Demirel University. The population size (N) was 15 890, with prevalence (p):70/120 and margin of error (α): 5%, design effect:1 was assumed. The sample size of 366 was calculated in the OpenEpi program. Adding 5% and stratifying by faculties resulted in a determination of 386. Data were collected using hybrid stratified random sampling (n=386). The data were evaluated employing percentages, means, standard deviations, minimum and maximum values, chi-square and t tests, Pearson correlation, and logistic regression analyses. A significance level of $p<0.05$ was statistical significance. The dependent variable was bigorexia determined by MDDI scores.

In the study group, the prevalence of bigorexia was 18.9%, regular exercise was 58.8%, and the ergogenic support useage was 19.4%. Among those living in their own homes, bigorexia was 0.5 times lower compared to those living in other accommodations including apartments, dormitories, or with relatives ($p=0.017$). Bigorexia was 4.8 times higher among individuals ergogenic support useage compared to non-users ($p<0.001$). As concerns about physical appearance (SPA) increased, bigorexia increased by 1.3 times ($p<0.001$). As the level of body perception satisfaction (BIS) and perceived social support (MPSS) increased, the level of bigorexia (MDDI) decreased ($r=-0.011$, $p=0.832$; $r=-0.152$, $p=0.003$, respectively). As the perceived social support from family or friends increased, bigorexia (MDDI) decreased ($r= -0.150$, $p=0.003$ and $r= -0.148$, $p=0.004$, respectively).

This study found a prevalence one in every five young men, indicating a relatively high frequency of bigorexia. It was observed that body image, social physique anxiety, and perceived social support are influential factors in bigorexia.

Keywords: Bigorexia, Body Image, Social Physique Anxiety, Perceived Social Support

KAYNAKLAR

1. Leit RA, Pope HG, Gray JJ. Cultural expectations of muscularity in men: The evolution of playgirl centerfolds. *Int J Eat Disord.* 2001;29(1):90–3.
2. Sypeck MF, Gray JJ, Ahrens AH. No longer just a pretty face: Fashion magazines' depictions of ideal female beauty from 1959 to 1999. *Int J Eat Disord.* 2004;36(3):342–7.
3. Secord PF, Jourard SM. The appraisal of body-cathexis: Body-cathexis and the self. *J Consult Psychol.* 1953;17(5):343–7.
4. Cash TF. Body image: past, present, and future. *Body Image.* 2004;1(1):1–5.
5. Tiggemann M. Sociocultural perspectives on human appearance and body image. In: Cash TF, Smolak L, Eds. *Body image: A Handbook of Science, Practice, and Prevention.* 2nd Ed., The Guilford Press; 2011. p. 12–19.
6. Grogan S. Culture and body image. In: *Body Image: Understanding Body Dissatisfaction in Men, Women and Children.* 4th Ed., London: Taylor and Francis; 2016. p. 32-40.
7. Jünger J, Kordsmeyer TL, Gerlach TM, Penke L. Fertile women evaluate male bodies as more attractive, regardless of masculinity. *Evol Hum Behav.* 2018;39:412–423.
8. Crossley KL, Cornelissen PL, Tovée MJ. What is an attractive body? Using an interactive 3D program to create the ideal body for you and your partner. *PLoS One.* 2012;7(11):e50601.
9. Pope HG, Katz DL, Hudson JI. Anorexia nervosa and “reverse anorexia” among 108 male bodybuilders. *Compr Psychiatry.* 1993;34(6):406–9.
10. Pope HG, Gruber AJ, Choi P, Olivardia R, Phillips KA. Muscle dysmorphia: An underrecognized form of body dysmorphic disorder. *Psychosomatics.* 1997;38(6):548–57.
11. Choi PYL, Pope HG, Olivardia R. Muscle dysmorphia: A new syndrome in weightlifters. *Br J Sport Med.* 2002;36:375–7.
12. Olivardia R, Pope HG, Hudson JI. Muscle dysmorphia in male weightlifters: A case-control study. *Am J Psychiatry.* 2000;157:1291–6.
13. Muller SA, Dennis DL, Schneider SR, Joyner RL. Muscle dysmorphia among selected male college athletes: An examination of the Lantz, Rhea, and Mayhew model. *Int Sport J.* 2004;8(2):119–25.
14. Lantz CD, Rhea DJ, Cornelius AE. Muscle dysmorphia in elite-level power lifters and bodybuilders: A test of differences within a conceptual model. *J Strength Cond Res.* 2002;16(4):649–55.
15. Murray SB, Rieger E, Touyz SW, García YD la G. Muscle dysmorphia and the DSM-V conundrum: Where does it belong? A review paper. *Int J Eat Disord.* 2010;43(6):483–91.
16. Calfee R, Fadale P. Popular ergogenic drugs and supplements in young athletes. *Pediatrics.* 2006;117(3):e577–e589.
17. Pope HG, Kanayama G, Athey A, Ryan E, Hudson JI, Baggish A. The lifetime prevalence of anabolic-androgenic steroid use and dependence in Americans: Current best estimates. *Am J Addict.* 2014;23(4):371–7.
18. Pope HG, Gruber AJ, Mangweth B, Bureau B, DeCol C, Jouvent R, et al. Body image perception among men in three countries. *Am J Psychiatry.* 2000;157(8):1297–301.
19. Atalay AA, Gençöz T. Critical factors of social physique anxiety: Exercising and body image satisfaction. *Behav Chang.* 2008;25(3):178–88.
20. Hart EA, Leary MR, Rejeski WJ. Tie measurement of social physique anxiety. *J Sport Exerc Psychol.* 1989;11(1):94–104.
21. Mitchell L, Murray SB, Copley S, Hackett D, Gifford J, Capling L, et al. Muscle dysmorphia symptomatology and associated psychological features in bodybuilders and non-bodybuilder resistance trainers: A systematic review and meta-analysis. *Sport Med.* 2017;47:233–259.
22. Pike KM, Striegel-Moore RH. Disordered eating and eating disorders. In: Gallant SJ, Keita GP, Royak-Schaler R, Eds. *Health Care for Women: Psychological, Social, and Behavioral Influences.* Washington, DC: American Psychological Association; 1997. p. 97–114.
23. Lepora SJ, Evans GW, Schneider ML. Dynamic role of social support in the link between chronic stress and psychological distress. *J Pers Soc Psychol.* 1991;61(6):899–909.
24. Procidano ME. The nature of perceived social support: findings of meta-analytic studies. In: Spielberger CD, Butcher JN, Eds. *Advances in Personality Assessment.* Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 1992. p. 1–27.
25. Goodale KR, Watkins PL, Cardinal BJ. Muscle dysmorphia: A new form of eating disorder?

- Am J Heal Educ. 2001;32(5):260–6.
26. Cambridge Dictionary. English-Turkish Translate [Internet]. Available from: <https://dictionary.cambridge.org/tr/sözlük/ingilizce-türkçe/big>
 27. Karydis I, Tolis G. Orexia, anorexia, and thyrotropin-releasing hormone. *Thyroid*. 2009;8(10):947–50.
 28. Sudi K, Öttl K, Payerl D, Baumgartl P, Tauschmann K, Müller W. Anorexia athletica. *Nutrition*. 2004;20(7–8):657–61.
 29. Griffiths S. Bigorexia: Muscle dysmorphia in young people. In: Manocha R, Ed. *Growing Happy, Healthy Young Minds*. Hachette UK; 2017.
 30. Pope HG, Philipps KA, Olivardia R. *The Adonis Complex: The secret crises of male body obsession*. New York, NY: Free Press; 2000.
 31. Tod D, Edwards C, Cranswick I. Muscle dysmorphia: current insights. *Psychol Res Behav Manag*. 2016;9:179–88.
 32. Grogan S. Body image and health: Contemporary perspectives. *J Health Psychol*. 2006;11(4):523–30.
 33. Hale BD, Smith D. Bodybuilding. In: Cash TF, Ed. *Encyclopedia of Body Image and Human Appearance*. Oxford: Academic Press; 2012.
 34. Frederick DA, Buchanan GM, Sadehgi-Azar L, Peplau LA, Haselton MG, Berezovskaya A. Desiring the muscular ideal: Men’s body satisfaction in the United States, Ukraine, and Ghana. *Psychol Men Masc*. 2007;8(2):103–17.
 35. Cohane GH, Pope HG. Body image in boys: A review of the literature. *Int J Eat Disord*. 2001;29(4):373–379.
 36. Nieuwoudt JE, Zhou S, Coutts RA, Booker R. Muscle dysmorphia: Current research and potential classification as a disorder. *Psychol Sport Exerc*. 2012;13(5):569–77.
 37. Bo S, Zoccali R, Ponzo V, Soldati L, Benso A, Fea E. University courses, eating problems and muscle dysmorphia: Are there any associations? *J Transl Med*. 2014;12(221):1–8.
 38. Blomeley D, Phillipou A, Castle DJ. Sizing it up: A systematic review of the nosology of muscle dysmorphia. *Clin Res Psychol*. 2018;1(1):1-10.
 39. Suffolk MT, Dovey TM, Goodwin H, Meyer C. Muscle dysmorphia: Methodological issues, implications for research, eating disorders. *Eat Disord*. 2013;21(5):437-457.
 40. Bonstingll K, McQueen L. Muscle dysmorphia: An investigation of nursing students awareness & recognition of an emerging disorder. *Nurs Heal*. 2014;2(1):18-22.
 41. Sandgren SS, Lavalley D. Muscle dysmorphia research neglects DSM-5 diagnostic criteria. *J Loss Trauma*. 2018;23(3):211-243.
 42. Cohen J, Collins R, Darkes J, Gwartney D. A league of their own: Demographics, motivations and patterns of use of 1,955 male adult non-medical anabolic steroid users in the United States. *J Int Soc Sports Nutr*. 2007;4(12):1–14.
 43. Veale D, Riley S. Mirror, mirror on the wall, who is the ugliest of them all? The psychopathology of mirror gazing in body dysmorphic disorder. *Behav Res Ther*. 2001;39(12):1381–93.
 44. Cooper M, Eddy KT, Thomas JJ, Franko DL, Carron-Arthur B, Keshishian AC, et al. Muscle dysmorphia: A systematic and meta-analytic review of the literature to assess diagnostic validity. *Int J Eat Disord*. 2020;53(10):1583–604.
 45. dos-Santos Filho CA, Tirico PP, Stefano SC, Touyz SW, Claudino AM. Systematic review of the diagnostic category muscle dysmorphia. *Aust New Zeal J Psychiatry*. 2016;50(4):322–333.
 46. Gruber AJ, Pope HG. Psychiatric and medical effects of anabolic-androgenic steroid use in women. *Psychother Psychosom*. 69(1):19–26.
 47. Hitzeroth V, Wessels C, Zungu-Dirwayi N, Oosthuizen P, Stein DJ. Muscle dysmorphia: A South African sample. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2001;55(5):521–523.
 48. Zeeck A, Welter V, Alatas H, Hildebrandt T, Lahmann C, Hartmann A. Muscle Dysmorphic Disorder Inventory (MDDI): Validation of a German version with a focus on gender. *PLoS One*. 2018;13(11):e0207535.
 49. Merhy G, Moubarak V, Hallit R, Obeid S, Hallit S. The indirect role of orthorexia nervosa and eating attitudes in the association between perfectionism and muscle dysmorphic disorder in Lebanese male University students – results of a pilot study. *BMC Psychiatry*. 2023;23(55):1–12.
 50. Compte EJ, Sepulveda AR, Torrente F. A two-stage epidemiological study of eating disorders

- and muscle dysmorphia in male university students in Buenos Aires. *Int J Eat Disord*. 2015;48(8):1092–101.
51. Rica R, Sepúlveda AR. Going deeper into eating and body image pathology in males: Prevalence of muscle dysmorphia and eating disorders in a university representative sample. *Eur Eat Disord Rev*. 2024; 32(2), 363-377.
 52. Duran S, Çiçekoğlu P, Kaya E. Relationship between orthorexia nervosa, muscle dysmorphic disorder (bigorexia), and self-confidence levels in male students. *Perspect Psychiatr Care*. 2020;56:878–884.
 53. Gorrasi ISR, Bonetta S, Roppolo M, Daga GA, Bo S, Tagliabue A, et al. Traits of orthorexia nervosa and muscle dysmorphia in Italian university students: A multicentre study. *Eat Weight Disord - Stud Anorexia, Bulim Obes*. 2020;25:1413–1423.
 54. Grieve FG. A conceptual model of factors contributing to the development of muscle dysmorphia. *Eat Disord*. 2007;15(1):63–80.
 55. Olivardia R. Mirror, mirror on the wall, who's the largest of them all The features and phenomenology of muscle dysmorphia. *Harv Rev Psychiatry*. 2001;9:254–259.
 56. Lantz CD, Rhea DJ, Mayhew JL. The drive for size: A psycho-behavioral model of muscle dysmorphia. *Int Sport J*. 2001;5:71 – 86.
 57. Cafri G, Thompson JK, Ricciardelli L, McCabe M, Smolak L, Yesalis C. Pursuit of the muscular ideal: Physical and psychological consequences and putative risk factors. *Clin Psychol Rev*. 2005;25(2):215–39.
 58. Foster AC, Shorter GW, Griffiths MD. Muscle dysmorphia: Could it be classified as an addiction to body image? *J Behav Addict*. 2015;4(1):1–5.
 59. Murray SB, Rieger E, Karlov L, Touyz SW. An investigation of the transdiagnostic model of eating disorders in the context of muscle dysmorphia. *Euro Eat Disord Rev*. 2013;21:160–164.
 60. Klimek P, Murray SB, Brown T, Gonzales MI, Blashill AJ. Thinness and muscularity internalization: Associations with disordered eating and muscle dysmorphia in men. *Int J Eat Disord*. 2018;51:352–357.
 61. Ricciardelli LA, McCabe MP. A biopsychosocial model of disordered eating and the pursuit of muscularity in adolescent boys. *Psychol Bull*. 2004;130(2):179–205.
 62. Dryer R, Farr M, Hiramatsu I, Quinton S. The role of sociocultural influences on symptoms of muscle dysmorphia and eating disorders in men, and the mediating effects of perfectionism. *Beh Med*. 2016;42:174–182.
 63. Grieve R, Helmick A. The influence of men's self-objectification on the drive for muscularity: Self-esteem, body satisfaction and muscle dysmorphia. *Int J Mens Heal*. 2008;7:288–298.
 64. Heath B, Tod DA, Kannis-Dymand L, Lovell GP. The relationship between objectification theory and muscle dysmorphia characteristics in men. *Psych Men Masc*. 2016;17:297–308.
 65. Morgan JF. *The Invisible Man: A self-help guide for men with eating disorders, compulsive exercise and bigorexia*. London: Routledge; 2008.
 66. Fabris MA, Longobardi C, Prino LE, Settanni M. Attachment style and risk of muscle dysmorphia in a sample of male bodybuilders. *Psychology of Men & Masculinity. Psychol Men Masc*. 2018;19(2):273.
 67. Hargreaves DA, Tiggemann M. Muscular ideal media images and men's body image: Social comparison processing and individual vulnerability. *Psychol Men Masc*. 2009;10(2):109–19.
 68. Leit RA, Gray JJ, Pope HG. The media's representation of the ideal male body: A cause for muscle dysmorphia? *Intern J Eat Disord*. 2002;31(3):334–338.
 69. Lorenzen LA, Grieve FG, Thomas A. Brief report: Exposure to muscular male models decreases men's body satisfaction. *Sex Roles*. 2004;51(11):743–8.
 70. Diehl BJ, Baghurst T. Biopsychosocial factors in drives for muscularity and muscle dysmorphia among personal trainers. *Cogent Psychol*. 2016;3(1):1243194.
 71. Bégin C, Turcotte O, Rodrigue C. Psychosocial factors underlying symptoms of muscle dysmorphia in a non-clinical sample of men. *Psychiatry Res* 272. 2019;272:319–25.
 72. Frost RO, Marten P, Lahart C, Rosenblate R. The dimensions of perfectionism. *Cognit Ther Res*. 1990;14(5):449-468.
 73. Kuennen MR, Waldron JJ. Relationships between specific personality traits, fat free mass indices, and the Muscle Dysmorphia Inventory. *J Sport Behav*. 2007;30(4):453–70.
 74. Pop C. Self-esteem and body image perception in a sample of university students. *Eurasian J Educ Res*. 2016;64:31–44.
 75. Sheffield JK, Tse KH, Sofronoff K. A comparison of body-image dissatisfaction and eating

- disturbance among Australian and Hong Kong women. *Eur Eat Disord Rev.* 2005;13:112–124.
76. Chaney MP. Muscle dysmorphia, self-esteem, and loneliness among gay and bisexual men. *Int J Mens Health.* 2008;7(2):157–170.
 77. Tiggemann M. Gender differences in the interrelationships between weight dissatisfaction, restraint, and self-esteem. *Sex roles A J Res.* 1994;30(5–6):319–30.
 78. Olivardia R, Pope HG, Borowiecki JJ, Cohane GH. Biceps and body image: the relationship between muscularity and self-esteem, depression, and eating disorder symptoms. *Psychol Men Masc.* 2004;5(2):112–120.
 79. Furnham A, Calnan A. Eating disturbances, self-esteem, reasons for exercising and body weight dissatisfaction in adolescent males. *Eur Eat Disord Rev.* 1998;6:58–72.
 80. Chandler CG, Grieve FG, Derryberry WP, Pegg PO. Are anxiety and obsessive-compulsive symptoms related to muscle dysmorphia. *Int J Men's Heal.* 2009;8(8):143–54.
 81. Baum A. Eating disorders in the male athlete. *Sport Med.* 2006;36:1–6.
 82. Hallsworth L, Wade T, Tiggemann M. Individual differences in male body-image: An examination of self-objectification in recreational body builders. *Br J Health Psychol.* 2005;10:453–65.
 83. American Psychiatric Association. *Diagnosics and Statistical Manual of Mental Disorders V (DSM-5)*. 5th Editio. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
 84. World Health Assembly. *International Classification of Diseases, Eleventh Revision (ICD-11)* [Internet]. 2019. Available from: <https://icd.who.int/>
 85. Association Position of the American Dietetic. Nutrition intervention in the treatment of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and eating disorders not otherwise specified (EDNOS). *J Am Diet Assoc.* 2001;101(7):810–9.
 86. Azevedo AMP, Ferreira A de CD, da Silva PPC, da Silva EAPC, Caminha I de O. Muscle dysmorphia: Food intake and dietary supplements characteristics. *ConScientiae Saúde.* 2011;10(1):129–37.
 87. Phillips KA. *The broken mirror: Understanding and treating body dysmorphic disorder.* Oxford University Press; 2005.
 88. García-Rodríguez J, Alvarez-Rayón G, Camacho-Ruíz J, Amaya-Hernández A, Mancilla-Díaz JM. Muscle dysmorphia and use of ergogenics substances: A systematic review. *Rev Colomb Psiquiatr (English ed).* 2017;46(3):168–77.
 89. Contesini N, Adami F, Blake MDT, Monteiro C, Abreu LC, Valenti VE, et al. Nutritional strategies of physically active subjects with muscle dysmorphia. *Int Arch Med.* 2013;6(1):1–6.
 90. Behar R, Molinari D. Dismorfia muscular, imagen corporal y conductas alimentarias en dos poblaciones masculinas. *Rev Med Chile.* 2010;138:1386–94.
 91. Litt D, Dodge T, Ponzo V, Soldati L, De Carli L, Benso A. A longitudinal investigation of the Drive for Muscularity Scale: Predicting use of performance enhancing substances and weightlifting among males. *Body Image.* 2008;5:346–51.
 92. Dawes J, Mankin T. Muscle dysmorphia. *Strength Cond J.* 2004;26:24–25.
 93. Leone JE, Sedory EJ, Gray KA. Recognition and treatment of muscle dysmorphia and related body image disorders. *J Athl Train.* 2005;40(4):352–9.
 94. Sandgren SS, Lavalley D. Intervention development for people with muscle dysmorphia symptoms: Best practice and future recommendations. *J Loss Trauma.* 2023;28(4):315–26.
 95. Badenes-Ribera L, Rubio-Aparicio M, Sánchez-Meca J, Fabris MA, Longobardi C. The association between muscle dysmorphia and eating disorder symptomatology: A systematic review and meta-analysis. *J Behav Addict.* 2019;8(3):351–71.
 96. Gawash A, Zia H, Al-Shehab U, Lo DF. Association of body dysmorphic-induced anabolic androgenic steroid use with mental health outcomes: A systematic review. *Prim Care Companion CNS Disord.* 2023;25(5):23r03532.
 97. Rhea DJ, Lantz CD, Cornelius AE. Development of the Muscle Dysmorphia Inventory (MDI). *J Sports Med Phys Fitness.* 2004;44:428–435.
 98. Mayville SB, Williamson DA, White MA, Netemeyer RG, Drab DL. Development of the Muscle Appearance Satisfaction Scale: A self-report measure for the assessment of muscle dysmorphia symptoms. *Assessment.* 2002;9(4):351–60.
 99. Hildebrandt T, Langenbucher J, Schlundt DG. Development of the Muscle Appearance Satisfaction Scaures. *Body Image.* 2004;1(2):169–81.
 100. Phillips KA, Hollander E, Rasmussen SA, Aronowitz BR, DeCaria C, Goodman WK. A

- severity rating scale for body dysmorphic disorder: Development, reliability, and validity of a modified version of the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. *Psychopharmacol Bull.* 1997;33:17–22.
101. Phillips KA, Hart AS, Menard W. Psychometric evaluation of the Yale–Brown Obsessive Compulsive Scale Modified for Body Dysmorphic Disorder (BDD-YBOCS). *J Obs Rel Disord.* 2014;3:205–8.
 102. McCreary DR, Sasse DK. An exploration of the drive for muscularity in adolescent boys and girls. *J Am Coll Heal.* 2000;48(6):297–304.
 103. Kaminski PL, McFarland MB, Chapman BP. *The Muscle Dysmorphia Scale (MDS)*. Denton, TX, USA: Department of Psychology, University of North Texas; 2008.
 104. Grieve FG, Short J, Cubberley R, Derryberry WP, Jones E, Wilson S, et al. Psychometric properties of a new assessment instrument: The muscle dysmorphia questionnaire. Unpublished manuscript; 2012.
 105. Murray SB, Brown TA, Blashill AJ, Compton EJ, Lavender JM, Mitchison D. The development and validation of the muscularity-oriented eating test: A novel measure of muscularity-oriented disordered eating. *Int J Eat Disord.* 2019;52:1389–98.
 106. Cooper M, Griffiths KM, Burns R. Getting shredded: Development and validation of a measure of muscularity-oriented disordered eating. *Psych Assess.* 2020;32:451–60.
 107. Thompson MA, Gray JJ. Development and validation of a new body-image assessment scale. *J Pers Assess.* 1995;64(2):258–69.
 108. Thompson, J, Tantleff KS. Female and male ratings of upper torso: Actual, ideal, and stereotypical conceptions. *J Soc Behav Pers.* 1992;7:345–54.
 109. Mosley PE. Bigorexia: Bodybuilding and muscle dysmorphia. *Eur Eat Disord Rev.* 2009;17(3):191–8.
 110. Mangweth B, Pope, H.G. J, Kemmler G, Ebenbichler C, Hausmann A, De Col C. Body image and psychopathology in male bodybuilders. *Psychother Psychosom.* 2001;70(1):38–43.
 111. Sungur MZ. Beden dismorfik bozukluğu. *Psikiyatr Dünyası.* 1999;1:19–22.
 112. Ray PÇ, Demirkol ME, Tamam LB. Beden dismorfik bozukluğu. *Psikiyatr Güncel Yaklaşımlar.* 2012;4(4):547–65.
 113. Dünya Sağlık Örgütü. ICD-10: Ruhsal ve Davranışsal Bozuklukların Sınıflandırılması. Öztürk MO, Uluğ B, editors. Ankara: Türkiye Sınır ve Ruh Sağlığı Derneği; 1993.
 114. Hrabosky JI, Cash TF, Veale D, Neziroglu F, Soll EA, Garner DM, et al. Multidimensional body image comparisons among patients with eating disorders, body dysmorphic disorder, and clinical controls: A multisite study. *Body Image.* 2009;6(3):155–63.
 115. Hildebrandt T, Schlundt D, Langenbucher J, Chung T. Presence of muscle dysmorphia symptomology among male weightlifters. *Compr Psychiatry.* 2006;47(2):127–35.
 116. Anitha L, Alhussaini AA, Alsuwedan HI, Alnefaie HF, Almubrek RA, Aldaweesh SA. Bulimia nervosa and body dissatisfaction in terms of self-perception of body image. *Anorex Bulim Nerv.* 2019;23–33.
 117. Cruz-Sáez S, Pascual A, Wlodarczyk A, Echeburúa E. The effect of body dissatisfaction on disordered eating: The mediating role of self-esteem and negative affect in male and female adolescents. *J Heal Psychol.* 2020;25(8):1098–1108.
 118. Tiggemann M, Kuring JK. The role of body objectification in disordered eating and depressed mood. *Br J Clin Psychol.* 2004;43:299–311.
 119. Panão I, Carraça EV. Effects of exercise motivations on body image and eating habits/behaviours: A systematic review. *Nutr Diet.* 2020;77(1):41–59.
 120. Grieve FG, Jackson L, Reece T, Marklin L, Delaney A. Correlates of social physique anxiety in men. *J Sport Behav.* 2008;31(4):329–37.
 121. Sorias O. Sosyal destek kavramı. *Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Derg.* 1988;27(1):353–7.
 122. Patterson JM. Promoting resilience in families experiencing stress. *Pediatr Clin North Am.* 1992;42:47–63.
 123. Pengilly JW, Dowd ET. Hardiness and social support as moderators of stress. *J Clin Psychol.* 2000;56(6):813–20.
 124. Süleyman Demirel Üniversitesi. Öğrenci İstatistikleri [Internet]. 2022. Available from: <https://web.archive.org/web/20200812211943/https://obs.sdu.edu.tr/Public/AnalizToplam.aspx>
 125. Dean A, Sullivan K, Soe M. OpenEpi: Open Source Epidemiologic Statistics for Public Health, Version [Internet]. Available from:

- <https://www.openepi.com/SampleSize/SSPropor.htm>
126. Devrim A. Kas dismorfik bozukluğu envanteri ve vücut geliştirici imaj şemasının geçerlik ve güvenilirlik durumu ile yeme tutumu testi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi; 2016.
 127. Devrim A, Bilgic P. Validity and reliability study of Turkish Version of “Muscle Dysmorphic Disorder Inventory” and “Bodybuilder Image Grid” scales. *Curr Nutr Food Sci.* 2019;15:1–8.
 128. Garrow JS, Webster J. Quetelet’s index (W/H²) as a measure of fatness. *Int J Obes.* 1985;9(2):147–153.
 129. WHO. Body mass index (BMI). *Obes Res.* 1998;6(2):51–209.
 130. American Heart Association. American Heart Association recommendations for physical activity in adults [Internet]. Available from: <https://www.heart.org/en/healthy-living/fitness/fitness-basics/aha-recs-for-physical-activity-in-adults>
 131. Yüksek Öğretim Kurumu. 2022-2023 Eğitim ve Öğretim Yılı Bahar Dönemi’ne ilişkin alınan yeni kararlar. Available from: <https://www.yok.gov.tr/Sayfalar/Haberler/2023/yok-baskani-ozvar-2022-2023-egitim-ogretim-bahar-donemi-ne-iliskin-alinan-yeni-kararlari-acikladi.aspx>
 132. Hovardaoğlu S. Vücut algısı ölçeği. *Psikiyatr Psikoloji, Psikofarmakol Derg.* 1993;1(Suppl.2):26–7.
 133. Ballı ÖM, Aşçı FH. Sosyal Fizik Kaygı Envanteri’nin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Spor Bilim Derg.* 2006;17(1):11–9.
 134. Zimet GD, Dalem NW, Zimet SG, Farley GK. The multidimensional scale of perceived social support. *J Pers Assess.* 1988;52(1):30–41.
 135. Eker D, Arkar H, Yıldız H. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatr Derg.* 2001;12(1):17–25.
 136. Eker D, Arkar H. Perceived social support: Psychometric properties of the MSPSS in normal and pathological groups in a developing country. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1995;30:121–6.
 137. IBM Corp. IBM SPSS Statistics for Windows [computer program]. Version 22.0. Armonk, NY: IBM Corp; 2017.
 138. Hayran M, Hayran M. Sağlık Araştırmaları İçin Temel İstatistikler. 3. Baskı. Ankara: Omega Araştırma Organizasyon Eğitim Danışmanlık; 2020.
 139. Hair JF, Black W, Babin BJ, Anderson RE, Tatham RL. *Multivariate data analysis: Pearson education limited.* 2013.
 140. Cohen J. The analysis of variance. In *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (Second ed.). Lawrence Erlbaum Associates. 1988;274–87.
 141. Cramér, Harald. The two-dimensional case (Chapter 21). In *Mathematical Methods of Statistics.* Princeton: Princeton University Press, 1946;282.
 142. Dupuis DJ, Victoria-Feser MP. Robust VIF regression with application to variable: Selection in large data sets. In *the Annals of Applied Statistics*, 2013;7,319–341.
 143. Daoud JI. Multicollinearity and regression analysis. In *Journal of Physics: Conference Series.* IOP Publishing. 2017;949,012009.
 144. Zheng Y, Zhang L, Shao P, Guo X. The association of muscle dysmorphia, social physique anxiety, and body checking behavior in male college students with weight exercise. *Front Psychol.* 2021;12:726032.
 145. Murray SB, Griffiths S, Mitchison D, Mond JM. The transition from thinness-oriented to muscularity-oriented disordered eating in adolescent males: A clinical observation. *J Adolesc Heal.* 2017;60(3):353–355.
 146. Meyer C, Taranis L, Goodwin H, Haycraft E. Compulsive exercise and eating disorders. *Eur Eat Disord Rev.* 2011;19(3):174–89.
 147. Karazsia BT, Crowther JH, Galioto R. Undergraduate men’s use of performance- and appearance-enhancing substances: An examination of the gateway hypothesis. *Psychol Men Masc.* 2013;14:129–37.
 148. Ünver Ş, Alkan Ö, Oktay E. Online giyim alışverişi kararlarını etkileyen faktörler: Türkiye’de cinsiyet farklılıkları. *Kastamonu Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilim Fakültesi Derg.* 2023;25(1):9–23.
 149. Prnjak K, Jukic I, Mitchison D, Griffiths S, Hay P. Body image as a multidimensional concept: A systematic review of body image facets in eating disorders and muscle dysmorphia. *Body Image.* 2022;42:347–60.

150. Cerea S, Bottesi G, Pacelli QF. Muscle dysmorphia and its associated psychological features in three groups of recreational athletes. *Sci Rep.* 2018;8:8877.



EKLER

Ek 1. Etik Kurul Örneği



T.C.
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı

Sayı : 72867572-050.01.04- 273437
Konu : Etik Kurul Kararı

27-05-2022

Sayın Prof.Dr. Ersin USKUN
Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi
Isparta

Sorumlu araştırmacı olduğunuz "Genç Erkeklerin Bigoreksiya Düzeyine; Beden Algısı, Sosyal Fizik Kaygı ve Algılanan Desteğın Etkisi" isimli çalışmanızın kurulumuz tarafından uygun görüldüğüne ilişkin 24.05.2022 tarih ve 154 sayılı Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Kararı yazımız ekinde gönderilmiştir.
Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. Mekin SEZİK
Etik Kurul Başkan

Eki :Etik Kurulu Kararı (2 Sayfa)

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

Araştırmanın Açık Adı	Genç Erkeklerin Bigoreksiya Düzeyine; Beden Algısı, Sosyal Fizik Kaygı ve Algılanan Destegin Etkisi			
Araştırmanın Protokol Kodu	(24.05.2022 tarih ve 11 /154 sayılı karar)			
ETİK KURULU BİLGİLERİ	ETİK KURULUNUN ADI	Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı - (2012-KAEK-38)		
	AÇIK ADRESİ	S.D.Ü. Doğu Kampüsü Tıp Fakültesi Dekanlığı Binası – ISPARTA		
	TELEFON	246 211 37 04		
	FAKS	246 237 11 65		
	FAKS	tipetik@sdu.edu.tr		
BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof.Dr. Ersin USKUN		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ GÖREV YAPTIĞI BİRİM	Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı		
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI			
	DESTEKLEYİCİ			
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ			
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	<input type="checkbox"/> FAZ1 <input type="checkbox"/> FAZ2 <input type="checkbox"/> FAZ3 <input type="checkbox"/> FAZ4		
		Gözlemsel ilaç çalışması	<input type="checkbox"/>	
		Tıbbi cihaz klinik araştırması	<input type="checkbox"/>	
İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		<input type="checkbox"/>		
İlaç dışı klinik araştırma		<input type="checkbox"/>		
	Diğer ise belirtiniz : Anket			
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	<input checked="" type="checkbox"/> Tek Merkez <input type="checkbox"/> Çok Merkez	<input type="checkbox"/> Ulusal <input type="checkbox"/> Uluslararası		
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			<input type="checkbox"/> Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			<input type="checkbox"/> Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer
	OLGU RAPOR FORMU			<input type="checkbox"/> Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			<input type="checkbox"/> Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama		
	SIGORTA	<input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input checked="" type="checkbox"/>	Sorumlu Araştırmacıya Ait Bütçe Taahhütnamesi	
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>		
	İLAN	<input type="checkbox"/>		
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>		
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>		
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>		
DİĞER	<input checked="" type="checkbox"/>	Ana Bilim Dalı Akademik Kurul Kararı		

Prof. Dr. Mekin SEZİK
Etik Kurul Başkanı

Ek 2. Ölçek Kullanım İzinleri

Vücut Algısı Ölçeği Gelen Kutusu x



Kıymet Batmaz

20 Nis 2022 Çar 13:32



Değerli hocam, merhaba Ben Süleyman Demirel Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda üçüncü yıl asistanıyım. Vücut Algısı Ölçeği'nin Türkçe geçerlilik ve güv



selim hovardaoglu

24 Nis 2022 Paz 10:36



Alıcı: ben

Merhaba, ölçek ve ilgili bilgiler ekli dosyada, kullanabilirsiniz, saygılarımla,

Prof. Dr. Selim Hovardaoglu



Bir ek - Gmail tarafından tarandı



SOSYAL FİZİK KAYGI ENVANTERİ (SFKE) KULLANIM İZİNİ Gelen Kutusu x



Kıymet Batmaz

20 Nis 2022 12:33



Değerli hocam, merhaba Ben Süleyman Demirel Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda üçüncü yıl asistanıyım. Sosyal Fizik Kaygı Envanteri'nin Türkçe geçerli



ÖZGÜR MÜLAZIMOĞLU BALLI

25 Nis 2022 15:08



Alıcı: ben

Sayın Kıymet Batmaz,

Size ekte envanteri, değerlendirme açıklamasını ve SFK ile yaptığım çalışmaların kaynakçalarını gönderiyorum. İşine yarayacak çalışma var ise onları da iletebilirim.

Ayrıca SFK ile ilgili olarak önemli bir hatırlatmada aşağıdadır.

ÖNEMLİ HATIRLATMA:

Hagger vd. (2007) olan çalışmamızda Türk toplumu için SFK envanterinin 7 maddeli versiyonunun kullanılması önerilmektedir. Bu versiyon da 12 maddeden 1., 5., 7., 8. ve 11. maddeler çıkartılarak kullanılmaktadır.

İyi çalışmalar dilerim.

Doç. Dr. Özgür Mülazimoğlu Ballı

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Kullanım İzni

Gelen Kutusu x



Kıymet Batmaz

20 Nis 2022 13:07 ☆

Değerli hocam, merhaba Ben Süleyman Demirel Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda üçüncü yıl asistanıyım. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin...



haluk arkar

Alıcı: ben

21 Nis 2022 10:24 ☆ ↩ ⋮

Sayın Dr. Kıymet Batmaz,
Cokboyutlu Algılanan Sosyal Destek ölçeğini çalışmanızda kullanabilirsiniz. Ölçeği ve puanlamasını aşağıdaki kaynakta bulabilirsiniz. Başarılar dilerim.
Prof. Dr. Haluk Arkar
Eker, D., H. Arkar ve H. Yıldız, "Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği", Türk Psikiyatri Dergisi, 12, 17-25 (2001).

Kimden: "Kıymet Batmaz"

Kime: "haluk arkar"

Gönderilenler: 20 Nisan Çarşamba 2022 13:07:58

Konu: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Kullanım İzni

Ölçek Kullanım İzni

Gelen Kutusu x



Kıymet Batmaz

31 May 2023 12:46 ☆

Değerli hocam, merhaba Ben Süleyman Demirel Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda üçüncü yıl asistanıyım. MDDI'nin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğini ça

2



ASLI DEVRİM

Alıcı: ben

10 Haz 2023 14:44 (9 gün önce) ☆ ↩ ⋮

Merhabalar Kıymet hocam,

Türkçeye valide ettiğimiz ölçekleri aşağıda belirttiğim validasyon makalesine atf yaparak tabiki kullanabilirsiniz.

Yayınımız;

Devrim, A., Bilgic P. Validity and Reliability Study of Turkish Version of "Muscle Dysmorphic Disorder Inventory" and "Bodybuilder Image Grid" Scales, Current Nutrition and Food Science, 2019, 15, 1-8.

Ölçek Puanlaması aşağıda belirtilmiştir;

Kas Dismorfik Bozukluğu Envanteri Test Yanıtlarının Puanlaması

MADDELER	YANITLAR				
	HİÇBİR ZAMAN	ARA SIRA	KARARSIZIM	ÇOĞUNLUKLA	DAİMA
1-13	1	2	3	4	5

Değerlendirme sonucunda elde edilen puanlama 13 ile 65 puan arasında değişmekte olup, ölçek kesim noktası 39 olarak kabul edilmektedir. ≥39 puan alan bireylerde bigoreksiya semptomlarının olduğu bildirilmiştir. Puan arttıkça kas dismorfik bozukluğu şiddetinin arttığı bulunmuştur.

İyi çalışmalar dilerim.

Bir ek • Gmail tarafından tarandı



Ek 3. Anket Formu

ANKET NO:

Bu anket formu SDÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı tarafından bilimsel amaçlı hazırlanmış olup; “Genç Erkeklerin Bigoreksiya Düzeyine Beden Algısı, Sosyal Fizik Kaygı ve Algılanan Desteğin Etkisi” incelenecektir. Verdiğiniz bilgilerin doğruluğu araştırma sonuçları için önemlidir. Bilgileriniz üçüncü kişilerle paylaşılmayacaktır. Katkılarınız için teşekkür ederiz.

Bilgi için:

1	Doğum yılınız (sadece yıl belirtiniz)	(..... yıl)			
2	Boyunuz (cm cinsinden yazınız)	(..... cm)			
3	Kilonuz (kg cinsinden yazınız)	(..... kg)			
4	Fakültenizi yazınız	(..... Fakültesi)			
5	Aile tipiniz	1. Çekirdek	2. Geniş	3. Dağılmış aile	
6	Kaldığınız yer?	1. Kendi evinde	2. Apart	3. Yurt	4. Akraba evinde
7	Kiminle kalıyorsunuz?	1. Yalnız	2. Aile	3. Arkadaş	4. Akraba
8	Hayatınızı en uzun süre geçirdiğiniz yerleşim yeri?	1. Köy/kasaba	2. İlçe	3. İl merkezi	
9	Düzenli egzersiz ile ilgili sizi tanımlayan seçeneği işaretleyiniz.	1. Haftada en az 150 dakika orta yoğunlukta aerobik aktivite veya haftada 75 dakika şiddetli aerobik aktivite veya her ikisinin bir kombinasyonu			
		2. Haftada en az 2 gün orta ila yüksek yoğunlukta kas güçlendirici aktivite (direnc veya ağırlık gibi)			
		3. Haftada en az 300 dakika (5 saat) aktif olarak			
		4. Hiçbiri			
10	Egzersiz veya sportif faaliyetler için haftalık ayırdığınız süre nedir?	(.....saat) (haftalık toplam saati belirtiniz)			
11	Bireysel spor geçmişiniz var mı?	1. Evet	2. Hayır (Bu seçeneği işaretlediyseniz 12. soruya geçiniz.)		
	Cevabınız evet ise;	Yaptığınız bireysel spor neydi?: (.....)	Ne kadar süre yaptınız? (ay olarak belirtiniz): Ay		
12	Takım sporu geçmişiniz var mı?	1. Evet	2. Hayır (Bu seçeneği işaretlediyseniz 13. soruya geçiniz.)		

	Cevabınız evet ise;	Yaptığınız takım sporu neydi?: (.....)	Ne kadar süre yaptınız? (ay olarak belirtiniz): Ay				
13	Özel bir egzersiz programı uyguluyor musunuz? (örnek: fitness, vücut geliştirme vd)	1. Evet	2. Hayır (Bu seçeneği işaretlediyseniz 16.soruya geçiniz.)				
14	Cevabınız evet ise;	Uyguladığınız egzersiz türü nedir?: (.....)			Ne kadar süre yaptınız? (ay olarak belirtiniz): Ay		
15	Kim önerdi?	1. Kendi kararım	2. Arkadaş/ Akraba	3. Diyetisyen /Doktor	4. Antrenör	5. Sosyal medya/internet	6. Diğer (.....)
16	Özel bir beslenme programı uyguluyor musunuz? (örnek: protein ağırlıklı beslenme, aralıklı açlık, su diyeti gibi)	1. Evet	2. Hayır (Bu seçeneği işaretlediyseniz 19. soruya geçiniz)				
17	Cevabınız evet ise;	Uyguladığınız beslenme türü nedir?: (.....)			Ne kadar süre yaptınız? (ay olarak belirtiniz): Ay		
18	Kim önerdi?	1. Kendi kararım	2. Arkadaş/ Akraba	3. Diyetisyen /Doktor	4. Antrenör	5. Sosyal medya/internet	6. Diğer (.....)
19	Son bir yılda sportif performansınızı arttırmaya yönelik destek bir ürün kullandınız mı? (örnek: protein tozu, L-carnitin, kafein, steroid vd)	1. Evet	2. Hayır (Bu seçeneği işaretlediyseniz diğer sayfaya geçiniz.)				
20	Cevabınız evet ise;						
	Kim önerdi?	1. Kendi kararım	2. Arkadaş/ Akraba	3. Diyetisyen/ Eczacı/Doktor	4. Antrenör	5. Sosyal medya/internet	6. Diğer (.....)
21	Ürünü nereden temin ettiniz?	1. Eczane	2. Spor Salonu	3. İnternet	4. Diğer (.....)		

22	Destek ürün kullanım sıklığınız nedir?	1. Her gün	2. Sadece spordan önce	3. Sadece spordan sonra	4. Hem spor öncesi hem spor sonrası
23	Cevabınız evet ise;	Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.		Kullandığınız süreyi ortalama olarak ay cinsinden belirtiniz.	
	Hangi ürünü kullandınız? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)	1. Protein tozu		(.....ay)	
		2. Amino asitler (dallı zincirli amino asitler (BCAA), Glutamin, Arjinin)		(.....ay)	
		3. Omega 3-6-9		(.....ay)	
		4. Ginseng		(.....ay)	
		5. Arı poleni		(.....ay)	
		6. Vitamin/multivitamin		(.....ay)	
		7. Mineral		(.....ay)	
		8. Kafein		(.....ay)	
		7. Enerji içecekleri		(.....ay)	
		8. L-Karnitin		(.....ay)	
	9. Kreatinin		(.....ay)		
	10. Diğer (belirtiniz:.....)		(.....ay)		
	Cevabınız evet ise;	Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.		Kullandığınız süreyi ortalama olarak ay cinsinden belirtiniz.	
Hangi ürünü kullandınız? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)	1. Kortikosteroid		(.....ay)		
	2. Testosteron ve türevleri		(.....ay)		
	3. Büyüme hormonu		(.....ay)		
	4. Astım ilacı (beta 2 agonist)		(.....ay)		
	5. Diüretik		(.....ay)		
	6. Eritropoetin		(.....ay)		
	7. Diğer (belirtiniz:.....)		(.....ay)		

BEDEN ALGISI ÖLÇEĞİ

AÇIKLAMA: Bu kısımda yapmanız gereken, bir beden özelliğinin hakkındaki duygularınızı bu ifadelere göre değerlendirmektir. İnsanların kendi bedenleri hakkında nasıl duygulara sahip olduğunu belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Aşağıda çeşitli beden özellikleri ve beğenip beğenmeme ifadeleri bulunmaktadır.

		(5) Çok beğeniyorum	(4) Oldukça beğeniyorum	(3) Kararsızım	(2) Pek beğenmiyorum	(1) Hiç beğenmiyorum
1	Saçlarım					
2	Yüzümün rengi					
3	İştahım					
4	Ellerim					
5	Vücudumun kıl dağılımı					
6	Burnum					
7	Fiziksel gücüm					
8	İdrar dışkı düzenim					
9	Kas kuvvetim					
10	Belim					
11	Enerji düzeyim					
12	Sırtım					
13	Kulaklarım					
14	Yaşım					
15	Çenem					
16	Vücut yapım					
17	Profilim					
18	Boyum					
19	Duyularımın keskinliği					
20	Ağrıya dayanıklılığım					
21	Omuzlarımın genişliği					
22	Kollarım					
23	Göğüslerim					
24	Gözlerimin şekli					
25	Sindirim sistemim					
26	Kalçalarım					
27	Hastalığa direncim					
28	Bacaklarım					
29	Dişlerimin şekli					
30	Cinsel gücüm					
31	Ayaklarım					
32	Uyku düzenim					
33	Sesim					
34	Sağlığım					
35	Cinsel faaliyetlerim					
36	Dizlerim					
37	Vücudumun duruş şekli					
38	Yüzümün şekli					
39	Kilom					
40	Cinsel organlarım					

SOSYAL FİZİK KAYGI ENVANTERİ

Sosyal Fizik Kaygı Envanteri dış görünüşünüzün başkaları tarafından değerlendirilmesinin size neler hissettirdiğini değerlendiren bir envanteredir. Bu bir test değildir. “Doğru” veya “Yanlış” yanıt yoktur, içtenlikle yanıtlamanız önemlidir. Sosyal Fizik Kaygı Envanterinde (SPAS) yer alan her sorunun size uygunluk derecesini ilgili kutunun içine “X” işareti koyarak cevaplandırınız.

ÖRNEK	Tamamen Yanlış	Genellikle Yanlış	Bazen Doğru Bazen Yanlış	Genellikle Doğru	Tamamen Doğru
Fiziksel görünüşümden hoşnudum			X		

		Tamamen Yanlış	Genellikle Yanlış	Bazen Yanlış Bazen Doğru	Genellikle Doğru	Tamamen Doğru
1.	Beni çok zayıf veya çok şişman gösteren kıyafetleri giymekten hiç endişe duymam.					
2.	Fiziki görünümüm hakkında takıntılı olmamayı isterdim.					
3.	Diğer insanların kilom veya kas gelişimim hakkında olumsuz yargıları olduğu konusunda endişeye kapıldığım zamanlar olur.					
4.	Fiziksel görünüşümün çekici olmayan bölgeleri, belirli sosyal ortamlarda sınırlı olmama neden olur.					
5.	Diğer insanların fiziğimi incelediğini bilmek beni rahatsız eder.					
6.	Fiziksel görünümümü diğer insanlara göstereceğim zaman çok utangaç olurum.					
7.	Mayoluyken vücudumun şeklinden dolayı kendimi sıklıkla sinirlik hissederim.					

ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemek için 1'den 7 'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlenin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz.

Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

- 1. Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya çalışır.**

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

- 2. İhtiyacım olan duygusal yardım ve desteği ailemden (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) alırım.**

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

- 3. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.**

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

- 4. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.**

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

- 5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.**

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

- 6. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.**

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

- 7. Sorunlarımı ailemle (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) konuşabilirim.**

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

- 8. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.**

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

- 9. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.**

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

- 10. Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.**

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

- 11. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.**

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

- 12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.**

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

KAS DİSMORFİK BOZUKLUĞU ENVANTERİ

Lütfen aşağıdaki durumları sizin nasıl düşündüğünüzü, hissettiğinizi veya davrandığınızı en iyi yansıtacak şekilde 1-5 arası puanlayarak değerlendiriniz.
(1. Hiçbir zaman, 2. Ara sıra, 3. Kararsızım, 4. Çoğunlukla, 5. Daima anlamındadır).

	1. Hiçbir	2. Ara sıra	3. Kararsızım	4. Çoğunlukla	5. Daima
1. Vücudumun çok zayıf olduğunu düşünüyorum.					
2. İnsanlar vücudumu görmesin diye bol kıyafetler giyiyorum.					
3. Vücudumdan nefret ediyorum.					
4. Keşke daha iri olabilseydim.					
5. Göğüs kaslarımın zayıf ve yetersiz olduğunu düşünüyorum.					
6. Bacaklarımın çok ince olduğunu düşünüyorum.					
7. Vücudumda çok fazla yağ varmış gibi hissediyorum.					
8. Keşke kollarım daha iri/gelişmiş olsaydı.					
9. Tişörtümü çıkardığım zamanlarda insanların beni görmesinden çekiniyorum.					
10. Bir veya birkaç gün spor yapamadığımda huzursuz/endişeli hissederim.					
11. Spor programım yüzünden arkadaşlarımla olan sosyal aktiviteleri kaçıyorum.					
12. Bir veya birkaç gün spor yapamadığımda depresif hissederim.					
13. Spor programım yüzünden yeni insanlarla tanışma şansını kaçıyorum.					