

T.C.
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

**KİŞİLERİN VÜCUT ALGISI, YEME TUTUMU VE
OBSESYONLARININ FİTNESS İLE İLİŞKİSİ**

Burak ÖZTÜRK

YÜKSEK LİSANS TEZİ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ PROGRAMI

DANIŞMAN
Doktor Öğretim Üyesi Özlem Mestçioğlu GÖKMOĞOL

İSTANBUL, 2020

T.C.
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

**KİŞİLERİN VÜCUT ALGISI, YEME TUTUMU VE
OBSESYONLARININ FİTNESS İLE İLİŞKİSİ**

Burak ÖZTÜRK
172005076

YÜKSEK LİSANS TEZİ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ PROGRAMI

DANIŞMAN
Doktor Öğretim Üyesi Özlem Mestçioğlu GÖKMOĞOL

İSTANBUL, 2020

**T.C.
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**KİŞİLERİN VÜCUT ALGISI, YEME TUTUMU VE
OBSESYONLARININ FİTNESS İLE İLİŞKİSİ**

**Burak ÖZTÜRK
(172005076)**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ PROGRAMI**

Tezin Enstitüye Teslim Edildiği Tarih :
Tezin Savunulduğu Tarih : 26.08.2020

Tez Danışmanı : Dr. Öğr. Üyesi Özlem Mestçioğlu GÖKMOĞOL
Diğer Jüri Üyeleri : Dr. Öğr. Üyesi Pınar ARSLANTÜRK
Dr. Öğr. Üyesi Ece Naz ERMİŞ

İSTANBUL, Ağustos 2020

BEYAN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak hazırladığım “Kişilerin Vücut Algısı, Yeme Tutumu ve Obsesyonlarının Fitness ile İlişkisi” adlı çalışmanın, tarafımdan, bilimsel ahlak ve ananelere yaraşır biçimde hazırlandığını, tüm veri ve bilgiler için kaynak gösterilip bu kaynaklara kaynakçada yer verildiğini belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

23.09.2020

BURAK ÖZTÜRK



BEYAN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak hazırladığım “Kişilerin Vücut Algısı, Yeme Tutumu ve Obsesyonlarının Fitness ile İlişkisi” adlı çalışmanın, tarafımdan, bilimsel ahlak ve ananelere yaraşır biçimde hazırlandığını, tüm veri ve bilgiler için kaynak gösterilip bu kaynaklara kaynakçada yer verildiğini belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

23.09.2020

BURAK ÖZTÜRK

ÖNSÖZ/ TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans, kuşkusuz benim için eğitim hayatımın en fazla akademik doyum aldığım dönemi olmuştur. Zorlu bir süreç olmasına karşın tez yazım aşamasının da bana büyük katkıları bulunmaktadır.

Bu zorlu sürecin her adımında yanımda olan, değerlendirmeleri, geri bildirim ve önerileri, sabrı ve güler yüzü ile hız kesmeden çalışmayı tamamlamamı sağlayan değerli hocam ve tez danışmanım Dr. Öğretim Üyesi Özlem Mestçioğlu GÖKMOĞOL'a sonsuz teşekkürlerimi sunmayı borç bilirim.

Tüm eğitim hayatımda maddi manevi desteğini hiç esirgemeyen ve beni hep daha ilerisi için teşvik eden anneme ve babama, esprileri ve motivasyonu ile yanımda olan abime, tez yazım sürecimin her anını benimle takip eden, stresimi ve heyecanımı paylaşan kız arkadaşına her daim minnettar kalacağım.

Araştırmamın farklı süreçlerinde bana yardımcı olan değerli dostlarıma ve son olarak çalışmama katılım sağlayan tüm katılımcılara ayrıca teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

BEYAN METNİ.....	ii
ÖNSÖZ/ TEŞEKKÜR	iii
ÖZET	vii
ABSTRACT.....	viii
KISALTMALAR	ix
TABLolar LİSTESİ	x
EKLER LİSTESİ.....	xii
BÖLÜM I.....	1
GİRİŞ.....	1
1.1. ARAŞTIRMANIN AMACI.....	3
1.2. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ	4
1.3. ARAŞTIRMADA KARŞILAŞILAN GÜÇLÜKLER VE SINIRLILIKLAR ...	4
1.4. HİPOTEZLER.....	4
BÖLÜM II	6
GENEL BİLGİLER.....	6
2.1. SPOR.....	6
2.1.1 Sporun Önemi ve Amacı	7
2.1.2 Spor Bilinci.....	8
2.1.3 Sporun İnsanlar Üzerindeki Psikolojik Etkisi	9
2.2 FİTNESS	10
2.2.1 Fitness'ın Yararları	11
2.2.2 Fitness'ta Dikkat Edilmesi Gereken Önemli Noktalar	11
2.2.3 Vücut Geliştirme	12
2.3 VÜCUT ALGISI.....	13
2.3.1 Vücut Algısının Bileşenleri	13
2.3.2. Vücut Algısını Etkileyen Faktörler	14
2.4 YEME BOZUKLUKLARI	17
2.4.1 Yeme Bozukluğu Tipleri	17
2.4.2 Yeme Bozukluklarının Epidemiyolojisi	25
2.4.3 Yeme Tutumu Etiyolojisi	27
2.5 OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK (OKB)	30
2.5.1 Tanı Ölçütleri.....	31

2.5.2 Obsesyon ve Kompulsiyon Tipleri	32
2.5.3 OKB Epidemiyolojisi	35
2.5.4 OKB Etiyolojisi	36
2.6 FITNESS'IN YEME BOZUKLUKLARI, VÜCUT ALGISI VE OBSESİYONLAR İLE İLİŞKİSİ	38
2.6.1 Fitness'ın Yeme Bozuklukları ile İlişkisi	38
2.6.2 Fitness'ın Vücut Algısı ile İlişkisi	40
2.6.3. Fitness'ın ve OKB ile İlişkisi	42
BÖLÜM III.....	46
YÖNTEM	46
3.1 ARAŞTIRMA MODELİ	46
3.2 ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ	46
3.3 VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	47
3.3.1. Demografik Bilgi Formu	47
3.3.2 Vücut Algısı Ölçeği.....	47
3.3.3 Yeme Tutumu Testi	47
3.3.4 Yale Brown Obsesif Kompulsif Bozukluk Ölçeği (Y-BOCS).....	48
3.4 VERİLERİN ANALİZİ	48
BÖLÜM IV	50
BULGULAR.....	50
4.1. Örneklem Grubunun Demografik Değişkenlere Göre Dağılımı	50
4.3. Kişilerin Spora Başlamadaki İlk ve Son Nedenleri	52
4.4. Yeme Tutumu, Vücut Algısı ve Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeklerinin Betimsel İstatistikleri	54
4.5 Vücut Algısı Ölçeği Sonuçlarının Bazı Demografik Bilgi Formu Sorularına Göre Analizi	55
4.6. Yeme Tutumu Ölçeği Sonuçlarının “Sporla İlgilenme Süresi” ne Göre Analizi. 59	
4.7. “Sporla İlgilenilen Süre” ve Yeme Tutumu Ölçeği Alt Boyutlarının Analizi	61
4.8. “Sporla İlgilenilen Süre” ve “Haftada Yapılan Spor” Değişkenlerine Göre Y- BOCS ve Alt Boyutlarının Analizi	62
4.9. Güvenilirlik Analizi	66
4.10. Bulguların Özeti	67
BÖLÜM V	69
TARTIŞMA.....	69
BÖLÜM VI.....	75
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	75

KAYNAKÇA.....	77
EKLER	88



ÖZET

Bu çalışmada Fitness'ın bireylerin yeme tutumları, vücut algıları ve obsesyonları üzerindeki etkileri araştırılmıştır. Çalışmanın örneklemini; Fitness'a başlama düşüncesi olan, 0-2 senedir ve 2 sene ve üzeri süredir Fitness ile uğraşan bireyler oluşturmaktadır. Çalışmaya İstanbul ve Antalya'da bulunan Athletic-o ve Akdeniz Akademi spor salonlarından, yaşları 18-45 yaş aralığında olan 55'i kadın 95'i erkek; toplam 150 gönüllü katılmıştır. Çalışmada veri toplamak amacıyla Demografik Bilgi Formu, Vücut Algısı Ölçeği, Yeme Tutumu Testi ve Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği ve Semptom Listesi kullanılmıştır. Bu ölçeklerin verileri bilgisayar ortamına sayısal ifadelerle girilmiş ve sosyal bilimlerde kullanılan istatistik paket programı (SPSS 25) sayesinde istatistiksel analizleri yapılmıştır. Araştırmanın bulguları, Fitness ile ilgilenme süresinin, kişilerin yeme tutumunu ve obsesyon-kompulsiyon değerlerini olumsuz yönde etkilediğine; vücut algısı yönünden ise kişilerde pozitif sonuçlar doğurduğuna işaret etmektedir. Bu veriler, literatürdeki çalışmalar çerçevesinde değerlendirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Fitness, yeme tutumu, vücut algısı, obsesyon- kompulsiyon, beden dismorfik bozukluğu, bigoreksiya.

ABSTRACT

In this study, the effects of fitness on individual's eating attitudes, body perceptions and obsessions were analyzed. The sample of the study constitutes individuals who are considering to start fitness, have been fitnessing for 0 to 2 years and for 2 years and more. A total of 150 volunteers, 55 females and 95 males, aged 18-45, participated in the study from the Athletic-o and Akdeniz Akademi fitness centers in Istanbul and Antalya. Demographic Information Form, Body Perception Scale, Eating Attitude Test and Yale-Brown Obsession Compulsion Scale and Syptom List were used to collect data. The data of these scales were entered into the computer with numerical expressions and statistical analyzes were made with the help of the statistical package program (SPSS 25) used in social sciences. The findings of the study indicated that a longer time spent pursuing fitness negatively affected eating attitude and obsession-compulsion values; but affected body perception in a positive manner. These data were evaluated within the framework of the studies in the literature.

Key Words: Fitness, eating attitude, body perception, obsession- compulsion, body dismorphic disorder, bigorexia.

KISALTMALAR

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ACSM	American College of Sports Medicine (Amerikan Spor Sağlığı Yüksekokulu)
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome (Edinilmiş Bağışıklık Eksikliği Sendromu)
AN	Aneroksiya Nervoza
APB	Amerikan Psikiyatri Birliği
BDB	Beden Dismorfik Bozukluğu
BDNF	Brain Derived Neurotrophic Factor (Beyin-türevli nörotrofik faktör)
BDT	Bilişsel Davranışçı Terapi
BN	Bulimiya Nervoza
LDL	Low Density Lipoprotein (Düşük yoğunluklu lipoprotein)
OKB	Obsesif Kompulsif Bozukluk
OKKB	Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğu
ON	Ortoreksiya Nervoza
PD	Parkinson Disease (Parkinson Hastalığı)
SAD	Social Anxiety Disorder (Sosyal Kaygı Bozukluğu)
YB	Yeme Bozuklukları

TABLÖLER LİSTESİ

Tablo 1. Örneklem Grubunun Demografik Değişkenlere Göre Dağılımı	50
Tablo 2. “Spora Başlamanın İlk ve Son Nedeni” Sorusunun Betimsel İstatistikleri.....	52
Tablo 3. 2 Sene ve Üzeri Spor Yapan Örneklem Grubunun “Spora Başlamanın İlk ve Son Nedeni” Sorusu ile “Spora Başlamanın İlk ve Son Nedeni Değişti Mi? (Devam Etme Nedeni Nedir?) Sorusunun Betimsel İstatistiklerinin Karşılaştırılması.....	53
Tablo 4. Yeme Tutumu Ölçeği ve Alt Boyutlarının Betimsel İstatistikleri.....	54
Tablo 5. Vücut Algısı Ölçeğinin Betimsel İstatistikleri.....	54
Tablo 6. Yale–Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği ve Alt Boyutlarının Betimsel İstatistikleri.....	55
Tablo 7. Vücut Algısı Ölçeği Puanlarının Haftada Yapılan Spor Değişkeninin Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları	55
Tablo 8. Vücut Algısı Ölçeği Puanlarının Sporla İlgilendiği Süre Değişkeninin Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları.....	56
Tablo 9. Vücut Algısı Ölçeği Puanlarının Spor Salonunda Geçirilen Süre Değişkeninin Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları.....	57
Tablo 10. Vücut Algısı Ölçeği Puanlarının Sporun Aksattığında Hissettiği His Değişkeninin Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları.....	58
Tablo 11. Yeme Tutumu Ölçeği Puanlarının Sporla İlgili Süresi DeğişkenininYönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları.....	60
Tablo 12. Örneklem Grubunun Sporla İlgilenilen Süre Değişkeni İle Yeme Tutumları Alt Boyutlarının Non-Parametrik Kruskal Wallis-H Testi Sonuçları.....	61
Tablo 13. Örneklem Grubunun Haftada Yapılan Spor Değişkeni İle Yale–Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Non-Parametrik Kruskal Wallis-H Testi Sonuçları.....	63

Tablo 14. Örneklem Grubunun Sporla İlgilenme Süresi Değişkeni İle Yale–Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Non-Parametrik Kruskal Wallis-H Testi Sonuçları.....	64
--	----

Tablo 15. Faktörlerin Güvenilirlik (α) Değerleri.....	66
---	----



EKLER LİSTESİ

EK 1 : Bilgilendirilmiş Onam Formu

EK 2 : Demografik Bilgi Formu

EK 3 : Vücut Algısı Ölçeği

EK 4 : Yeme Tutumu Testi

EK 5 : Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği ve Semptom Listesi (Y-BOCS)

EK 6 : Etik Kurul Onay Sayfası



BÖLÜM I

GİRİŞ

Günümüz spor alanlarından biri olarak popülerliği ivmelenerek artan Fitness'ın; kişilerin yeme tutumları, obsesyonları ve vücut algılarına farklı şekillerde etki edebileceği birçok bilim insanı tarafından ortaya konmuştur.

İngilizce “fit olmak” anlamına gelen Fitness, tüm kas gruplarını aletli veya aletsiz çalıştırma esasına dayanan bir spor dalıdır. Üç temel bileşeni kabul edilen kardiyovasküler dayanıklılık, kas kuvveti ve dayanıklılığı ve esneklik sayesinde; Fitness'ın insan fizyolojisi ve ruhunu bütünleştirici etkileri olduğu belirtilmektedir (<http://www.eurostargym.com/fitness.php>).

Fitness'ın insan vücudunda yarattığı fiziksel etkiler arasında; mutluluk hormonu olarak bilinen endorfin salınımını arttırmak, vücudun yağ ve kas dengesinin düzenlenmesinde etkileri olan testosteron ve östrojen hormonlarını dengelemek, metabolizma hızını ve enerjiyi arttırmak, kalp ve damar sistemini güçlendirmek gibi pek çok yarardan bahsetmek mümkündür (Yıldırım S. , 1998).

Öte yandan, Fitness'ın kişi için istenilen etkiyi göstermesi, beslenmesini de kontrol altına almasından geçmektedir. Kişinin gün içerisinde tükettiği yağ, protein, karbonhidrat, vitamin, mineral, su miktarına dikkat etmesi, istenilen fiziksel sağlığın elde edilmesi için büyük önem taşımaktadır (Tatar, 2001; s.84).

Yeme bozuklukları, kişilerin beden ağırlıkları ve fiziksel görünüşleri ile aşırı ilginin yanında ruhsal etkenlerin de söz konusu olduğu; aşırı yemek yeme, yemek yemeyi reddetme veya kısıtlama, yenilen yemeği hemen geri çıkarma, yemek olmayan maddeleri yeme, karşı konulamaz yemek yeme isteği gibi belirtilerle kendini gösteren hastalıklardır (Öztürk ve Uluşahin, 2014; Tam, Cherry ve Chak, 2007).

Kişilerin yeme tutumlarına etkisi olan faktörler arasında yaş ve cinsiyet ilk sırada yer almaktadır. Anoreksiya Nervoza ve Bulimiya Nervoza gibi yeme bozukluklarının genç yaşlarda başladığı, Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından bildirilmektedir (Vançelik, Önal, Güraksın & Beyhu, 2007; Fairburn, Mphil & Cooper, 1999) Tam, Cherry ve Chak ise (2007) genç kızların erkeklere kıyasla beden imajına daha fazla önem verdiklerini

belirtmiş, bu sebeple yeme bozukluklarına daha yatkın olduklarını tespit etmişlerdir. Cinsiyet ve yaş etkenlerinin yanı sıra, Beden Kitle İndeksi (BKI), sürekli perhiz yapma gereği hissetme ve beden memnuniyetsizliği de yeme tutumunda etkisi olan faktörler arasında yer almaktadır (Loth, Berg Van Den, Eisenberg, Neumark-Sztainer, 2008; Power, Power & Canadas, 2008).

Fitness ile ilgilenen bireylerin bazılarında görülen şiddetli yeme bozukluğu davranışı, bilim insanlarının dikkatini çekmiş, konu ile ilgili araştırmalar yapılmasına vesile olmuştur. Pope ve arkadaşları (1993; 1997; 2002), başta “reverse anorexia” şeklinde ifade edilen, şimdilerde “bigoreksiya” olarak bilinen yeme bozukluğu ve vücut algısı bozukluğu bileşenlerinden oluşan hastalığı literatüre sokmuşlardır. Bigoreksiya’da kişiler, vücutlarındaki kas oranı yeterli ve hatta normalden fazla olmasına karşın, kas kütlelerinin yetersiz olduğuna inandıklarından; aşırı süre ve şiddette fiziksel aktivite gerçekleştirmenin yanı sıra kısıtlayıcı diyetler yapmaktadırlar (Mosley,2008)

Takıntılar (obsesyonlar) sürekli olarak, istenmediği halde gelişen, hoş olmayan, ısrarlı düşünce, dürtü ve görüntülerdir. Bu düşüncelerin saçma ve gerçek dışı olduğu kişi tarafından bilinse dahi kişi, kendini düşünmekten alıkoyamaz (Akgün, 1989; Insel,1980). Kompulsiyon ise söz konusu obsesyonların yarattığı anksiyeteyi azaltmak amacıyla gerçekleştirilen, tekrarlayıcı, kurallı ve stereotipik davranış veya düşüncelerdir (Yıldırım A. , 2016; Sakallı, 2016). Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) DSM-V ile birlikte “Takıntı- Zorlantı Bozukluğu (OKB) ve İlişkili Bozukluklar” olarak tek bir başlık içerisinde toplanmıştır (Öztürk ve Uluşahin, 1988/2016, s.364).

Beden Dismorfik Bozukluğu (BDB), gerek etiyolojisi gerek semptomları açısından, OKB spektrumu hastalıklarından birisi olmuştur. BDB’de de tekrarlayan ve durdurulamayan “kompulsif” davranışlar görülmektedir. Pope ve arkadaşları (2000) yaptıkları araştırmalarla, özellikleri açısından BDB ile ilişkilendirdikleri Kas Dismorfisi’nin literatüre girmesini sağlamışlardır. Kas Dismorfisi (Bigoreksiya), kişilerin kas kütlelerinin yetersiz olduğu düşüncesinden ileri gelen; Fitness salonlarında çok uzun zaman geçirilmesi, kas oranını arttırıcı steroid veya supplement kullanımı, anormal yeme davranışları ve hatta madde kullanımı gibi semptomları olan bir yeme ve vücut algısı bozukluğudur (Mosley, 2008).

Vücut algısı, kişilerin fiziksel görünüşleri hakkındaki düşünce ve inançlarını kapsayan bir değerlendirmeyi ve bu değerlendirmeye karşılık sergilenen davranışlar bütünü

içermektedir (Morrison, Kalin & Morrison, 2004). Vücut algısının, kişilerin büyümesi, sosyal ortam değiştirmesi, medya gibi çok çeşitli faktörlerden etkilendiği bilinmektedir (Uğurlu & Akin, 2008). Vücut algısı bozuklukları ise kişilerin benlik algıları, yeme tutumları, sporla ilgileri ve vücutlarına verdikleri aşırı önem dolayısıyla gerçekleştirilen obsesif davranışlar ile ilişkilendirilmektedir (Başterzi ve ark., 2003; Chosak ve ark., 2008).

Literatürde Fitness ile ilgilenen bireylerin vücut algıları ile alakalı birbirinin zıttı görüşler savunulmuştur. O'Sullivan & Tiggemann (1997) Fitness ile aşırı ilgili bireylerde, spesifik olarak vücut geliştiricilerde, vücut algısı bozukluklarının daha sık ortaya çıktığını belirtmiştir. Olivardia (2002), Pope ve arkadaşları (2000) gibi pek çok bilim insanı da Kas Dismorfisi'ni tanıtırak Fitness ile ilişkilendirmişlerdir.

Öte yandan Boulin ve Goldfield (1995) vücut geliştirme ile ilgilenen bireylerin hepsini risk grubuna dahil etmemek gerektiğini belirtmiştir. Benzeri bir çalışmada Fitness ile ilgilenen kadın ve erkeklerde kişisel, sosyal, benlikleri ile barışıklık konularında çok daha yüksek skor aldıkları; özeleştiri skorlarının da belirgin bir şekilde düştüğü tespit edilmiştir (Finkenberg & Teper, 1991).

Bu çalışmada, Fitness'ın kişilerin yeme düzeni ve vücut algıları değerlendirilecek, Fitness'a başlama düşüncesi olan kimseler ve uzun zamandır Fitness ile ilgilenen kimselerin obsesyon oranları değerlendirilerek Fitness gibi fiziksel aktivitelerin kişilerde OKB için risk oluşturup oluşturmayacağı sorgulanacaktır.

1.1. ARAŞTIRMANIN AMACI

Dünya literatüründe Fitness, vücut geliştirme ve bu fiziksel aktivitelerin kişilerin yeme düzenleri ve vücut algıları üzerine pek çok çalışma bulunmaktadır. Buna rağmen Türkiye'de gerçekleştirilen çalışmalarda, Fitness'a yeni başlayan bireyler ile uzun zamandır Fitness ile ilgilenen bireyler arasındaki ilişki üzerine yeterli veri bulunamamıştır.

Bu çalışmada, uzun süredir Fitness ile ilgilenen, spora yeni başlayan ve spora başlama düşüncesi olan kimselerin yeme düzenleri, vücut algıları ve obsesyon düzeyleri değerlendirilmiştir. Söz konusu değerlendirmelerde, uzun zamandır Fitness ile ilgilenen

bireylerin yeme bozukluğu ve vücut algılarının yeni başlayanlar ve başlama düşüncesi olanlara üstünlüğü olup olmadığını bulmak hedeflenmiştir. Uzun süredir sporla ilgilenen bireylerin spora başlarkenki hedefleri ile şimdiki hedefleri arasında değişiklik varsa, bu değişikliğin ne yönde olduğunu tespit etmek amaçlanmıştır.

1.2. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Türkiye’de iki farklı ildeki iki spor salonunda gerçekleştirilen bu çalışma, Fitness’in kişilerin vücut algısı ve yeme düzenleri üzerinde yarattığı obsesif davranış modellerini araştırarak, geleceğe dair bir veri tabanı oluşturacaktır. Böylelikle Fitness’in kişiler üzerinde yaratacağı olumsuz etkiler ön görülebilecek, gerektiği takdirde önlem alınması için literatüre katkıda bulunulacaktır.

1.3. ARAŞTIRMADA KARŞILAŞILAN GÜÇLÜKLER VE SINIRLILIKLAR

Araştırma kişilerin kendilerini değerlendirdikleri ölçekler üzerine temellendirildiğinden, katılımcıların yanlış davranarak yanıt vermiş olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmada kişilere dağıtılan anketlerin bir kısmında tüm sorulara aynı cevabın işaretlendiği fark edilmiştir. Bazı anketlerin ise geri dönüşü alınamamıştır.

Tüm bunlar çalışmanın sonucunu direkt olarak etkilemekte, farklı araştırmalar ile korelasyonu üzerinde fark yaratmaktadır.

1.4. HİPOTEZLER

- Bireylerin obsesyon düzeylerindeki artış Fitness ile ilgilenme süreleri ile doğru orantılıdır.

- Bireylerin vücut algılarında, Fitness ile ilgilenme süreleri ile doğru orantılı gerçekleşen pozitif bir gelişme vardır.
- Bireylerde yeme bozuklukları gelişmesi ile Fitness ile ilgilenme süreleri arasında pozitif anlamlı bir ilişki söz konusudur.
- Bireylerin spor ile alakalı fikirlerinin yön değiştirerek “fiziksel görüntü” ve “beğenilme” odaklı bir hal alması, Fitness ile ilgilenme süreleri ile doğru orantılıdır.



BÖLÜM II

GENEL BİLGİLER

2.1. SPOR

Spor üzerinde çalışma yapan birçok bilim insanı ve araştırmacı sporu farklı biçimlerde ele almış ve tanımlamışlardır.

Michaud ve arkadaşları (1999) sporun tanımını; “insanların bireysel veya karşılıklı olarak fiziki güçlerini kullandıkları etkinlikler” olarak belirtmişlerdir. Britannica Ansiklopedi’sinin spor ile ilgili tanımı ise, “fiziksel hedefler ve hedeflere ulaşmak için gerçekleştirilen yarışmalar” şeklinde olup; “Spor, geçmişte ve günümüzde her kültürün bir parçasıdır; ancak her kültürün kendine ait bir spor tanımı vardır. En kullanışlı tanımlar sporun oyun oynamak (play), çeşitli oyunlar (games) ve yarışmalar (contests) ile ilişkisinin netleştirildiği tanımlardır.” cümleleri ile detaylandırılmıştır (Rowe, Guttmann, Maguire & Thompson, 2019).

Sporun tanımına, günümüz ansiklopedik tanımından ziyade daha geniş bir çerçevede bakıldığında ise, “bireyin sağlıklı olduğu süreci daha ileriye götürmesine ve iyiye giden sağlık sürecini aynı şekilde sürdürmesine yardımcı olan hareketler” şeklinde düşünülebilir.

Günümüzde spora sadece yarışma ve rekabet gibi kavramlar çerçevesinde bakılmamakta, bireylerin sağlığı için gerekli bir aktivite olduğu vurgulanmakta ve bu bağlamda kişiler spora başlamaya teşvik edilmektedir. Bu teşviklere daha çok gelişmiş ülkelerde yaşayan kişilerce cevap verilmekte ve farklı sportif aktiviteler yoğun ilgi görmektedir. Kişilerin spora olan ilgilerini arttırmak için yapılabilecek yeni etkinlikler, etkinlik mekanları, çalışma programları ve saatleri uygulamaya koyulmakta ve bu düzenlemeler çarpıcı sloganlarla dikkat çekici hale getirilmektedir (Özdağ, Kürkçü, Kartal & Aytekin, 2005)

2.1.1 Sporun Önemi ve Amacı

Ülkemiz ve diğer ülkelerde sporun bu denli önem kazanmasının sebebi, elbette ki insan sağlığına pozitif yöndeki etkilerinden kaynaklanmaktadır. Sporun temel yapıtaşları sayılabilecek iki etmen olan sistemli ve bilinçli yapılan egzersizler, günümüz şartları ile uygun olacak şekilde yönlendirilmiş, geliştirilmiş ve güçlendirilmiştir. Sporun değer kazanması, yaygınlaştırılması ve toplum koşullarına uygun hale getirilmesi için yapılan düzenlemeler, günümüzde tüm ülkelerin, sporun insan sağlığı için taşıdığı önemi kabul etmesinden ileri gelmektedir (Öztürk, Koparan, Haşıl ve ark., 2004).

Spora başlamak için kilo vermek, kilo almak, fit bir görüntüye sahip olmak, kas kütlesini arttırmak, vücutlarına esneklik ve/veya çeviklik kazandırmak gibi pek çok kişisel sebep ortaya koyulabilmektedir. Modern toplum yapısında kişiler, bu faktörlerden biri veya kombinasyonlarını hedef haline getirerek, sporun sağlık için bir gereklilik olduğu bilinci ile hareket etmekte; söz konusu hedefleri için düzen ve programlı çalışmanın şart olduğunu benimsemektedir (Can, 2000).

Günümüzün stresli yaşam koşullarını dengelemek, fiziksel ve mental uyumu sağlamak için, her geçen zamanda daha fazla insanın, zamanlarının daha fazla bölümünü spora ayırdığı görülmektedir. Sporun kişilerin özgüvenine olan pozitif etkisi, sosyal ve mesleki koşullardaki performans artışına desteği, kişiye kattığı düzen ve programlı yaşam bilinci, artan ilginin diğer nedenleri arasındadır (Özdağ, Kürkcü, Kartal & Aytekin, 2005; Turan, 2006).

Sedanter yaşam tarzı, düzensiz fiziksel aktivitelerin olduğu veya fiziksel aktivitenin hiç olmadığı yaşam tarzıdır. Sedanter yaşam tarzı süren bireylerin kaçınılmaz olarak karşılaşacağı psikolojik ve fizyolojik sorunlara engel olmak için gerçekleştirdiği, yürümek, koşmak, bisiklete binmek gibi günlük yaşamın parçalarını da içerebilecek aktivitelerde bulunması; sporun amacını dile getiren basit bir tanıımıdır (Özkatar Kaya, Yıldız, Sarıtaş, Kaya, 2018).

Düzenli spor yapan kişilerin sahip olduğu biyolojik ve sosyolojik avantajlardan bazıları şöyle sıralanabilir:

- Solunum, kalp, dolaşım ve sindirim fonksiyonları daha düzenli ve verimli çalışır.
- Eklem, tendon, ligaman gibi hareket sistemi elemanları daha sağlam ve daha esnektir.

- İstirahat nabızları ve kan basınçları daha düşüktür.
- Kanda lipid, kolestrol ve LDL (Low Density Lipoprotein) daha düşüktür.
- Otonom sinir sistemi regülasyonu daha iyidir.
- Şişmanlık, düz tabanlık, postür bozuklukları, kas artrofileri daha azdır.
- Spor yapan kişilerin kendilerine güveni daha fazla, çevresiyle ve arkadaşlarıyla uyumu daha iyi, ruhsal sağlıkları daha dengeli ve düzenlidir.
- Kişinin çevresiyle ilişkisini geliştirerek, sosyal bütünleşme sağlar.
- Kendine güveni artırır.
- Mesleki alanda kişiyi başarılı kılar. (Zorba,2004; s.32).

2.1.2 Spor Bilinci

Egzersiz ve spor, günümüz “entegre eğitim sistemi”nin bir parçası olarak, öğrencilerin bütüncül eğitimlerini tamamlamaları açısından, artık dünyanın her yerinde eğitim ve öğretim programlarına dahil olmuştur (Öztürk, Koparan, Haşıl ve ark., 2004).

Temelde spor kültürünün benimsenmemesinden kaynaklı spor bilinçsizliği, kişilerin antrenmanlarından aldıkları verimi olumsuz yönde etkileyebilecek önemli etmenlerdendir (Kartal, 2003).

İnsanları spor yapmaya iten sebeplerden bazılarına aşağıda yer verilmiştir;

- Belli sosyal ihtiyaçları karşılamak
- Sağlık, rehabilitasyon ve fiziksel uygunluk sağlamak
- Estetik ihtiyaçları doyurmak
- Duygusal gerilimden kurtulmak
- Kendini gerçekleştirmek ve göstermek
- Maddi kazanç ve ayrıcalıklar elde etmek
- Zayıflamak, mutlu olmak
- Güç, hız, dayanıklılık, çeviklik, koordinasyon yeteneği geliştirmek
- Hastalıklara karşı direnç kazanmak
- Boş zamanı ortaklaşa, aktif ve verimli bir biçimde değerlendirmek
- Özsaygıyı artırmak (Zorba, 2004).

2.1.3 Sporun İnsanlar Üzerindeki Psikolojik Etkisi

Günümüzdeki yoğun iş koşulları dolayısıyla monotonlaşan hayatın getirmiş olduğu streslerden uzaklaşmak amacıyla insanlar, spora yönelmeye başlamışlardır. Spor, günümüz yaşantısının kaçınılmaz yükünün getirdiği stres ve stresle başa çıkamamanın sonucunda gelişen depresyonu aşabilmek için, önemli bir destek mekanizması oluşturmuştur. Stresin büyük yer kapladığı ve kişilerin kendilerini bir sarmalın içerisinde hissettiği monoton hayatta, spor, insanlara gün sonunda rahatlama ve bir şeyleri başarabilme hazzını yaşatmaktadır. (Güçlü, 2005). Tekin (1997), çalışmasında, sporun, programlı bir süreklilik içerisinde yapıldığı takdirde; kişilerin depresyon ve anksiyete düzeyini düşürdüğünü, özgüvenini ve özsaygısını olumlu seviyelere çıkarttığını ve egemenlik duygusu kazandığını ortaya koymuştur.

Browne ve Mahoney (1984), sporun psikoloji üzerine etkilerini araştıran çalışma sonuçları derlemesinde; durum ve benlik algısının pozitif bir şekilde arttığı, korku ve depresyonun ise belirgin şekilde düştüğü sonucuna ulaşmışlardır. Konuyla ilgili yapılan başka çalışmaların sonuçlarını göz önünde bulundurarak; sporun insan psikolojisi üzerinde, gerek stresi yönlendirebilecekleri bir alan, gerekse manevi dinginlik sağlaması açısından olumlu yönde etki yarattığı gerçeği ortaya konulabilmektedir.

Yapılan çalışmalar sonucunda çıkan bulguları kaynak olarak göstererek, yapılan fiziksel egzersizlerin, psiko-sosyal açıdan sağlığa direkt ve dolaylı etkisi olduğu belirtilmiştir. Konu ile ilgili İngiliz ve Amerikan literatürünü tarayan Schwarzer de (1996) sporun kişiler üzerindeki pozitif değişimlerini doğrulayarak bu noktada direkt ve dolaylı etkilerden bahsetmenin gereğini vurgulamıştır.

Nörogenetik ve nörogenez üzerine yapılan çalışmalar, düzenli yapılan fiziksel aktivitelerin beyinde salınan nörotrofik faktör protein miktarını arttırarak yeni nöron ve sinaps oluşumuna katkı sağladığını ortaya koymuştur. Özellikle hipokampusün (beynin öğrenme ve hafıza ile ilişkilendirilen kısmı) yeni sinir hücresi oluşturma yeteneği, dayanıklılık arttırıcı fiziksel aktiviteler ile ilişkilendirilmiştir. Önceleri bu gelişimin nasıl olduğu bilinmemesine karşın, konu üzerindeki araştırmalar, egzersiz sırasında üretilip dolaşıma salınan FNDC5 adlı proteinin zamanla beyinde Brain Derived Neurotropic Factor (BDNF) üretimini uyardığını, BDNF'nin de yeni nöron ve sinaps oluşumunu sağlayıp var olan beyin hücrelerinin korunmasına destek olduğunu kanıtlamıştır (Wrann, ve diğerleri, 2013)

Sporun kişiler üzerindeki öneminden bahsederken, çocukluk ve ergenlik döneminde yarattığı etkilerden de bahsetmek gerekir. Fiziksel aktivitenin çocukların fiziksel, mental ve ruhsal gelişimi için faydalarından bahseden Zimmer (1998) bu faydaları; 1- kişisel işlev (kendi bedenini ve fiziksel yeteneklerini fark etmek), 2- sosyal işlev (diğer bireyler ile iletişim içerisinde olmak), 3- üretkenlik işlevi (kendi bedenini keşfetmek, kareografi veya yeni oyun yaratmak), 4- anlatımsallık işlevi (duygu ve düşünceleri beden dili ile ifade edebilmek), 5- etkileme işlevi (sevinç, heyecan, yorgunluk gibi duyguları yaşamak), 6- araştırma işlevi (çevreyi ve bulunulan ortamı merak etmek, çevre ile bütün haline gelmek), 7- karşılaştırma işlevi (rekabeti, kendini çevre ile karşılaştırmayı öğrenmek) ve 8- uyarılama işlevi (yorgunluğun yaratacağı stresi, kendi fiziksel sınırlarını tanımak ve buna göre davranmak) şeklinde sıralamıştır.

2.2 FİTNESS

Fitness İngilizce kökenli bir kelime olup, “fit” yani formda olmak anlamına gelmektedir. Tüm kas gruplarını aletli veya aletsiz çalıştırma esasına dayanan Fitness, tüm sporların temelini oluşturmaktadır. Fitness’ın üç temel bileşeni olan kardiyovasküler dayanıklılık, kas kuvveti ve dayanıklılığı ve esneklik; ruh ve beden sağlığının ahenkli bir birliktelik sağlamasına yardımcı olur (<http://www.eurostargym.com/fitness.php>).

Fitness programlarının bir düzen içinde uygulanması, beklenen performansın elde edilmesi için büyük önem arz eder. Antrenmanların etkisi, frequency (sıklık), intencity (yoğunluk), time (süre), yüklenme ve özel antrenman faktörlerinin değişkenlik göstermesi ile belirlenir. Örneğin fiziksel seviyeyi korumak için haftada 3 gün uygulanan bir program, kas kütleini arttırmak içinse haftada minimum 3, maksimum 5 günlük bir çalışma en ideali olacaktır (Türkiye Cimnastik Federasyonu, 2017).

Fitness’ın herkese hitap eder hale getirilmesi için yıllar içinde çok farklı egzersiz metodları ortaya çıkarılmıştır. Bu programlar arasında daha ritmik ve eğlence içerikli olduklarından aerobik dans ve step aerobiği en popüler ikili haline gelmiştir (Doruk & Tetik, 2002). Bunların yanı sıra zamanla; hip-hop, zumba, rumba, aletli/aletsiz pilates, farklı yoga teknikleri, bale temelli Fitness programları kişilerin tercihlerine sunulmuştur. Spinning (bisiklet) dersleri, koşu bantları ve ağırlık istasyonları ise her Fitness salonunun en vazgeçilmez üyeleridir (Yıldırım S. , 1998).

2.2.1 Fitness'in Yararları

Fitness kişilerde sağlıklı bir mental ve fiziksel bütünlük sağlamada önemli rol oynar. Kişilerde mutluluk hormonu olarak da bilinen endorfinin, bunun yanı sıra östrojen ve testosteron gibi kas ve yağ dengesindeki belirleyici hormonların salınımını düzenler. Böylece Fitness ile ilgilenen bireyler spordan sonra daha mutlu ve zinde hissederler. Kişilerin kazandıkları fit görüntü de sosyal yaşantılarında daha özgüvenli olmalarını sağlar.

Fitness'in bileşenlerinin düzenli bir program ile uygulanması kişilerde,

- Kas gücünü ve kütlesini artırır.
 - Dengeli kilo kaybına/alımına destek olur.
 - Yağ yakımını düzenler.
 - Metabolizma hızını ve enerjiyi artırır.
 - Esnekliği sağlar, dengeyi sağlamlaştırır.
 - Kemik gücünü ve yoğunluğunu korumaya yardımcı olur.
 - Sağlıklı bir uyku düzenini destekler.
 - Kalp ve damar sistemini güçlendirir.
 - Uzun dönemde, kalp krizi riskini azaltır.
 - İnsülin ve glukagon hormonlarını dengelediğinden, şeker hastalarına önerilir.
- (Yıldırım S. , 1998)

Fitness'in kişilerin hayatında direkt etki yaratan yararlarından biri de sistemli bir çalışma şekli gerektirmesinden kaynaklanmaktadır. Fitness'in düzenli yapısını benimseyen kişilerin, bu düzeni hayatlarının her alanına yansıtabilecekleri bir disiplin kazanmaları söz konusu olacaktır. Günlük hayatlarında daha dakik ve programlı olmaları, hem sosyal hem çalışma hayatlarında kişileri ileriye taşıyacaktır.

2.2.2 Fitness'ta Dikkat Edilmesi Gereken Önemli Noktalar

Fitness'a başlayan bireylerin bilinçli bir şekilde spor yapmaları çok önemlidir. Hiçbir tecrübesi olmayan kişilerce bilinçsiz yapılan spor, kasların gelişmesini veya kilo verilmesini büyük sekteye uğratar ve kişileri sakatlanma riskiyle karşı karşıya bırakır; bu sebeptendir ki Fitness salonlarında çok sayıda personal trainer (kişisel antrenör) bulunmaktadır.

Fitness; sadece ağırlık kaldırmak veya kardiyo yapmak değildir; en önemli hususlardan birisi de düzenli ve doğru beslenmektir. Beslenme konusunda spor salonundaki diyetisyenlerden veya personal trainerlardan destek alınması, kilo vermek, almak veya kas kütlelerini arttırmak için büyük önem arz etmektedir. Bunun sebebi de doğru beslenmenin Fitness'ın altın kurallarından biri olmasıdır (Tatar, 2001; s.84).

2.2.3 Vücut Geliştirme

Vücut geliştirme; kas gelişimi için önceden belirlenmiş antrenman programı ve yeme programı ile koordineli olarak yapılan; antrenman esnasında kas kütlelerini en şiddetli şekilde parçalamayı ve antrenmandan sonra beslenme ile parçalanmış kas kütlelerinin büyümesini amaçlayan spor alanıdır (Mosley, 2009).

Vücut geliştirme ile ilgilenen bireylerin tercih ettiği düşük karbonhidratlı ve yüksek proteinli diyet programının yanı sıra yağ oranı düşük ve kaslı bir vücuda sahip olmak için yapılan yoğun ağırlık antrenmanlarını içeren düzenleme; özellikle erkekler için günümüz vücut algısında ideal vücuda sahip olmak adına yapılan bir ritüeldir (Andersen ve ark.,1995).

Vücut geliştirmecilerin yarışmalar esnasında, kas kütlelerini müzik eşliğinde poz vererek sergilemek durumunda olmaları; yarışma öncesindeki hazırlık periyodunda, fazla miktarda kilo almak için her şeyin yenilebildiği “bulk” dönemine ve sonrasında diüretik ve bitkisel supplementler gibi kilo kaybettirici maddeler ile diyet kısıtlamasının eşlik ettiği, kas kütlelerini koruyarak sadece yağ kütlelerini kaybedecekleri döneme girmelerini gerektirmektedir (Anderson ve ark.,1995; Ratamess, 2012).

Yıl içerisinde gerçekleştirilen bu ölçsüz kilo alıp verme süreçleri ve gerçekleştirdikleri hipertrofik (tektip) kuvvet antrenmanlarının, ACSM'nin yayınladığı, sağlıklı antrenman profiline (haftada 3-5 kez, maksimum kalp atımının sayısının %60-80 düzeyine ulaştığı aerobik antrenmanlar) uymadığı açıkça görülmektedir (Hayward, 2006; Haskell ve ark., 2007).

Yapılan kuvvet egzersizlerinin getirisi olan kas gücü artışı; vücut geliştiriciler için primer hedef olan kas hipertrofisi ve simetrisi sağlamanın ve kasın şeklini maksimum düzeye ulaştırmanın yanında ikincil bir getiridir. Buna karşın, kas gücünü arttırmak için gerekli olan ağır yük antrenmanları, sıklıkla kas hipertrofisini sağlamak için de tercih edilmektedir. Yapılan antrenmanların çok boyutlu etkileri göz önünde

bulundurulduğunda, vücut geliştirmenin bazı kişiler için görünüm, performans ve sağlık için kullanılırken, bazı kişiler için yarışma odaklı olduğundan bahsedilebilir. (Ratamess, 2012)

2.3 VÜCUT ALGISI

Vücut algısı temelde; kişilerin, uzuvları ve bu uzuvların işlevleri ile alakalı, kendileriyle ilgili yaptıkları pozitif veya negatif değerlendirmeler için kullanılan bir kavramdır (Aslan, 2004).

Morrison, Kalin ve Morrison'un (2004) tanımına göre ise vücut algısı, kişilerin fiziksel görünüşleri hakkındaki düşünce ve inançlarını kapsayan bir değerlendirmeyi ve bu değerlendirmeye karşılık sergilenen davranışlar bütünüdür.

Vücut algısı kişinin dünyaya geldiği andan itibaren var olan ve kişi ile evrilen bir kavramdır. Kişilerin fiziksel görünüşlerinin, kilolarının değişmesi, cinsiyetleri, yaşları, benlik algıları, özgüvenleri, dürtüleri, sosyal medya ve televizyon baskısı, kişinin vücuduna vermiş olduğu değer ve toplumun fiziksel görüntüsüne vermiş olduğu değer; vücut algılarında değişiklik yaratan faktörlerden bazılarıdır (Uğurlu ve Akın, 2008).

2.3.1 Vücut Algısının Bileşenleri

Schilder'in "Zihnimizde biçimlendirdiğimiz kendi vücudumuzun resmidir, yani kendimize nasıl göründüğümüzdür." şeklinde tanımladığı vücut algısının, üç temel komponenti olduğu düşünülmektedir (Grogan, 2008). Bunlar bireyin vücudunu algılayış şekli: beden gerçekliği, bireyin bedenini içsel standartlarına getirmesi: beden sunumu ve bireyin geçmişten günümüze gelen tüm faktörlerinin bileşeni: beden idealidir (Özaltın, 2003).

Beden Gerçekliği

Beden gerçekliği, objektif standartları olan, kişilerin ırklarının verilerine dayandırılan, karşılaştırma için kullanılabilecek bir norm oluşturur. Temel (2005), beden gerçekliğinin herkese genleri ile kalıtsal aktarılan bilginin üzerine; beslenme, fiziksel aktivite, günlük yaşam şartları gibi sosyal faktörlerin eklemesi ile oluştuğunu savunmaktadır.

Dinamik bir yapıya sahip olan beden gerçekliği, yıllar içinde kişilerle birlikte evrilip bireyin beden sunumu ve idealini etkileyerek, kişilik algısı ve özgüveni önemli ölçüde etkilemektedir. Bu değişim dönemlerinden bazıları kişiler için özellikle önem taşımaktadır. Hormonal değişimler ile kişilerin boyunun uzadığı, fiziksel özelliklerinin şekillendiği, kızlar için göğüslerin geliştiği ergenlik dönemi, önem taşıyan dönemlerin başında gelmektedir (Özaltın, 2003)

Beden Sunumu

Bedenimizin sahip olduğu yapı, ideal vücut yapısı, sosyal durumlarda bedenin sergilediği performans gibi pek çok faktörden etkilenen beden sunumu; sadece giyinmek ve süslenmekten ibaret değildir (Özaltın, 2003).

Morrison ve arkadaşları (2004) beden sunumunu kişilerin daha iyi görünmek için sergilediği bireysel davranışlar olarak tanımlamış; bu noktada medyanın beden idealine ve sunumuna etkilerini vurgulamıştır.

Aynı konuda araştırma gerçekleştiren Souto ve Garcia da (2002), beden sunumunun yalnızca giysilerden ve süslerden ibaret olmadığından bahsederek kişinin duruşunu, tavrını ve hareketlerini etkileyen duygu, niyet ve irade bileşenlerini ortaya koymuştur.

Beden İdeali

Beden ideali, kişinin beden gerçekliğini, ulaşmak istediği hedef ile sürekli karşılaştırdığı bir kavramdır. Kişi içselleştirdiği beden idealini sürekli tartışma halinde olduğu gibi, yakın çevresine aynı ideali yansıtma eğilimi de gösterebilir. Dinamik bir yapısı olan beden ideali, kişinin bilinçaltının etkin olduğu bir parçasıdır. Geçmişten günümüze “idealize edilerek” getirilen her türlü medya etkisi, sosyal yaşam, tavsiye, hayranlık olgularını beraberinde getiren beden ideali, kişilerin eğitim düzeyi, aile yapısı, etnik kökeni, medya ve değişen moda algısı ile direkt ilişkilidir (Temel, 2005).

2.3.2. Vücut Algısını Etkileyen Faktörler

Vücut algısı kişilerin yaşı, cinsiyeti, toplumsal normları, vücut yapısı ve özsaygı gibi faktörlerden etkilenen, dinamik ve değişime açık bir olgudur.

- **Cinsiyet**

Beden algısı üzerinde yapılan çalışmalar da, kadınların erkeklere kıyasla bedenleri ile daha alakalı oldukları tespit edilmiştir. Acar (2010), yaş faktörü göz önüne alındığında da

sonucun değişmediğini, kadınlarda vücut algısına ilginin daha küçük yaşta başlayıp ömür boyu devam ettiği bildirmiştir.

Beden algısının ve bu konuda ortaya çıkan rahatsızlıkların kadınlarda erkeklerden daha sık görölmesinin başlıca nedenleri arasında, kadınların maruz kaldığı toplumsal baskı, ailesel beklentiler ve medya ilgisi yer almaktadır (Demir, 2006)

Oğuz, (2005) yaptığı araştırmada, toplumsal öğretilerin, kadınlarda kariyer ve başarı için fiziksel özelliklerinin, erkeklerde ise zeka ve sağlık durumlarının önem taşıdığı yönünde olduğunu tespit etmiştir. Alagöl, (2004) kadınlara, toplumdaki itibarı için diğer faktörlere kıyasla fiziksel özelliklerinin daha büyük önem taşıdığının öğretildiğini ileri sürmüştür. Bu bağlamda kadınların vücut algıları konusunda erkeklerden daha duyarlı olmaları doğaldır.

Daha yeni çalışmalarda, medyanın da etkisi ile erkeklerde ortaya çıkan vücut algısı bozukluklarına dikkat çekmiştir. Tıpkı kadınlarda ince ve fit bir yapının kabul görmesi gibi, erkekler için de kaslı ve bulk bir görüntü takdir edilmektedir (Plante & Rodin, 1990).

- **Yaş**

Beden algısı, kişilerde küçük yaşlarda, aile ile iletişim kurmakla ile başlar, okul döneminde arkadaşların geri bildirimleri ile evrilir. Aile ortamında destek veya yönlendirme ile şekillenen vücut algısı, çocuğun okul dönemine girmesi ile rekabet kazanır. Kişinin ergenliğe girmesi, tüm vücut algısının oluşması için en önemli faktördür. Bu dönemde birey “kusur” olarak değerlendireceği noktaları kendileri için utanç ve mutsuzluk kaynağı haline getirebilmekte, bunun da saklanma, öfke, içe kapanıklık gibi dışa vurumları olabilmektedir (Alagöl, 2004; Aslan, 2004).

Ergenlikte kişilerin vücutlarında meydana gelen değişiklikler ile ilgili ekstra duyarlı olması, vücut algısı bozukluklarının başlangıç yaşının sıklıkla bu döneme tekaböl etmesi ile ilişkilidir (İnanç, Bilgin , & Atıcı, 2004).

- **Vücut Ağırlığı**

Kilolu birey, toplumsal normların da etkisi ile vücudunu beğenmeyebilmekte ve kilosunu garipseyeabilmektedir. Bu özgüvensizliğin bireydeki etkisi ise çevresinin kendisini çirkin ve/veya komik bulduğu, hor gördüğü, dışladığı yönünde olabilmektedir. Schwartz (2004), uzun süreli bakışlar, kişilerin kendi aralarında fısıldaşması veya yapılan

yorumların; vücut algısı bozukluğu yönelimi olan obez bireyler için büyük önem taşıdığını bildirmiştir. Bunlar göz önüne alındığında, obez bireylerin özgüvenlerinin sarsılması, kendilerini toplumdan uzaklaştırma, sosyal ortamlardan kaçınma davranışı ile bilenerек kişileri depresyona sürükleyebilmektedir (Özgür ve ark, 2008; Kulaksızoğlu, 2001)

Bireyin vücut ağırlığının artışı ile memnuniyetsizliğinin artışı arasında sıkı bir korelasyondan bahsetmek mümkündür. Bu bağlamda kilo artışının vücutta yarattığı biyolojik zararların yanı sıra, kişinin psiko-sosyal durumunun gerilemesine bağlı ortaya çıkacak sorunlar ortaya konulmuştur (Demir, 2006).

- **Düşük Özsaygı**

Bireylerin kendilerini objeleştirmeleri ile gelişen bir durumdur. Kişilerin kendilerine güvenmeleri, kendilerini kabul etmeleri ve beğenmeleri ile ortaya çıkan özsaygıyı; Doğru ve Peker (2004), “kişinin kendisini değerlendirmesi sonucu ulaştığı, benlik kavramını onaylamasından doğan beğeni durumudur” şeklinde ifade etmişlerdir.

Kişinin kendini değerlendirmesi, toplumsal normlar, aile faktörünün kişide bıraktığı izler gibi faktörlerden etkilendiğinden, özsaygı için de aynı ölçütlerden bahsetmek mümkündür. Kişinin kendini ifade edebilmesi, yeteneklerini sergilemesi, kabul görmesi, başarı hissi gibi pek çok etken benlik saygısının oluşumunda önem taşımaktadır (Yörükoğlu, 1985).

- **Toplumsal Faktörler**

Geçmişten bu yana toplumsal normlar kişilerin “güzellik” algısında etkili olmuş, bireylerin fiziksel özelliklerini şekillendirmesi için bir yol çizmiştir. Günümüzde medya aracılığı ile paylaşımı ve dolayısıyla bilinirliği artan kozmetik ürünler, diyet programları ve hatta “gülüş tasarımı”, “altın oranla gerçekleştirilen rinoplasti ameliyatı” gibi kavramlar, kişilerin güzellik algısını etkileyen faktörler arasında büyük önem taşımaktadır (Aslan, 2004).

Benlik algısı ile ilgili yapılan çalışmalarda, diyet yapan bireylerin fiziksel görünüm ve genel benlik algılarında diyet yapmayan bireylere kıyasla daha negatif değerlere sahip olduğu saptanmıştır (Örsel ve ark,2004).

Beden algısı düşük olan bireylerin, sahip olmak istedikleri beden ağırlığının, sağlık için öngörülen beden ağırlığından düşük olduğu tespit edilmiştir. Buna karşın toplumun kabullendiği değerler, sağlık standartlarına uyan değerlerdir (Demir, 2006).

Tüm bunlar göz önüne alınarak, kişinin “hedef vücut indeksini” oluşturan faktörleri aile, arkadaş, medya gibi geniş bir çerçevelerde ele almak mümkündür. Levine ve arkadaşları (2001), lise çağındaki öğrenciler ile yaptıkları çalışmada, bireyleri etkileyen en önemli durumun arkadaş baskısı olduğunu tespit etmiştir.

2.4 YEME BOZUKLUKLARI

Prof. Dr. M. Orhan Öztürk ve Prof. Dr. N. Aylin Uluşahin’in Ruh Sağlığı ve Bozuklukları kitabında (2016, s. 465) yer verdikleri üzere; yeme bozuklukları kişilerin beden ağırlıkları ve fiziksel görünüşleri ile aşırı ilgilenmelerinin yanında yeme davranışlarındaki değişiklikleri içeren; Anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza, tıkinırcasına yeme bozukluğu gibi bozuklukları kapsayan ruhsal etkenlerle bağlantılı fizyolojik işlev bozukluklarıdır. Kişilerde bu bozuklukların farklı dönemlerde farklı şekillerde görülebiliyor olması ve birbirlerini takiben gelişebiliyor olmaları; yeme bozukluklarının arasındaki sınırların keskin olmamasının sebeplerindendir (Fairburn, 2009).

2.4.1 Yeme Bozukluğu Tipleri

DSM-V’e göre yeme ve beslenme bozuklukları aşağıda listelendiği şekildedir:

- Pika (çocuklarda, erişkinlerde)
- Ruminasyon bozukluğu (geri çıkarma (geviş getirme))
- Kaçınan/kısıtlayıcı yiyecek alım bozukluğu
- Anoreksiya nervoza (kısıtlayıcı tür, tıkinırcasına yeme/çıkarma türü (bulemik tür))
- Bulimiya nervoza
- Tıkinırcasına yeme bozukluğu
- Tanımlanmış diğer bir beslenme ya da yeme bozukluğu
- Tanımlanmamış diğer bir beslenme ya da yeme bozukluğu

Aşağıda, listelenen hastalıkların tanımlarına ve tanı ölçütlerine yer verilecektir.

- **Pika**

Yenilemez maddelerin (kum, düğme, metal, sabun vb), ısrarcı bir şekilde, yoğun bir istek ile yenmeye çalışılması durumudur (Budak, 2019).

Pika'nın DSM-V tanı ölçütleri aşağıdaki gibidir.

- | |
|---|
| <p>A. En az bir ay süreyle sürekli olarak besleyici değeri olmayan, besin olmayan maddeleri yeme.</p> <p>B. Besleyici değeri olmayan, besin olmayan maddeleri yeme tutumu kişinin gelişimsel düzeyi ile uyumlu değildir.</p> <p>C. Bu yeme davranışı kültürel dayanağı olan ya da toplumsal olarak olağan kabul edilebilecek bir uygulama değildir.</p> <p>D. Bu yeme davranışı başka bir ruhsal bozukluk bağlamında ortaya çıkıyorsa (Otizm spektrumu, şizofreni kapsamında gibi) ayrıca klinik değerlendirmeyi değerlendirecek kadar ağırdır.</p> |
|---|

(APB, 2014, s. 171)

- **Ruminasyon Bozukluğu**

DSM-V'te tanılarının arasına girmiş yeme bozukluğudur.

Ruminasyon'un (Geri çıkarma bozukluğu) DSM-V tanı kriterleri aşağıdaki gibidir.

- | |
|--|
| <p>A. En az bir ay süreyle, sık sık yediği yiyeceği geri çıkarma. Çıkarılan yiyecek yeniden çiğnenebilir, yeniden yutulabilir ya da dışarı tükünebilir.</p> <p>B. Sık sık geri çıkarma, eşlik eden bir mide-bağırsak hastalığına ya da başka bir sağlık durumuna (örn. Gastroözefageal reflü, pilor stenozu) bağlanamaz.</p> <p>C. Bu yeme bozukluğu sadece anoreksiya nervoza, bulimia nervoza, tıknırcasına yeme bozukluğu ya da kaçınan/kısıtlı yiyecek alımı bozukluğunun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır.</p> <p>D. Bu belirtiler, başka bir ruhsal bozukluk bağlamında ortaya çıkıyorsa (örn. anlık yeti yitimi ya da başka bir nörogelişimsel bozukluk) ayrıca klinik değerlendirmeyi gerektirecek kadar ağırdır.</p> |
|--|

(APB, 2014, s.172)

- **Kaçıngan/ Kısıtlayıcı Yiyecek Alım Bozukluğu**

DSM-V’te tanıların arasına girmiş yeme bozukluğudur.

Kaçıngan/ kısıtlı yiyecek alım bozukluğunun DSM-V tanı kriterleri aşağıdaki gibidir.

- A. Aşağıdakilerden birinin (ya da daha çoğunun) eşlik ettiği uygun beslenme veya enerji gereğinin sürekli karşılanamaması ile kendini gösteren bir yeme ya da beslenme bozukluğu (örneğin yemeğe ya da yiyeceklerle karşı açıkça ilgi göstermeme; yiyeceklerin duyuşsal özelliklerinden kaçınma; yemek yemenin tiksindirici sonuçlarıyla ilgili kaygı duyma).
1. Belirgin bir kilo kaybı (ya da çocuklarda beklenen kilo alımını sağlayamama ya da büyümenin duraklaması).
 2. Belirgin bir beslenme eksikliği.
 3. Enteral (tüp yardımıyla) beslenmeye ya da ağızdan besin destekçilerine bağlı kalma.
 4. Ruhsal- toplumsal işlevselliğin belirgin olarak düşmesi.
- B. Bu bozukluk ulaşılabilir yiyecek olmaması ya da kültürel olarak onaylanan bir uygulama ile daha iyi açıklanamaz.
- C. Bu yeme bozukluğu yalnızca anoreksiya nervoza ya da bulimia nervozanın gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır ve kişinin vücut ağırlığını ya da biçimini nasıl algıladığı ile ilgili bir bozukluk olduğuna dair bir kanıt yoktur.
- D. Bu yeme bozukluğu eş zamanlı bir sağlık durumuna bağlanamaz ya da başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz. Bu yeme bozukluğu başka bir durum ya da bozukluk bağlamında ortaya çıkarsa söz konusu durum ya da bozukluğun yol açabileceğinden daha ağır olur ve klinik açıdan ayrıca ele almayı gerektirir.

(APB, 2014, s.172)

- **Anoreksiya Nervosa**

Anoreksiya, Eski Yunancada “iştaht” anlamına gelen “óρεξις” kelimesine, olumsuz - an eki getirilmesi ile türetilmiş; Fransızcada “anoréxie”, İngilizcede ise “anorexia” kelimelerinin Türkçeye uyarlanması ile ortaya çıkmıştır (<https://www.etimolojiturkce.com/kelime/anoreksi>).

İlk kez William W. Gull tarafından 1873 yılında tanımlanan anoreksiya nervoza, özellikle 17. ve 18. yüzyıllarda literatürde yerini bulmuştur (Halmi, 2003; Yücel, 2009).

Belirtilerin ortaya çıkışı genelde 10-20 yaş aralığını bulan anoreksiya nervoza, kişilerin kilo almaya karşı duydukları aşırı endişe nedeniyle kendilerini aç bırakmakla (kısıtlayan tip) veya kısıtlanmış rejimin yanında aşırı yeme atakları ve ertesinde yediklerini çıkarma çabası (bulimik tip) ile giden bir hastalıktır (Öztürk ve Uluşahin, 2016). Bu bağlamda düşünüldüğünde, anoreksiya nervoza, kelime anlamı ile uymamaktadır; nitekim hastaların iştah azalmasından ziyade zayıflamak veya zayıf kalmak için kalori alımını aşırı derecede azaltmakta veya aldıkları besinlere karşılık kendilerini “cezalandırıcı” yöntemlere başvurmaktadır (Bruch,1982).

Hastalığın en tipik özelliği hastaların çevrelerini endişelendirecek kadar zayıf -bir deri bir kemik görüntüde- olmalarına karşın kendilerini şişman hissetmeleri veya şişmanlama endişesi ile kendilerine sıkı diyet programları uygulamalarıdır. DSM kriterlerine göre, hastaların yaklaşık yarısını oluşturan “kısıtlayıcı tip”te, aşırı yeme isteği ve devamındaki çıkarma davranışı gözlenmez. Bulimiya nervozaya benzeyen ikinci tipte ise hasta yeme nöbetinin ertesinde duyduğu aşırı pişmanlık ile kendini kusturmak için çeşitli yollar dener. Bunun yanında müshil, idrar söktürücü, lavman uygulamaları da kullanılabilir (Öztürk ve Uluşahin, 2016).

Anoreksiya Nervoz’a’nın DSM-V’e göre tanı ölçütleri aşağıdaki gibidir.

1. Gereksinimlere göre enerji alımını kısıtlayan tutumu, kişinin yaşı, cinsiyeti, gelişimsel olarak izlediği yol ve beden sağlığı bağlamında belirgin bir şekilde düşük vücut ağırlığının olmasına yol açar. Belirgin bir şekilde düşük vücut ağırlığı, olağan en düşüğün altında ya da çocuklar ya da gençler için beklenen en düşüğün altında olarak tanımlanır.
 2. Kilo almaktan ya da şişmanlamaktan çok korkma ya da belirgin bir biçimde düşük vücut ağırlığında olmasına karşın kilo almayı güçleştiren sürekli davranışlarda bulunma.
 3. Kişinin vücut ağırlığını ya da biçimini nasıl algıladığı ile ilgili bir bozukluk vardır. Kişi kendini değerlendirirken vücut ağırlığı ya da biçimine yersiz bir önem yükler ya da o sıradaki düşük vücut ağırlığının önemini hiçbir zaman kavrayamaz.
- Kısıtlayıcı Tür:** Kişinin son üç ay içinde yinelenen tıknırcasına yeme ya da çıkarma (örneğin kendi kendini kusturma ya da laksatif ilaçlar, idrar söktürücü ilaçlar ya da lavmanın yanlış amaçla kullanımı) dönemleri olmamıştır. Bu alt tür daha çok diyet yaparak neredeyse hiç yemeyerek ve/veya aşırı spor yaparak kilo kaybedildiği

durumları kapsar.

Tıkınırcasına Yeme/Çıkarma Türü: Kişinin son üç ay içinde yinelenen tıkınırcasına yeme ya da çıkarma (örneğin kendi kendini kusturma, laksatif ilaçlar, idrar söktürücü ilaçlar ya da lavmanın yanlış amaçla kullanımı) dönemleri olmuştur.

(APB, 2014, s.173)

Hastalık için spesifik fizik muayene ve laboratuvar bulguları bulunmamaktadır. Buna karşın vücutta kilo kaybına bağlı ödem, düşük tansiyon, kabızlık, kansızlık, ergenlikte başlayan anoreksiya nervoza durumlarına bağlı beden ve cinsel yapıda gelişme geriliği, kemik yapıda vitamin depolanamamasına bağlı osteoporoz, hormonal dengesizlik ile gelişen amenore (regl kesilmesi, hiç başlamaması), kardiyolojik bozukluklar, elektrolit dengesizlikleri, kan şekeri azlığı ve benzeri pek çok durumla karşılaşılabilir (Rikani ve ark., 2013).

- **Bulimiya Nervoz**

Bulimiya Yunancadaki “bous” (ox: öküz) ve “limos” (hunger: açlık) kelimelerinin birleştirilmesi ile oluşturup “boulimia” haline getirilmiş; “ravenous hunger” yani “dayanılmaz/ kurt gibi açlık” anlamı ile günümüze taşınmıştır (<https://www.etymonline.com/word/bulimia>).

Literatürde, bulimiya nervozanın rahatsızlık olarak ele alınması 18. yüzyılın sonlarını bulmuştur. Eski çağlarda Romalı aristokrat ve zenginlerin varlıklarının göstergesi ve yaşam tarzlarının bir parçası olarak bu davranışı alenen gerçekleştiriyor oluşu, bulimiyanın literatürde yerini bulmasını geciktiren faktörlerdendir (Halmi, 2003).

Bulimiya nervozalı bireyler, kontrol altına alamadıkları, çok fazla yemek yeme dürtüsüne sahiptirler (Herzog, 1988). Stresli durumlarda, baş etme mekanizması şeklinde devreye giren yeme nöbetlerin ardından pişmanlık hissi kendini gösterir. İlerleyen dönemlerde bu pişmanlık yerini suçluluk, utanç ve hatta kendilerinden tiksineye bırakır (Stainhausen, 2004).

Bu rahatsızlığa sahip olan kişilerin kiloları genel olarak normaldir fakat beslenme düzensizliği ve elektrolit kaybına bağlı olarak, kadınlarda adetler düzensiz görülebilir. Kusma davranışlarından ötürü kişilerin ağızlarında ve dişlerinde çürümeler, parmak derilerinde de sertleşmeler görülür. Bulimiya nervoza hastalarının yüz şekilleri hemen

hemen aynıdır; kişiler yuvarlak şişik yanaklara sahiptirler, buna rağmen bedenleri zayıftır (Coupey, 1998).

Aneroksiya nervozalı vakalar, bulimiklere göre daha katı bir yaşantı sürerler. Aneroksiyalı kişiler çok sıkı diyet programlarına uyacak davranışlar sergilerken, bulimiya nervoza hastaları gün içerisinde aşırı karbonhidrat tüketimi ile sonuçlanan yeme nöbetleri geçirirler; başka bir deyişle daha düzensiz, pervasız, dürtüsel davranışlar sergilerler (Gabbard, 2005).

Bulimiya nervoza, yaygın ve başka pek çok psikiyatrik rahatsızlık ile bir arada görülebilen bir durumdur (Stice,2002). Bulimik rahatsızlığı olan kişilerde madde, alkol tüketimi, hırsızlık ve intihar gibi durumlar dürtüsel olarak meydana gelmektedir; bu bağlamda düşünüldüğünde, bulimik kişilerin çoğunda dürtü kontrol ve kişilik bozuklukları görülebilir (Gabbard, 2005).

Bulimiya nervozada cinsiyetlere göre görülme sıklığı farklılık gösterebilir. Erkek bireylere nazaran kadınlarda görülme sıklığı 10 kat daha çoktur. Yaygınlığı ise %1'dir (Steinhausen, 2004).

Bulimiya Nervozası'nın DSM-IV'e göre tanı ölçütleri aşağıdaki gibidir.

A. Yineleyen tıknırcasına yeme epizotlarının olması. Bir tıknırcasına yeme epizodu aşağıdakilerden her ikisi ile belirlidir:

1. Aynı zaman diliminde ve benzer koşullarda çoğu insanın yiyebileceğinden hiç tartışmasız çok daha fazla miktarda olan yiyeceği belirli bir zaman diliminde (örn. Herhangi iki saatlik süre içinde) yeme.
2. Bu epizod sırasında yeme kontrolünün kalktığı duyumunun olması (örneğin, yemeyi durduramayacağı ya da ne yediğini ya da ne kadar yediğini kontrol edememe duygusu).

B. Kilo almaktan sakınmak için kendisinin yol açtığı kusma, laksatiflerin, diüretiklerin, lavmanların ya da diğer ilaçların yanlış yere kullanımı, hiç yemek yememe ya da aşırı egzersiz yapma gibi uygunsuz dengeleyici davranışlarda tekrar tekrar bulunma.

C. Tıknırcasına yeme ve uygunsuz dengeleyici davranışların her ikisi de üç ay süreyle, ortalama olarak en az haftada iki kez ortaya çıkmaktadır.

D. Kendini değerlendirirken anlamsız bir biçimde vücudunun biçimi ve ağırlığından

etkilenme.

E. Bu bozukluk sadece Anoreksiya Nervoza epizotları sırasında ortaya çıkmamaktadır.

(APB, 2014, s.175)

DSM-V’te, DSM-IV kriterleri üzerinden sadece tıknırcasına yeme nöbetlerinin sıklığı ile ilgili bir değişiklik yapılmıştır. C maddesinde yer alan tıknırcasına yeme ve uygunsuz dengeleyici davranışların “haftada iki kez” görülmesi koşulu, “haftada bir kez” şeklinde düzenlenmiştir.

- **Tıknırcasına Yeme Bozukluğu**

Yeme nöbetleri bağlamında bulimiya nervozaya benzeyen tıknırcasına yeme bozukluğunun BN’dan ayrıldığı nokta aşırı karbonhidrat tüketiminden sonra kusmanın olmayışıdır. Bu rahatsızlığa sahip kişilerin büyük çoğunluğu ideal kilolarında olduklarından kişiler durumdan şikayetçi olana kadar durum fark edilmeyebilir. Fazla kiloya sahip kişiler ise doktorlara giderler ve bu duruma yönelik birtakım ameliyatlara girerler. Bu rahatsızlık DSM-5 ile tanılarda yerini almıştır (Smink ve ark., 2013).

Tıknırcasına Yeme Bozukluğu’nun DSM-V’e göre tanı ölçütleri aşağıdaki gibidir.

A. Yineleyici tıknırcasına yeme dönemleri. Bir tıknırcasına yeme nöbeti aşağıdakilerin her ikisi ile belirlidir:

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

B. Tıknırcasına yeme dönemlerine aşağıdakilerden üçü (ya da daha çoğu) eşlik eder.

1. Olağandan çok daha hızlı yeme.
2. Rahatsızlık verecek düzeyde tokluk hissedene kadar yeme.
3. Bedensel açlık duymuyorken aşırı ölçülerde yeme.
4. Ne denli yediğinden utandığı için kendi başına yeme.
5. Daha sonrasında kendinden tiksime, çökkünlük yaşama ve daha büyük bir suçluluk duyma.

C. Tıknırcasına yeme ile ilgili olarak belirgin bir sıkıntı duyulur.

D. Bu tıknırcasına yeme davranışları ortalama üç ay içinde, en az haftada bir kez olmuştur.

E. Tıknırcasına yemeye bulimia da olduğu gibi yineleyen uygunsuz ödünleyici davranışlar eşlik etmez ve tıknırcasına yeme, bulimia nervoza ya da anoreksiya nervozanın gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır.

(APB, 2014, s.176)

- **Tanımlanmış diğer bir beslenme ya da yeme bozukluğu**

Tanımlanmış diğer bir beslenme ya da yeme bozukluğu tanısı için, kişinin yeme davranışlarının, kendisinde belirgin sorun yaratması, kişinin toplum içerisindeki beslenme yollarını etkilemesi ve diğer tanı kriterleri ile birebir örtüşmemesi gerekmektedir. Bu durum, gruba ait tanı konulurken özel durum belirtilmesi gereğini doğurur. Örneğin tıknırcasına yeme bozukluğuna benzerliği aktarılacak bir vakada, yüksek sıklıkta veya uzun süreli tıknırcasına yeme bozukluğu açıklaması kullanılabilir (Vardal, 2015).

- **Tanımlanmamış diğer bir beslenme ya da yeme bozukluğu**

Tanımlanmamış diğer bir beslenme ya da yeme bozukluğu kategorisinin tanımlanmış kategorisinden ayıran nokta, rahatsızlıkların başka bir yeme bozukluğu tanı ölçütlerini karşılamıyor oluşudur. Tanımlanmış alt grubunda olduğu gibi, hastalığı belirtirken özel durum belirtilmesine gerek yoktur. Temelde yetersiz bilgi sebebiyle spesifik bir tanıya gidilemeyen durumlarda bu kategoriye ihtiyaç duyulur (Vardal, 2015).

- **Ortoreksiya Nervoza**

Ortoreksiya nervoza (ON) sağlıklı diyet yapan kişilerin yediklerine çok özen göstermesi sonucunda gelişen bir yeme bozukluğudur. Bu rahatsızlığın tanısını koyabilmek için bu belirtilerin uzun süre görülmesi ve kişilerin günlük yaşantılarına olumsuz etki etmeye başlaması gerekmektedir (Cartwright, 2004).

Doktor Steven Bratman ortoreksiya kelimesini Yunancadan “orthos” (doğru, uygun) ve “rexia” (iştah) kelime kökenlerini bir araya getirerek tarif etmiştir (Bratman & Knight, 2000).

Ortoreksiya, fabrikasyon maddelerin eklenmediği; saf, sağlıklı yiyeceklerin yenildiği ve bunun patolojik bir saplantı haline geldiği durum şeklinde açıklanmaktadır. Bu

bozuklukla gelen obsesif hareketlerin yenilen yemekten ziyade içeriği ile alakalı olduğu belirtilmektedir (Bartrina, 2007; Kratina, 2006).

Ortoreksiya nervozaya sahip bireyler herhangi bir yerden besin alışverişi yaparken ürünlerin içeriklerini çok sıkı ve uzun süre boyunca kontrol etmeleri ile dikkat çekmektedir. Aldıkları yiyeceklerin içerisinde katkı maddesi olmaması, bu bireyler için bir takıntı haline gelmiştir. Çoğu yiyeceği pişirmeden, çiğ olarak yemek, besinleri “en doğal hali ile yeme” düşüncelerinden ileri gelmektedir. Aldıkları besinlere çok dikkat ettikleri için bazı besinleri yemekten vazgeçip ve buna bağlı olarak anoreksiya nervozada görüldüğü gibi kilo vermeye başladıkları tespit edilmiştir. (Donini , Marsili, Graziani, & Imbrialle Canella, 2004)

ON’lı bireylerle yapılan çalışmalarda “vücuda sadece yararlı besinlerin girmesi, gereksiz ve sağlıksız besinlerin vücuda alınmaması” şeklinde düşündükleri ortaya sürülmektedir. (Bağcı Bosi, Çamur, & Çağatay, 2007)

2.4.2 Yeme Bozukluklarının Epidemiyolojisi

Yeme bozukluklarının son yıllarda gündemde olmasının başlıca sebepleri arasında, hayati önem taşıması ve toplumda görülme sıklıklarının gittikçe artması yer almaktadır (Herzog ve Eddy, 2007). Eşik altı şeklinde ifade edilen, bozukluğun tanı alacak kadar şiddetli olmadığı durumlar da göz önünde bulundurulduğunda, düşünülen sayının daha da artacağı çıkarımında bulunmaktadır (Yücel, 2009).

Toplumlar; coğrafi konumları, toplumsal baskı, gelenek ve görenekler gibi çok farklı etkenler ile beslenme düzenlerini değiştirmekte, farklı uygulamalar ortaya koymaktadır (Vardar ve Erzengin, 2011). Buna rağmen tüm toplumlarda yeme bozukluklarının ortak paydası, popülasyonun kadın ve genç nüfusunda sayıca fazla olmalarıdır (Hoek, 2006).

Amerika’da gerçekleştirilen epidemiyolojik çalışmaların sonucunda, toplumda anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza ve tıknırcasına yeme bozukluğunun halk arasında yaşam boyu yaygınlığı sırası ile; kadınlarda, %0.9, %1.5 ve %3.5; erkeklerde, %0.3, %0.5 ve %2 olarak bulunmuştur (Hudson ve ark, 2007). Kjelsas ve arkadaşlarının 2004 yılında yayınladıkları makalenin verilerine göre; 14-15 yaş aralığındaki kızların yaşamları boyunca herhangi yeme bozukluğu geliştirme oranı %17.9, erkeklerinse %6.5 olduğu bildirilmiştir. Kızlarda, bu oranı %14,6 ile başka türlü adlandırılmayan yeme bozukluğu, %1,5 ile tıknırcasına yeme bozukluğu, %1,2 ile bulimiya nervoza ve %0,7 ile anoreksiya

nervoza oluştururken, erkeklerde oranın dağılımı %5 başka türlü adlandırılmayan yeme bozukluğu, %0,9 tıknırcasına yeme bozukluğu, %0,4 bulimiya nervoza ve %0,2 anoreksiya nervoza şeklinedir.

Allen, Byrne, Oddy ve Crosby'nin 2013 yılında yayınladıkları makalede ise DSM-IV ve DSM-V Yeme Bozukluğu Tanı Kriterleri arasında gerçekleştirilen karşılaştırmanın sonuçları ortaya konmuştur. Araştırmaları sonucunda, DSM-V'in hastalıkları tanılamada daha spesifik yaklaşımı sayesinde, bu alanda DSM-IV'ten üstünlüğü belirtilmiştir (Allen ve ark., 2013).

Konu ile ilgili Türkiye'de yapılan çalışmaların sonuçları da yurt dışı çalışmaları ile büyük farklılıklar göstermemektedir. 1990 yılında 1978 kişilik bir örneklemde gerçekleştirilen araştırmada anoreksiya nervoza ve bulimianın kadınlardaki yaygınlığı sırası ile %2 ve %4.31; erkeklerdeki yaygınlığı ile sırası ile %0.1 ve %0.63 şeklinde tespit edilmiştir (Yeşilbursa, 1990).

Edirne'de ergen popülasyonu ile gerçekleştirilen araştırmada, yeme bozukluğu nokta yaygınlığı %2.3 bulunmuş, veri değerlendirmesi sadece kızlar için yapıldığındaysa oran %4'e yükselmiştir (Vardar ve Erzengin, 2011) Sivas'ta, 18-44 yaş aralığında gerçekleştirilen araştırmada ise yeme bozukluklarının nokta yaygınlığı %1.5 olduğu görülmüştür (Semiz ve ark., 2013).

 rneklemine  niversite öğrencileri olarak belirleyen şanlıer, Yabancı ve Alyakurt'un araştırma sonuçlarında, kadınlara %25.7 erkeklerde ise %20.4'ünün yeme bozuklukları için yüksek risk grubunda yer aldığı bildirilmiştir (şanlıer, Yabancı ve Alyakurt, 2008). Verilerin ortalaması alındığındaysa kişinin yeme bozukluğuna sahip olma riskinin %22.8 olduğu görülmektedir.

Özellikle genç kadınlarda sıklıkla görülen yeme bozuklukları, erkeklere nazaran on kat daha fazladır. Anoreksiya ve bulimiya nervoza olgularının %75'inin, tıknırcasına yeme bozukluğunun ise %50'sinin başlangıç yaşının 22'den küçük olduğu tespit edilmiştir (Hudson ve ark., 2007).

Bu  alışmalar ışığında yapılacak bir değerlendirmede, küreselleşmenin de getirisi olan toplumsal beslenme bozukluğunun dünyanın her yerindeki etkilerinin arttığı ve artmaya da devam edeceği çıkarımında bulunmak mümkündür. Gerek Batı gerekse Doğu popülasyonlarında yeme bozukluklarından özellikle etkilenen grupta başta kadınlara ve

gençler yer almaktadır. Yeme bozukluklarının vücut algısı ve Fitness ile ilişkisinin değerlendirileceği bu çalışmada da örneklem ağırlıklı olarak 20-25 yaş arasındadır.

2.4.3 Yeme Tutumu Etiyolojisi

Pek çok tanı grubunda görülebildiği gibi, yeme bozukluğunda da psikolojik, fizyolojik (biyolojik) ve sosyal çevresel faktörlerin etkili olabileceği belirtilmektedir. Yeme bozuklukları üzerinde, etiyojolojiyi anlamaya yönelik yapılan araştırmalarda; aile yapısı, kişilik özellikleri, genetik etkenler gibi farklı etkenlerden bahsedilmiştir (Kaplan, 2004).

2.4.3.1 Biyolojik Faktörler

Yeme bozukluklarını konu alan çalışmalarda, bu sorunların ortaya çıkmasında en önemli rolü oynayan faktörler arasında baskın olarak sosyo-kültürel ve psikodinamik ile alakalı yaklaşımlar ele alınsa da günümüzde kalıtsal ve biyoloji ile alakalı tartışmalar da sıklıkla gündeme gelmektedir. Yeme bozukluklarında kalıtsal ve biyolojik geçişin gözlemlenmesi hedeflenen çalışmalarda kişilerin aile hikâyeleri değerlendirilmiştir. Yeme bozukluğu teşhisi alan kişilerin ailelerinde Anoreksiya nervoza rahatsızlığının ortaya çıkma ihtimalinin 10 kata kadar çıktığı görülmüştür (Becker, Keel, Anderson ve Thomas, 2004).

Aile bireyleri arasındaki yeme bozukluğu geçişlerinin araştırıldığı çalışmalar, yeme bozukluklarının aile bireyleri arasında kalıtsal ve öğrenilmiş davranış faktörlerinin önemini vurgulamışlardır (Strober, Freeman, Lampert, Diamond ve Kaye, 2000; Davison ve Neale, 2004).

Grice, Halmi, Fichter, Strober ve arkadaşlarının (2002) gerçekleştirdikleri araştırmada, ailesinde minimum bir yeme bozukluğuna sahip birey olan 192 ailenin genleri tetkik edilmiştir. Bu bireylerin 1. kromozomunda anoreksiya nervozaya hassas bir gen saptanmıştır (Grice, Halmi, Fichter, Strober ve ark., 2002).

2.4.3.2 Sosyo-Kültürel Faktörler

Teknolojinin gelişmesiyle birlikte, yeme bozukluklarının, kültür ayrımı yapmaksızın, dünyanın her yerinde görülme sıklığının yaygınlaştığı bilinmektedir. Günümüzün hızlı yaşamaya entegre edilmiş hayat tarzında, fastfood restoranlarının da artmasıyla obez olma tehlikesi yükselmektedir. Öte yandan toplum, çok farklı sosyal medya kaynaklarıyla, çekici vücut hatlarının popülerlik kazandığı bir “güzel vücut anlayışına”

yönlendirilmekte; bununla birlikte de yeme bozuklukları ortaya çıkmaktadır (Anthony ve Yager, 2007).

Dünya çapında yeme bozukluğunun bu kadar çok artış göstermesinin sebeplerinden birisi olarak medya da göz önünde bulundurulmuştur. Medyanın reklamlarda, dizi ve filmlerde zayıf, çekici mankenler ve oyuncularını kullanması herkesi o yönde özendirmeye çalışmakla ve gerçeklik algısını saptırmakla suçlanmıştır (Polivy ve Herman, 2002).

Yaratılan bu mükemmeliyetçi algıda kadınlardan beklentiler; güçlü bir kariyer, evine ve kocasına mükemmel eş, çocuğuna mükemmel anne ve güzel bir vücut yapısına sahip olmak gibi geniş bir spektumda dağılmaktadır. Bu beklentilerin kadınlardaki etkileriye, kendilerini çok şiddetli psikososyal baskı altında hissetmeleridir. Yeme bozukluğu görülen kadınlarda tespit edilen bu baskı faktörü, kadınları kilolu olmak veya olmamaktan ziyade mükemmel olmak için çaba harcamaya itmektedir (Çakırlı Alşan, 2005).

Yapılan araştırmalardan yeme bozukluğunun sosyo-kültürel anlamda kadınlara daha çok etki ettiği ve “mükemmel kadın olmak” tutumu ile bağdaştırılabileceği görülmektedir. Bütüncül bir bakış açısı ile ele alındığında, sosyo-kültürel faktörlerin yeme bozukluğu üzerinde etkisi olduğu açıkça tespit edilebilmektedir.

2.4.3.3 Ailesel faktörler

Bireyler dünyaya ilk geldiklerinde biyolojik ve ruhsal olarak onları yetiştirecek birilerine muhtaç durumdadırlar. Dünyaya gelen çocukların gereksinimleri anne- baba veya üçüncü bir kişi tarafından giderilmektedir. Çocuğu yetiştiren kişiler tarafından ortaya konan davranış modellerinin, patolojik rahatsızlıkların meydana gelmesinde önemli rol oynayacağı ve kalıtsal veya çevresel faktörlerle bir araya gelerek çeşitli ritüellere yol açabileceği belirtilmektedir (Kluck, 2010).

Yapılan araştırmalar aşırıcı koruyucu ebeveynler ile çocukları ile mesafeli bir ilişki kuran ebeveynlerin davranışlarının, çocukların yeme tutumlarını farklı şekillerde etkilediğini ortaya koymuştur (Toker & Hocaoglu, 2009). Canat (1999), kendilerini yalnız hissedip aileleri tarafından anlaşılamadığını düşünen çocukların, fark edilme çabasını fiziksel özellikleri üzerinden gerçekleştirebileceğini öne sürmüştür. Ünlü, Aras, Güvenir, Büyükgebiz & Bekem (2006) ise, yeme düzeninin, çocuk aile ilişkisi ve çocuğun mental durumunun dolaylı bir göstergesi olduğunu ifade etmiştir.

Yapılan alışmalar, Bulemia nervoza tanılı kimselerin ailelerini “uzak ve reddedici” olarak tanımladıklarını ortaya koymuştur. Bu hastalıkta kendini gösteren yeme nöbetlerinin anne ile birleşmeyi, sonrasında gerçekleştirilen besini çıkartma davranışının ise kişinin özerkliğini kazanma çabasını temsil ettiğine inanılmaktadır (Ertaş, 2006). Öztürk ve Uluşahin (2018), BN hastalarının hemen hemen hepsinde kişilerin bireyselliğini kazanmasına engel teşkil eden ve onları çocuksu kalmaya koşullayan bir aile yapısının varlığından bahsetmiştir. Carlat ve Camargo’ya (1991) göre bulimiklerin aileleri; desteklemeyen, kaotik ve sır saklamaya eğilimli ailelerdir.

Anoreksiya nervoza tanılı hastaların ise ailelerinde kontrol grubuna kıyasla daha fazla ölüm, ayrılık, kumar, alkol kullanımı ve psikiyatrik rahatsızlık tespit edilmiştir (Rastam & Gillber, 1991). Bu hastaların ailelerinde tespit edilen mükemmeliyetçilik, duyguların ortaya konmaması, aşırı diyet yapma, şişmanlık korkusu gibi durumların şişman bireylerin ailelerindekiinden daha fazla görüldüğü bildirilmiştir (Değirmenci, 2006).

Trangkasombat’ın (2006) gerçekleştirdiği araştırmada, herhangi bir psikiyatrik rahatsızlık görülen aileler ile hiçbir psikiyatrik rahatsızlık tespit edilmeyen aileler, aile işlevselliği açısından mukayese edilmiştir. Araştırmada, tanı almayan ailelerin işlevselliğinin tanı alan ailelere kıyasla oldukça yüksek olduğu tespit edilmiştir. Gülerce (1996) de bireyin psikolojik yapısında görülen her türlü gelişmenin aile yapısı ile ilişkilendirilebileceğini söylemiş, kişinin davranışlarının da aile yapısının biçimlenmesinde etkili olduğundan bahsetmiştir.

2.4.3.4 Bireysel faktörler

Kişinin vücudunu beğenmeyerek kilosunu hızla düşme gayretine girmesine bağlı yemek yeme veya kilo almayı önlemeye yönelik davranış modelleri edinmesi, yeme bozukluklarının artması için zemin hazırlar. Yaşanan bu olay sonucunda kişide yeme bozukluğu oluşumu hızlanır, disiplinli bir yeme sınırlaması varsa AN, eğer bu disipline sahip değilse BN gibi sonuçlara uzanabilir (Polivy ve Herman, 2002).

Bireysel risk faktörleri sırasıyla; özgüvensizlik, vücudundan memnuniyetsizlik, istismar, travma, ailesi ve yaşıtları tarafından bedeniyle ilgili birtakım şakaların yapılması, zayıf olmayı her yerde vurgulayan medyadan uzaklaşamama, dürtüsellik, fiziksel büyümenin erken başlaması, vücuduyla aşırı meşguliyet (obsesyon), obsesif düşünceler şeklindeydir (Polivy ve Herman, 2002; Stice, 2002b; Williamson, Stewart, White ve York-Crowe, 2002; Yücel, 2009).

2.5 OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK (OKB)

Obsesyon, Latince’de “kuşatma” anlamına gelen “obsidere” fiilinden türetilmiş, İngilizcede “obsession” olarak kullanılmakta ve günümüzde “saplantı” anlamını taşıyarak Türkçe sözlüklerde yerini almaktadır (<https://www.etymonline.com/search?q=obsession>). Bunun yanında gene Latince kökenli, “zorlamak” anlamını taşıyan “compellere” sözcüğü zamanla evrilerek İngilizceye “compulsion” olarak geçmiş, okunduğu haliyle de Türkçeye alınmıştır (<https://www.etymonline.com/word/compulsion>).

Tarihte ilk kez Esquirol tarafından 1837 yılında melankolinin altında tanımlanan obsesyon ve kompulsiyonların geçmişi aslında 4000 yıl öncesinin Mezopotamya’sını anlatan kaynaklara dayanmaktadır. Buna rağmen “obsesyon” teriminin literatürde yerini bulması, 1866 yılında Morel’in yaptığı tanım ile gerçekleşmiştir. (Akgün, 2004; Kolada, Bland, Newman, 1994) Kompulsiyonların tanımlanması ise 1867 yılında Kraft-Ebing tarafından, fobileri, tikleri, şiddetli endişeleri ve cinsel sapkınlıkları içerecek şekilde, “kompulsif idealar” kavramı şeklinde ortaya atılmış ve bunların depresif bozukluk belirtileri olduğu düşünülmüştür (Erek, 2006).

OKB’nin günümüzdeki tanımı almasında rol oynayan isimler ise; ilk modern açıklamasını yapan Westpal; fobi, obsesyon ve kompulsiyonları “psikastenî” olarak adlandıran Pierre Janet ve psikoanalitik açıdan OKB ve fobilerin ayrı olgular olduğunu savunan Freud’dur (Kolada, Bland, Newman, 1994; Zitter, Lenz, Zapotoczky, 1990). 21. yüzyıldan itibaren ise ayrı bir klinik tablo olarak literatürde yerini almıştır (Steketee, 1993).

DSM-V’ten öncesine kadar bunaltı bozuklukları arasında tanımlanan OKB, DSM-V ile birlikte “Saplantı-Zorlantı Bozukluğu (OKB) ve İlişkili Bozukluklar” olarak tek bir başlık içerisinde toparlanmıştır (Öztürk ve Uluşahin, 1988/2016, s.364).

Takıntılar (obsesyonlar) sürekli olarak, istenmediği halde beliren, hoş olmayan, ısrarlı düşünce, dürtü ve görüntülerdir. Bu düşüncelerin saçma ve gerçek dışı olduğu kişi tarafından bilinse dahi kişi kendi düşüncelerine karşı koyamaz (Akgün, 2004; Insel,1980). Kompulsiyon ise söz konusu obsesyonların yarattığı anksiyeteyi azaltmak amacıyla gerçekleştirilen, tekrarlayıcı, kurallı ve stereotipik davranış veya düşüncelerdir (Sakallı, 2014; Yıldırım A. , 2016). Kompulsiyonlar, başta takıntının yarattığı rahatsızlığı

gidermek için gerçekleştirilen hareketler olsa da ilerleyen zamanlarda hareket veya düşünceler kontrol altına alınamaz ve kişi için kompulsiyon başlıbaşına bir sorun haline gelir (Öztürk ve Uluşahin, 1988/2016, s.365).

2.5.1 Tanı Ölçütleri

DSM-5'e göre OKB tanı kriterleri aşağıda yer verildiği şekildedir.

A. Obsesyonlar, kompulsiyonlar ya da her ikisinin birlikte varlığı:

Obsesyonlar aşağıdakilerden (1) ve (2) ile tanımlanır:

1) Bu bozukluk sırasında kimi zaman zorla ve istenmeden gelen ve çoğu kişide anksiyete ya da sıkıntıya neden olan, yineleyici ve sürekli düşünceler, dürtüler ya da düşlemler.

2) Kişi bu düşünceleri, dürtüleri ya da düşlemlerine önem vermemeye ya da bunları baskılamaya çalışır ya da başka bir düşünce ya da eylemle etkisizleştirmeye çalışır.

Kompulsiyonlar aşağıdakilerden (1) ve (2) ile tanımlanır:

1) Kişinin, obsesyona bir tepki olarak ya da katı bir biçimde uygulaması gereken kurallara göre yapmaktan kendini alıkoyamadığı yineleyici davranışlar (örn. el yıkama, düzene koyma, kontrol etme) ya da zihinsel eylemler (örn. Dua etme, sayı sayma, birtakım sözcükleri sessiz bir biçimde söyleyip durma)

2) Davranışlar ya da zihinsel eylemler, sıkıntıdan kurtulmaya ya da var olan sıkıntıyı azaltmaya ya da korku yaratan olay ya da durumdan korunmaya yöneliktir; ancak bu davranışlar ya da zihinsel eylemler ya etkisizleştirilmesi ya da korunulması tasarlanan şeylerle gerçekçi bir biçimde ilişkili değildir ya da açıkça çok aşırı bir düzeydedir.

B. Obsesyon ya da kompulsiyonlar belirgin bir sıkıntıya neden olur, zamanın boşa harcanmasına yol açar (günde 1 saatten daha fazla zaman alırlar) ya da kişinin olağan günlük işlerini, mesleki (ya da eğitimle ilgili) işlevselliğini ya da olağan toplumsal etkinliklerini ya da ilişkilerini önemli ölçüde bozar.

C. Bu bozukluk bir maddenin (örn. Kötüye kullanılabilen bir ilaç ya da tedavide kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

D. Başka bir eksen 1 bozukluğu varsa, obsesyon ya da kompulsiyonların içeriği bununla sınırlı değildir (örn. bir yeme bozukluğunun olması durumunda yemek konusu üzerinde düşünüp durma; trikotillomaninin olması durumunda saç çekme üzerinde durma; vücut dismorfik bozukluğunun olması durumunda dış görünümle

aşırı ilgilenme; bir madde kullanım bozukluğunun olması durumunda ilaçlar üzerinde düşünüp durma; hipokondriyazisin olması durumunda ciddi bir hastalığı olduğu biçiminde düşünüp durma; bir parafilinin olması durumunda cinsel dürtüler ya da fanteziler üzerinde düşünüp durma ya da majör depresif bozukluk olması durumunda suçluluk üzerine geniş getirircesine düşünme).

Varsa belirtiniz:

İç görüşü iyi: Kişi inanışlarının gerçek olmadığını farkındadır.

İç görüşü kötü: Kişi inanışlarının olasılıkla gerçek olduğunu düşünür.

İç görüşü yok/sanrısız inanışlar: Kişi inanışlarının gerçek olduğuna kesin olarak inanmaktadır.

Varsa belirtiniz:

Tikle ilişkili: Kişinin o sırada ya da geçmişte bir tik bozukluğu öyküsü vardır.

(APB, 2014)

2.5.2 Obsesyon ve Kompulsiyon Tipleri

Obsesyon Tipleri

- **Saldırganlık obsesyonları:**

Saldırganlık obsesyonu görülen kişilerde obsesyonlar; bireylere kötü bir şey yapmak, yaralamak, öldürmek, başkalarının gözünde utanılacak şeyler yapacağı endişesi şeklinde kendini gösterir. Bu obsesyonlara sahip kişiler bıçak, makas, tornavida gibi kesici-delici aletlerden kaçınırlar. Semptomları 1- çevrelerine ve 2- kendilerine zarar verme korkusu olarak iki grupta incelenebilir. Sevdikleri kimselere zarar verme endişesi taşıyan kimselerin bu kişilere karşı hissettiği öfke, nefret veya karşısındakinin öleceğine ait bir düşünce; hastalarda büyük bir suçluluk duygusunu beraberinde getirir. Hastalar sevdikleri kişilerle başbaşa zaman geçirmekten uzak dururlar. Bazen kişilerin endişesi, kendilerine verebilecekleri herhangi bir zarardan ileri gelmektedir. Bu kimseler yolda yürürken kendilerini arabanın önüne atmadan korktuklarını, balkondayken aşağıya atlamaktan çekindiklerini ifade edebilirler (Rasmussen ve Eisen, 1990). OKB hastalarında saldırganlık obsesyonunun görülme sıklığı %10-20 dolaylarındadır (Yılmaz, B, 2018).

- **Bulaşma obsesyonları:**

Obsesyon türleri arasında en sık karşılaşılan bulaşma obsesyonlarıdır. Çıplak gözle görülemeyecek bakteri ve viral ajanların, çeşitli kir ve patojenlerin kişiye ulaşımını hasta

edeceği düşüncesinin yarattığı endişe ile ortaya çıkan obsesyonlar, berberinde toplu taşıma araçlarında çıplak elle tutunamama, başka kişilerle tokalaşmama, kapıların tokmaklarına dokunmama veya temizlik kompulsiyonlarını getirir. Söz konusu patojenlerin herhangi temasla veya temassız dahi bulaşabileceğine inanan hastalar derilerine zarar verecek şekilde temizlik girişimlerinde bulunabilir, kimi vakalar ise kendilerini, güvende ve temiz hissettikleri alana hapsedebilirler. Yapılan çalışmalarda bulaşma obsesyonlarının görülme sıklığının %40-45 olduğu belirtilmiştir (Tatlı, 2012).

- **Kuşku obsesyonları:**

Kuşku obsesyonları görülme sıklığı açısından bulaşma obsesyonlarının ardında, ikinci sırada yer almaktadır. Yapılan çalışmalarda görülme sıklığının %23 olduğu tespit edilmiştir. Kuşku obsesyonu olan kişilerin bir hareketi yaptıktan sonra onu yapıp yapmadıkları konusunda kararsız kalma durumları vardır. Obsesyonun beraberinde getirdiği ise kontrol etme kompulsiyonudur. Hastalar her hareketlerinden kuşku duyduklarından huzursuzluk, irrite ve suçluluk duygusu hissederler (Alıcı, 2014). Örneğin bireyler kapıyı kilitlediklerine emin olup evden uzaklaşmaya başladıktan sonra zihinlerinde beliren “Acaba kapıyı kilitlemiş miydim?” sorusu ile savaşılmaya çalışılır fakat sonunda karşı koyamayıp kilitleyip kilitlemediklerini kontrol etme gereği duyarlar (Rasmussen ve Eisen 1990; Stoll ve Baldessarani, 1992).

- **Cinsel obsesyonlar:**

Düşünmek istenmeyen, düşünülünce büyük utanç veren; aile bireylerini, çocukları, arkadaşları veya tamamen yabancı kimseleri içeren, kabul edilemeyen cinsel veya kişinin eşcinselliği içerikli fikir ve imge barındıran obsesyonlardır (Rasmussen ve Eisen 1990; Stoll ve Baldessarani, 1992). OKB hastalarında cinsel obsesyonların görülme sıklığı %13-16 dolaylarındadır (Yılmaz, M. A., 2016).

- **Simetri ve düzen obsesyonları:**

Bu kişiler için etrafında bulunan nesnelerin simetrik ve düzen içerisinde olması gerekmektedir (Rasmussen ve Eisen 1990; Stoll ve Baldessarani, 1992). Bu obsesyonları genelde kontrol, sayma, sıralama, düzenleme gibi dürtüler eşlik eder (Çiğdem, 2016).

- **Dinsel obsesyonlar:**

Çok muhafazakâr kişilerin dini inançlarına göre “günah” sayılabilecek bir takım düşünce veya imgelerin akıllarına gelmesi ve bundan duyulan rahatsızlık ile karakterize obsesyonlardır. Peygamberlere ve tanrıya küfür etme, tanrının olup olmadığını sorgulama gibi düşüncelerinden ötürü cezalandırılacağı korkusu bu obsesyonlar için verilebilecek örnekler arasındadır (Yılmaz, M. A., 2016).

- **Somatik obsesyonlar:**

Kişilerin AIDS ve kanser gibi hayati önem taşıyan, tedavi edilmesi uzun, meşakkatli veya imkânsız olan ve hayati riski bulunan hastalıklara yakalanma ihtimalinin kişide yarattığı korku ile kendini gösteren obsesyonlardır (Rasmussen ve Eisen 1990; Stoll ve Baldessarani, 1992).

Kompulsiyon tipleri

- **Temizlik kompulsiyonları:**

Kişilerin sürekli tekrar eden; ellerini yıkadığı, duşa girdiği, evinde bulunan eşyaların tozunu aldığı, saatleri alacak şekilde bulaşıkları ve yeri geldiğinde çocuğunu yıkadığı kompulsiyonlardır. Bu kompulsiyonla kirlilikten kurtulmaya çalışmaktadır (Rasmussen ve Eisen,1990; Stoll ve Baldessarani,1992). Eve misafir kabul etmeyen, dışarıdan gelen kimseyi kapıda tamamen soyunmaya ve duşa girmeye zorlayan, ev eşyalarının üzerini jelatin ile kaplayan örnekler ile karşılaşmak mümkündür.

- **Kontrol etme kompulsiyonları:**

Güvenliği temin etmek amaçlı gerçekleştirilen ve kuşku obsesyonlarının sonucunda ortaya çıkabilen hareketlerdir. Evden çıkarken ocağın gazının açıp kalıp kalmadığını, ütünün prize takılı olup olmadığını defalarca kontrol etmek, bu kompulsiyonlara verilebilecek örneklerdendir. Buradaki kompulsiyonlarda bireyin temelde amacı “evdeki bireylerin zarar görmemesi” düşüncesidir ve birey bu düşünce ile tekrarladığı hareketlerle alakalı kendini telkin etmeye çalışır (Rasmussen ve Eisen, 1990; Stoll ve Baldessarani,1992).

- **Düzenleme Kompulsiyonları:**

Çevrelerindeki herhangi objenin simetri içerisinde bulunmasına yönelik gerçekleştirilen hareketlerdir.

- **Sayma kompulsiyonları:**

Arabaların plakasını ve binalarda kaç tane daire bulunduğunu sayma gibi kompulsiyonlardır. Bu kompulsiyonlar mentaldir.

- **Dokunma kompulsiyonları:**

Bireylerin objelere dokunma mecburiyetini hissettiği durumlardır (Rasmussen ve Eisen, 1990; Rasmussen ve Eisen, 1992).

- **Biriktirme kompulsiyonları:**

Biriktirme obsesyonu olan kişiler ihtiyaçları olmadığı halde bir şeyleri para karşılığında alırlar ve sahip olduğu nesneleri atamazlar. Bu kompulsiyonu “İleride lazım olur.” mantalitesi ile gerçekleştirirler ve lazım olmayan araç gereçleri biriktirir, saklarlar. Bireyin “İleride bu bilgiler çocuklarıma lazım olur” düşüncesi ile biriktirdiği gazete ve dergileri düzenli bir şekilde saklaması biriktirme kompulsiyonu için örnek verilebilir (Taştan, 2015).

2.5.3 OKB Epidemiyolojisi

Toplumun büyük çoğunluğunda 18-25 yaş aralığında başlayan OKB, küçük çocukluk yaşlarında bile görülebilen bir rahatsızlık olmasına karşın hastaların hekime başvurmaları en az 10-15 yıl sonrasını bulmaktadır (Veale, 2004). Orta yaşlarda ve yaşlılıkta başlayan türleri ise genelde zorlu yaşam şartlarının kişiler üzerindeki etkilerine bağlı görülmektedir. Tükel, Demet ve Topçuğlu (2006) Obsesif Kompulsif Bozukluğun Fenomenolojisi, Anksiyete Bozuklukları Tedavi Kılavuzu’nda, OKB’nin erkeklerde daha erken yaşlarda başladığını belirtmişlerdir.

OKB, gerek belirtileri hafif olduğundan doktora gitme gereği duymayan, gerek hastalıklarından utandıklarından belli etmek istemeyen, gerekse yıllardır devam eden semptomları kanıksayan kimseler sebebiyle; uzun yıllar boyunca toplumda sıklığı az olduğu düşünülen rahatsızlıklar arasında yer almıştır (Öztürk ve Uluşahin, 1988/2016, s.365).

Amerika Birleşik Devletleri ve Kanada’da gerçekleştirilen araştırmalarda, OKB’nin yaşam boyu yaygınlık oranının %2.5-3 olduğu ortaya çıkarılmış; OKB’nin majör depresyon, fobiler ve madde bağımlılığından sonra dördüncü sırada yer aldığı bulunmuştur (Merikangas, 2009). ABD araştırma sonuçlarına göre, kadınlarda kompulsif

semptomlar, erkeklerdeyse cinsellikle ilgili obsesyonlar daha sık görülmektedir (Veale, 2004). Türkiye Ruh Sağlığı Profili araştırma sonuçlarında da toplumdaki obsesif-kompulsif bozukluk oranını %0.5 bulmuş, kadınlardaki sıklığın erkeklerinkinden 3 kat fazla olduğu bildirilmiştir (Kılıç, 1998).

2.5.4 OKB Etiyolojisi

2.5.4.1 Biyolojik Etkenler

OKB, yaklaşık yarım yüzyıl öncesine dek ruhsal kökenli olduğu sanılan hastalıklar arasında yer almaktaydı. Ancak yapılan araştırmalar OKB'nin yaşam boyu prevalansının yüksek olduğunu ortaya koymuş; bu da bilim insanlarını OKB'nin sebeplerini daha çok araştırmaya yöneltmiştir. Aşağıda OKB'nin sebepleri arasında görülen olgulara yer verilecektir (Öztürk ve Uluşahin, 2016, 369).

- **Genetik Faktörler**

OKB'de genetik faktörlerin tespit edilebilmesi için yapılan ailesel veya ikizleri konu alan ayrışım çözümlemesi (segregation analysis) araştırmaları, kalıtsal geçişin hastalıktaki önemini ortaya koymuştur (Öztürk ve Uluşahin, 2016, 370).

Yapılan küçük ölçekli çalışmalarda, tek yumurta ikizlerinde %80'in üzerinde konkordans (eş hastalanma) tespit edilmiştir. Bu bağlamda yapılan ayrışım çözümlemelerinde otozomal dominant geçiş gösteren bir tek gen savı ortaya atılmıştır. Ancak aynı oranlar toplu olarak değerlendirmeye alındığında OKB'nin kalıtım paternini, multi-faktöriyel, multi-genomik bir yapının daha iyi açıklayacağı görülmüştür (Öztürk ve Uluşahin, 2016, 370).

Moleküler genetik çalışmalarında serotonin, triptofan, dopamin gibi nörotransmitterlerle ilişkilendirilen genlerin OKB patolojisinde rol oynayabileceği tespit edilmiştir (Kim ve Kim, 2006).

- **Nörokimyasal Çalışmalar**

Nörokimyasal çalışmalar temelde serotonin ve dopamin yolları üzerinden yürütülmüştür. Serotonin yollarının araştırıldığı çalışmalar bazı trisiklik antidepresan ajanların OKB'de etkili bazılarının ise etkisiz olduğunun fark edilmesi sayesinde başlatılmıştır (Stein ve Lochner, 2006).

Dopamin ise sağlıklı ve OKB tanılı kişilerde tekrarlayıcı hareketlere yol açtığı bilinen bir ajandır. Bu noktada dopamin reseptörlerini bloke edecek ajanlar OKB'nin semptomlarını yatıştırıcı özellik göstereceklerdir (Öztürk ve Uluşahin, 2016, 370).

- **Beyin Görüntüleme Çalışmaları**

Bu çalışmalar, OKB hastalarının ilaçlı veya bilişsel davranışçı terapi ile tedavileri öncesinde ve sonrasında gerçekleştirilen beyin görüntülemeleri ile kayda değer veriler ortaya koymuştur. Başlangıçta, hastaların orbitofrontal korteks ve kaudat çekirdeklerinde tespit edilen etkinlik artışının tedavi sonrasında düzeldiği tespit edilmiştir (Mitterschiffthaler ve ark, 2006).

- **Nöropsikolojik Çalışmalar**

Çok sayıda çalışma OKB'nin bilişsel fonksiyonlarında azalma ile gittiğini belirtmiş olsa da spesifik bir profil için yeterli açıklamada bulunulmamıştır. Buna rağmen OKB olgularında görsel ve sözel hafızada bozulmalar ve bilgiyi algılamada yavaşlamalar görüldüğü bulguları yadsınamaz gerçeklerdir (Kuelz ve ark,2004).

2.5.4.2 Psikososyal Etkenler

- **Toplumsal ve Kültürel Etkenler**

Toplumsal faktörlerin OKB rahatsızlığının meydana gelmesinde mutlak bir yeri olup olmadığı tamamıyla gün yüzüne çıkmamakla birlikte, bu faktörlerin etkilerine yönelik sosyal davranışlarla ilgili veriler de bulunmaktadır. Spesifik olarak çocukluk döneminde katı, titiz, kuralları olan ve disiplinli öğretimi bulunan toplumların, dakiklik ve uyum açısından kuvvetli kişilikler yetiştirdiği söylenebilir. Bu toplumlara en güzel örnek Japon kültürü olarak ele alınmaktadır. Çocuklukta disiplinli bir yetiştirme tarzı benimseyen Japonya'da, diğer dünya devletlerine nazaran OKB rahatsızlığının daha çok görüldüğüne dair herhangi bir bulgu ise bulunmamaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2016, 370).

Freud, OKB'nin din olgusunun meydana gelmesindeki önemine yer vermiş ve dinleri obsesif kompulsif nevroz şeklinde değerlendirmiştir. Bireylerin içlerindeki negatif, dışarıya vuramadığı dürtüleri durdurmak için yapılan ibadetlerin karşıt tepki kurma ve yapma bozma olguları dışında bir şey olmadığını ifade etmiştir. Kültürümüzde de karşılaştığımız, siyah kedinin uğursuzluk getirileceği inancına karşılık saç çekmek,

yakışıklı bir erkek veya güzel bir kadın görüldüğünde “maşallah” tarzında söylemler temelinde nevroz olarak görülme bile; oradaki kötü enerjiyi defetmek için yapılan zorlantılı hareketlerdir (Öztürk & Uluşahin, 2016, 370).

- **Psikodinamik Etkenler**

Psikoanalitik kurama göre, OKB’nin oluşmasındaki temel mekanizma, kişilerin saplantı içinde oldukları davranış veya objeye geri dönmeleri, gerilemedir (regresyon).

Psikanalitik kuramın temellendirildiği dönemlerden olan anal dönemde, kişiler başa çıkamadıkları duygulara karşı savunmak için üç mekanizma kullanmaktadırlar. Yalıtma (isolation), yapma bozma (undoing) ve karşıt tepki oluşturma (reaction formation) şeklinde adlandırılan bu mekanizmalar, OKB semptomlarının da kendini gösterdiği savunma mekanizmalarıdır (Karamustafalıoğlu & Akpınar, 2006).

- **Davranışçı Görüş**

Davranışçı görüş OKB’nin “öğrenilmiş davranışlar” olduğunu belirtmiştir. Psikoanalitik kuramda bilinçaltında yasak dürtüleri aramaya gerek olmadığı belirtilmiştir. Bu kuramda OKB, kişinin kendisine öğrenme yoluyla kattığı yanlış davranışlar bütünü olarak ele alınmıştır. Burada BDT’nin esasına inildiğinde, bu yanlış anlamlandırmalar ters öğrenme ile açıklanıp, kişi bu yanlış davranışlardan kurtarılabilir ve bu devinimler söndürülebilir. Fakat bu yaklaşımda, kişide seneler içerisinde OKB belirtileri yokken hayatının herhangi bir döneminde aniden OKB belirtilerinin ortaya çıkışı konusundaki açıklamalar yetersiz kalmaktadır (Öztürk & Uluşahin, 2016, s. 370).

2.6 FITNESS’IN YEME BOZUKLUKLARI, VÜCUT ALGISI VE OBSESYONLAR İLE İLİŞKİSİ

2.6.1 Fitness’ın Yeme Bozuklukları ile İlişkisi

Tatar’ın (2001) bahsettiği şekilde, Fitness, yalnızca egzersizle ilgili değildir. Düzenli ve sağlıklı beslenme, kişilerin yaptıkları egzersizlerden maksimum sonucu alabilmeleri için dikkat etmeleri gereken elzem konuların başında gelmektedir.

Kişilerin Fitness’a çok zaman ayırmak istemelerinin nedenleri arasında sosyal çevre baskısı, kültürel normlar, sağlıklı yaşam gibi faktörlerin yanı sıra; kilo kaybetmek, kas

kütlesini arttırmak veya şekillendirmek, yağ kütlesini azaltmak gibi pek çok madde sıralanabilir. Fitness’la ilgilenen bireyler, kilo verme veya kas kütlelerini artırma amaçlarını, “sağlık için spor yapmak” mottosunun önüne koyduklarında; bu durum kimi zaman aşırı fiziksel aktivite yapmanın yanı sıra ciddi besin kısıtlamaları veya hassasiyeti gibi sonuçlar ortaya koymaktadır. Tüm bunların birlikteliği ise kişilerde yeme bozukluklarına sebebiyet vermektedir (Vardar, 2012; Bamber, Cockerill, Rodgers, & Carrol, 2003; Hausenblas & Downs, 2002).

Fitness’ın kişilerin vücut algıları ve yeme tutumları hakkında pek çok çalışma yapmış olan Pope ve arkadaşları (1993; 1997; 2002), vücutlarını ölçüsüz bir şekilde Fitness aktivitelerine maruz bırakan kimselerin bazılarında “muscle dysmorphia” (kas dismorfisi (KD), (bigoreksiya)) şeklinde ifade ettikleri bozukluğun ortaya çıktığından bahsetmişlerdir. Söz konusu bozukluğun kişilerde yarattığı birincil rahatsızlığın, kişilerin kaslı vücut yapılarına rağmen zayıf olduklarını düşünmeleri olduğunu açıklamış; ikincil sorun olarak da bu kişilerde görülen aşırı besin hassasiyetine ve kaçınma davranışına değinmişlerdir (Mosley P. E., 2008)

Murray, Rieger, Touyz ve De la Garza Garcia (2010), KD’nin semptomlarının anoreksiya nervoza ile benzerlik gösterdiğini savunmuş, hastalığın önceleri Pope ve Katz tarafından (1994) “reverse anoreksixa” olarak isimlendirildiğini belirtmiş ve tüm bunlar göz önünde bulundurularak KD’nin yeme bozuklukları arasında değerlendirilmesi gerektiğini vurgulamıştır.

Bunların yanında, yeme davranış şekillerindeki problemler, geniş semptomatik spektruma sahip hastalıklardan olan OKB’nin kendini gösterdiği alanlardan biri olarak karşımıza çıkabilmektedir (Mataix-Cols, RosarioCampos & Leckman, 2005; Mataix-Cols, Nakatani, Micali & Heyman, 2008). Yeme Bozuklukları (YB) ve OKB arasındaki bu bağlantının oluşturulması ise Palmaar ve Jones’un (1939) araştırması ile ortaya atılmıştır.

Günümüz araştırmalarının pek çoğu, yeme bozuklukları ile OKB hastaları arasında ortaklık gösteren mükemmeliyetçilik (Bardone-Cone, Wonderlich, Frost, Bulik, Mitchell, & Uppala, 2007; Bulik, Tozzi, Anderson, Mazzeo, Aggen, & Sullivan 2003) ve nörotizm (Cassin & von Ranson, 2005; Lilenfeld, 2011; Samuels, Nestadt, Bienvenu, Costa, Riddle, Liang, et al., 2000) gibi kişilik özelliklerinden bahsetmişlerdir. OKB ve YB’nin birlikte gerçekleşme oranlarının değerlendirildiği çalışmalar her iki hastalığın ilerleme

sürecine, ortak etiyolojik faktörlerine ve yeni tedavi yöntemlerine ışık tutmuştur (Pollack, Forbush, 2013).

OKB hastalarında ritüel haline getirilen yeme davranışları, hastalarda yeme kısıtlamasına ve buna bağlı aşırı kilo kaybına sebep olabilmektedir. Aynı yemekten çekinme davranışı yeme bozukluğu hastalıklarından olan anoreksiya nervozaya benzerlik göstermektedir (Manassis & Kalman, 1990; Veale, Costa, Murphy & Ellison, 2011). Jassi, Patel, Lang, Heyman ve Krebs'in (2016) gerçekleştirdikleri araştırmada, OKB hastalarının %25'inde ritüel haline getirilmiş yeme davranışları görüldüğünü belirtilmişlerdir. Gene aynı çalışma, yeme bozukluğu görülen hastaların OKB semptomlarının ve fonksiyonel bozukluklarının, yeme bozukluğu gözlenmeyen hastalara kıyasla çok daha şiddetli olduğunu tespit etmiştir (Jassi ve ark., 2016).

Yapılan çalışmalar göz önünde bulundurulduğunda, kişilerin düşük vücut ağırlığı (Body Mass Index – BMI) ve zayıf kalmak için gerçekleştirdikleri ritüeller, AN veya BN gibi yeme bozukluklarından dolayı olabileceği gibi (Watkins, Christie ve Chally, 2008) OKB'nin semptomu olarak da ortaya çıkabilmektedir (Manassis ve Kalman, 1990; Jassi ve ark., 2016). Bu noktada tanıyı doğru şekilde koymak için a) YB'da görülen davranışların, direkt olarak vücut ağırlığı ile ilişkili olduğunu ve fiziksel aktivitelerin kişinin isteği ile gerçekleştirildiğini ve b) OKB'de ortaya konan ego-distonik kompulsiyonların ise istenmeyen ve gerçekleştirildiğinde hastayı strese sokan davranışlar olduğunu fark etmek gerekmektedir (Mazure, Halmi, Sunday, Romano & Einhorn, 1994).

2.6.2 Fitness'ın Vücut Algısı ile İlişkisi

Vücut algısı özellikle batı kültüründe kişilerin kilosunun ve fiziklerinin “ideal” kavramına uygun olması ile bağdaştırılmaktadır. Toplumda kullanılan ve kitlelerin iletişimini kolaylaştıran bazı araçlar ile kişiye ve kişilere ortak bir beğeni sunup, bu beğeniye bireylere aktarıp koşullandırılmışlardır (Jones ve ark., 2001; Attie ve Brooks-Gunn, 1992; Levine ve Smolak, 1992).

Günümüz medya öğretileri, kişilerin çoğu için elde edilemez vücut figürleri ortaya koymaktadır (Pickett, Lewis, & Cash, 2005). Bunlara, kız çocuklarının küçük yaşlarda oynamaya başladıkları Barbie bebekleri veya erkek çocuklarının ilgisini çeken GI Joe aksiyon figürleri dahi örnek gösterilebilir (Pope, Olivardia, Gruber, & Borowiecki, 1999)

Medyanın öne çıkardığı vücut yapısı; kadınlarda zayıf, fit ve hatları belirgin olmayı idealize ederken, erkekleri daha kaslı ve cüsseli fiziksel özelliklere sahip olmaya itmektedir. Özellikle erkekler, bu öğretilerden yola çıkarak, daha kaslı ve dikkat çekici bir vücuda sahip olmak için, Fitness’ın “ağırlık kaldırma ve kas geliştirme” yöntemlerini kullanmışlardır (Plante & Rodin, 1990). Corson & Andersen (2002), Olivardia (2002) ve McCreary & Sasse’nin (2000) araştırmalarında erkekler için, kaslı vücuda sahip olmanın bir gereklilik olarak görüldüğünden bahsedilmiştir.

Fitness ile aşırı ilgili bireyler (vücut geliştiriciler) ve onların vücut algıları hakkında çok sayıda araştırma yapılmamasına karşın, yapılan araştırmaların bir kısmı, bu kişilerde “vücut algısı bozukluklarının” daha sık ortaya çıktığını savunmuştur (Blouin & Goldfield, 1995; O’Sullivan & Tiggemann, 1997; Schwerin, ve diğerleri, 1996). Olivardia ve arkadaşları (2004), vücut algısı ve özgüveni düşük olan bireylerin, bu açığı Fitness ile figürlerini düzelterek kapatmaya çalışabileceğini ortaya koymuştur. Aynı şekilde, bu bireylerde, “vücut dismorfik bozukluğunun” ve daha spesifik olarak “kas dismorfisinin” görülebileceğinden bahsedilmiştir (Choi, Pope, & Olivardia, 2002; Leit, Gray, & Pope, 2002; Olivardia, 2002; Pope, Gruber, Choi, Olivard, & Phillips, 1997; Pope, Phillips, & Olivardia, 2000).

Fitness ve vücut algısı bozuklukları bazı noktalarda birliktelik göstermesine karşın, Blouin ve Goldfield’in (1995) araştırmaları, vücut geliştirme ile ilgilenen bireylerin hepsini risk grubuna dahil etmemek gerektiğini savunmuştur. Aynı fikirden yola çıkan Finkenberg ve Teper (1991), yaptıkları araştırma sonuçlarından Fitness ve vücut geliştirme ile ilgilenen kadın ve erkeklerin; kişisel, sosyal, benlikleri ile barışıklık konularında çok daha yüksek skor aldıklarını; özeleştirisi skorlarının ise belirgin bir şekilde düşük olduğunu ortaya koymuşlardır. Bazı çalışmalarda ise, Fitness ile ilgilenen bireylerin vücut algılarının arttığı tespit edilmiştir (Martin & Lichtenberger, 2002; Williams & Cash, 2001).

Dünyanın her yerinde, basın tarafından zayıf olmak, fit bir vücuda sahip olmak özendirilmekte ve “ideal bir vücut örneği” olarak tanıtılan vücut tipi birçok insanı baskısı altına alarak kişileri diyetler ve çeşitli antrenman programları uygulamaya zorlamaktadır. Tüm bunların sonucunda kişilerin yemek yeme alışkanlıkları değişmekte, tüm toplumlarda yeme bozuklukları zamanla çoğalmaktadır (Ressler, 1998).

Kişilerin yeme bozukluğu yaşadıkları süreçte vücut algıları da bozulmaktadır. Kendilerini şişman hissetme ve vücutlarını kötü bulma hissinden ötürü; yemek yemede çok ciddi bir şekilde azalma, yemek yedikten sonra kusma veya kendisini kusturma, çok fazla spor yapma şeklinde belirtiler ortaya çıkmaktadır. Kişilerin kafaları sürekli olarak vücut yapılarını ve yiyeceklerini düşünmekle doludur (Başterzi ve ark., 2003).

2.6.3. Fitness'ın ve OKB ile ilişkisi

“Takıntılı düşünceler”, obsesif kompulsif bozukluğun şekillenmesi ve devamlılığı için büyük öneme sahip olgulardan birisidir (Wu ve Carter, 2008). Daha önce de belirtildiği üzere, kişiler için takıntılı düşüncelerin hangi konuya spesifik olacağı veya obsesif davranış modellerinin birlikteliği değişiklik göstermektedir.

Phillips, Gunderson, Mallya, McElroy & Carter (1998), vücut dismorfik bozukluğunun davetsiz obsesyonel fikirler ve buna karşılık gerçekleştirilen kompulsif davranışlar üzerine temellendirilerek obsesif kompulsif bozukluk (OKB) spektrumu içerisine dahil edilebileceğinden bahsetmişlerdir. Günümüzde psikiyatrik hastalıkların tanı kriteri olarak kullanılan DSM-V’te de vücut dismorfik bozukluğu, vücut algısı bozukluğu yönünden de bahsedilerek OKB spektrumu hastalıkları içerisinde yer almaktadır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014)

- **Beden Dismorfik Bozukluğu**

Beden dismorfik bozukluğu (BDB), kişilerin normal görünümde olmalarına rağmen bedensel bir kusuru olduğunu düşündüğü veya ufak bir fiziksel sorunu büyük bir problem haline getirdiği, vücutları ile alakalı aşırı uğraş içinde bulundukları durumdur (Öztürk & Uluşahin, 2016). Kişilerin dış görünüşleri ile fazlasıyla ilgili oldukları semptomların obsesif düşüncelerle ilişkilendirilmesi, bu semptomların kontrol edilemez olmasından ve kişilerde stres yaratarak, kişilerin kendilerini güvende hissedecekleri davranışlar sergilemesinden ileri gelmektedir (Chosak et al, 2008). BDB ve OKB arasında demografik, hastalığın başlama zamanı ve süresinin yanı sıra ailesel ve genetik faktörlerin de benzerliğinden bahsedilmiştir (Bienvenu et al., 2000; Phillips, Gunderson, Mallya, McElroy, & Carter, 1998; Phillips, Pinto, Menard, Eisen, Mancebo, & Rasmussen, 2007).

Bu benzerliklere karşın, BDB ve OKB hastaları arasında temel farklılığı yaratan faktör; BDB hastalarının OKB hastalarına kıyasla çok daha az iç görüye ve çok daha fazla

delüzyonel düşüncelere sahip olmasıdır (Eisen, Phillips, Coles, & Rasmussen, 2004; Phillips et al., 2007).

Kişilerin vücut algılarının OKB ile ilişkisini sorgulayan çalışmalarda, genellikle vücut algısı bozukluğu için beden dismorfik bozukluğuna sahip bireyler değerlendirilmiştir. Bu çalışmalarda BDB semptomlarının şiddetinin OKB ve SAD ile ilişkilendirilebileceğine dair veriler elde edilmiştir (Fang & Hofmann, 2010; Phillips et al., 2007).

Bununla beraber gerçekleştirilen diğer çalışmalarda; gerek kişilerin vücut algı bozuklukları gerekse BDB semptomlarının şiddeti ile, hastaların OKB, SAD veya PD hastaları olmaları arasında hiçbir fark bulunmadığı tespit edilmiştir (Locher and Stein, 2010; Aderka, Gutner, Lazarov, Hermesh, Hofmann, Marom, 2014).

Tüm bilgiler göz önünde bulundurulduğunda, kişilerin obsesif düşünce yapısına sahip olması ile vücut algı bozuklukları arasındaki değerlendirme için daha fazla araştırma yapılması gerektiği ortaya çıkmaktadır.

- **Bigoreksiya**

Pope, Kutz ve Hudson, 1993 yılında kullandıkları “reverse anorexia” (Tersine anoreksiya nervoza) terimi ile, tipik olarak erkekleri etkileyen, kişilerin kas kütleleri ile aşırı ilgilenmeleri şeklinde ifade edilen bozukluğu literatüre sokmuşlardır.

Bigoreksiya’da kişiler sahip oldukları kas oranının yetersiz kaldığı düşüncesi ile kaygı duymakta ve kas kütlesini arttırmak için yaptıkları egzersizleri sıklaştırmakta, sürekli olarak bu endişe ve çaba içinde bulunmaktadırlar. Aşırı kas kütlesine sahip olan bireyler yeteri kadar kas kütlesine sahip olmadıklarını ve kendilerini çelimsiz olarak gördüklerini belirtebilmektedirler. Tıpkı anoreksia nervoza hastalarının çok zayıf oldukları halde kendilerini kilolu görmeleri gibi, “reverse anorexia” hastaları da oldukça kaslı olmalarına karşın zayıf ve güçsüz göründüklerine inanmaktadır. Bu durum da kendilerinde daha fazla kas kütlesine sahip olmanın yanında yağ oranlarını az tutma isteği yaratmaktadır (Choi, Pope & Olivardia, 2002).

Pope ve arkadaşları konu ile ilgili çok sayıda araştırma gerçekleştirmiş, “reverse anorexia” terimini “muscle dysmorphia” (kas dismorfisi (Bigoreksiya)) şeklinde yenilemiş ve bu hastalığı vücut dismorfik bozukluklarının bir alt grubu olarak değerlendirmişlerdir (Pope, Katz, Hudson, 1993; Pope, Gruber, Choi, Olivardia &

Philips, 1997). Sonrasında yapılan çalışmalarda DSM-V'in içinde "Obsesif-Kompulsif ve Bunlara İlişkin Bozukluklar" başlığı altında, "vücut dismorfik bozukluğu"nın içerisinde bigoreksiya terimine yer verilmiştir (American Psychiaric Association, 2013; Devrim & Bilgiç, 2018).

Bigoreksiyanın kendini en güçlü gösterdiği davranışlardan biri, kişileri sürekli olarak vücutlarını kontrol etmeye itmesidir. Kişiler, nerede ayna veya aynaya benzeyen bir cisim bulsalar kaslarının gelişimlerini veya orada olup olmadıklarını (Fitness dilinde küçülmek, büyümek terimleri yaygındır) kontrol ederler. En çok kol, karın ve bacak kaslarını sıkarak gelişim durumlarını kontrol ederler (Hilberdant, Alfano & Langenbucher, 2010; Alfano, Hildebrandt, Bannon, Walker & Walton, 2011).

Bigoreksiya rahatsızlığında bireylerdeki başlıca takıntının görünüşleri olması açısından, hastalığı vücut dismorfik bozukluğunun alt türü olarak sınıflandırmanın daha uygun olduğunu savunan araştırmalar bulunsa da (Sreshta, Pope , Hudson, & Kanamaya, 2017; Phillips K. , 2017), bigoreksiyalı bireylerde saptanan yeme bozukluklarının şiddeti dolayısıyla hastalığın "Başka Türü Adlandırılmayan Diğer Yeme Bozuklukları" sınıfında olması gerektiğini savunan çalışmalar da bulunmaktadır (Neiuwoudt, Zhou, Coutts, & Booker, 2012; Murray & Touyz, 2013). Bigoreksiya'yı konu alan 34 çalışmaların değerlendirildiği bir araştırmanın sonuçlarına göre, bigoreksiya %26'sında vücut dismorfik bozukluğunun, %24'ünde yeme bozukluğunun, %9'unda OKB spektrum bozukluklarının alt grubu olarak verilmiştir. Çalışmaların %41'inde ise bigoreksiyanın hangi sınıfa dahil olası gerektiği konusunda netlik getirilmemiştir (Dos Santos Filho, Tirico, Stefano, Touyz, & Claudino, 2016)

Tüm bireyler vücutlarını kontrol ederler, fakat kontrol sıklıklarının aşırıya ulaşması psikopatolojik bir durum haline dönüşebilir (Alfano, Hildebrandt, Bannon, Walker & Walton, 2011).

Özetle; Phillips, McElroy, Keck, Hudson ve Pope (1994), obsesif kompulsif bozukluk spektrumu hastalıklarından olan beden dismorfik bozukluğunda da tıpkı OKB'de olduğu gibi tekrarlayan ve vakit alan hareketler görülebileceğinden bahsetmiş; Grant ve Phillips (2004) daha sonra bu hareketleri "kompulsif" olarak tanımlamışlardır. Bu hareketlere örnek olarak aşırı egzersiz yapmaktan, sıkı diyet uygulamalarından, steroid kullanımından veya "sorunlu" olduğu düşünülen vücut bölgesine sık sık bakmaktan veya dokunmaktan bahsedilmiştir (Phillips, McElroy, Keck, Hudson, & Pope, 1994)

Yağsız ve kaslı bir vücuda sahip olma obsesyonunun getirdiği kompulsif davranış modellerinin OKB tanımı ile uyum göstermesini savunan bilim insanları, Kas Dismorfisi'nin (Bigoreksiya) de OKB spektrumu hastalığı sayılması gerektiğini savunmuşlardır (Pope, ve diğerleri, 2000) Aynı konu hakkında araştırma yapan Maida ve Armstrong'un (2005) verileri de KD'nin semptomlarının, OKB ve BDB ile uyum gösterdiği yönündedir. (Nieuwoudt, Zhou, Coutts, & Brooker, 2012).



BÖLÜM III

YÖNTEM

3.1 ARAŞTIRMA MODELİ

Yapılan bu çalışmada kullanılan Vücut Algısı Ölçeği, Yeme Tutumu Testi ve Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (YBOCS) İstanbul ve Antalya şehirlerinde bulunan Athletic-o ve Akdeniz Akademi spor salonlarındaki gönüllü bireylere uygulanmıştır. Demografik bilgi formunda kişilere sporla ilgilenme sürelerine (henüz başlamadım, 0-2 sene, ≥ 2 sene), haftanın kaç günü spor yaptıklarına (hiç, 1-3 gün, 1-4 gün, 5 gün ve daha fazla) ve spor salonunda geçirdikleri süreye (Hiç, 1 saat, 1,5 saat, 2 ve daha fazla) dair sorular yöneltilmiştir. Bu kriterler ile üçe ayrılan örneklem grubuna, yukarıda belirtilen testler uygulanmıştır. Spor ile ilgilenilen sürenin vücut algısı, yeme tutumu ve obsesif-kompulsif düşünce ve davranış modeli üzerinde ilişki olup olmadığını saptamak amaçlanmıştır.

Araştırma modeli olarak ilişkisel ve betimsel yöntemler kullanılmıştır. Betimsel çalışmanın amacı olduğu gibi konular detaylı olarak tanıtılmıştır. Sonrasında konuların birbirleri üzerindeki etkileri açıklanmıştır. Katılımcılardan toplanan verilerle, araştırmanın amacı ve hipotezleri ile ilişkisi ölçeklerin değerlendirilmesi ile test edilmiştir.

3.2 ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın örneklemi İstanbul'da (Athletic-o) ve Antalya'da (Akdeniz Akademi) bulunan spor salonlarındaki bireyler ve başlama düşüncesi olan 18 yaş üzeri 150 kişi oluşturmaktadır. Araştırmanın gerçekleştirildiği esnada 179 kişiye ulaşılmıştır. Bunların 29'u soruların tamamına aynı cevabı vermek, anketi tamamlamamak, anketi geri getirmemek gibi çeşitli sebeplerden kayıp veri olarak ayrılmıştır. Araştırmada amaçlı örneklem yöntemi seçilmiştir.

3.3 VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Bu araştırmada veri toplamak amacı ile örneklemdaki kişilere uygulanmak adına, “Demografik Bilgi Formu”, “Vücut Algısı Ölçeği”, “Yeme Tutumu Testi” ve “Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği (Y-BOCS)” kullanılmıştır.

3.3.1. Demografik Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan bu form, araştırmaya katılan kişilerin; cinsiyeti, yaşı, eğitim durumu, mesleği, gelir düzeyi gibi demografik sorulardan ve araştırmanın konusuna yönelik; spora ne sıklıkla gittiği, vücudu ile alakalı olarak harcadığı zaman ve kişinin obsesif kişiliğe sahip olup olmadığına işaret edecek sorulardan oluşmaktadır.

3.3.2 Vücut Algısı Ölçeği

Bu ölçek Secord ve Jourard tarafından 1953 yılında geliştirilmiştir. Orijinal ölçek ilki 46 madde, ikincisi 55 madde içeren iki ana bölümden oluşmaktadır. Ülkemizde Hovardaoğlu’nun (1993) çalışması ile 40 maddelik Türkçe uyarlaması gerçekleştirilmiştir. Yanıtlar 5’li likert ölçeğine göre verilmiştir. Ölçekten elde edilecek minimum skor 40, maksimum skor 200 olarak belirtilmiştir. Puan yükselişi, pozitif değerlendirmeyi arttırdığını göstermektedir. Testin Türkçe’ye uyarlanması yarıya bölme güvenirliği 0.75, madde korelasyonları 0.45 ile 0.89 arasında (Oruçlular, 2013) ve Cronbach Alpha değerinin 0.91 olduğu görülmüştür (Hovardaoğlu, 1993).

3.3.3 Yeme Tutumu Testi

Yeme tutumu testinin bu çalışmada kullanılma amacı kişilerin yeme tutum ve davranışlarını değerlendirmektir. Bu test 1979 yılında Garfinkel ve Garner tarafından geliştirildiğinde amaç, anoreksik belirtilere sahip kişileri belirlemektir. Orijinal adı “Eating Attitudes Test (EAT-40)”tir. Garner ve Garfinkel (1979) tarafından yapılan araştırmalarda testte, “diyet”, “yiyeceği kontrol etme” ve “bulimia ve yiyecek aşırı ilgilenme” şeklinde üç etmen ortaya konulmuştur ve eş zamanlı gerçekleştirilen gerçeklik ölçütleri 0.87 bulunmuştur. Bunların yanı sıra ülkemizde Savaşır ve Erol (1989) yaptıkları faktör analizinde “şişmanlık kaygısı-şişmanlıkla aşırı uğraş”, “diyet-rejim”, “sosyal baskı” ve “zayıflıkla aşırı uğraş” şeklinde dört faktör ortaya koymuşlardır. 2000 yılında yaptığı çalışmalarda, Elal’ın ortaya koyduğu faktörler ise “diyet”, “bulimia ve yiyecek aşırı uğraşma”, “oral kontrol” ve “yiyecek ilgili ambivalans” şeklindedir.

(Vardal, 2015). Yeme Tutumu Ölçeğinden yüksek skor almak yeme tutumu bozukluklarına işaret etmektedir. EAT-40'ın güvenirlik katsayısı 0.94 bulunmuştur (Talwar, 2011). YTT'nin Türkiye'deki güvenirlik ve geçerlik çalışması, Savaşır ve Erol (1989) tarafından gerçekleştirilmiştir. Dörder hafta aralıklarla uyguladıkları testin güvenirlik katsayısını 0.65; Cronbach alfa ile test ettikleri iç tutarlılığı 0.70 olarak hesaplamışlardır.

3.3.4 Yale Brown Obsesif Kompulsif Bozukluk Ölçeği (Y-BOCS)

Bu ölçek Goodman ve ark. (1989) tarafından geliştirilmiştir. DSM-IV saha araştırmalarında ve birçok yerde bu ölçek kullanılmıştır ve kullanılmaya devam etmektedir. Y-BOCS ölçeğinin değerlendirmesini yetkili kişi (klinisyen) yapmaktadır. Semptomların şiddeti ele alındığında tipine, sayısına veya içeriğine dikkat edilmez. Semptomların, hastanın ne kadar zamanını aldığı, yaşamına ne kadar etkide bulunduğu, hangi aralıkta aktif direnç ortaya koyduğu ve ne sıklıkta kontrol altına alınabildiği göz önüne alınarak; 0-4 aralığında farklılık gösteren puanlar elde edilir. Sonrasında yetkili kişi (klinisyen) genel obsesyon puanını (GOP), genel kompulsiyon puanını (GKP) ve aldığı toplam puanı (GTOP) hesaplar. GTOP'nin GOP ve GKP'nin toplamı olması dolayısıyla, bu ölçekte hastalar, GOP ve GKP'den maksimum 20, GTOP'den ise maksimum 40 puan elde edebilirler. "Symptom checklist" (semptom listesi) ve "severity scale" (şiddet derecelemesi) olarak iki bölümde değerlendirilen testin tutarlılık değerleri sırası ile $\alpha = 0.91$ ve $\alpha = 0.89$; güvenirlik değeri ise 0.96 şeklinde bulunmuştur (Hiranyatheeb, Saipanish, & Lotrakul, 2014). Ülkemizde de bu ölçeğin güvenirlik ve geçerlilik araştırması Karamustafalıoğlu O. ve ark. (1993) tarafından gerçekleştirilmiştir; Cronbach alfa ilk görüşme için 0.8185 ikinci görüşme için 0.8116 olarak ve güvenirlik 0.5380 şeklinde bulunmuştur. Y-BOCS skorlarında ortaya çıkan artış, kişilerin obsesyon ve/veya kompulsiyonlarındaki artışa işaret etmektedir (Aytan, 2020). Test, OKB'li bireylerin obsesyon ve kompulsiyonlarının şiddetini saptamak amacıyla kullanılmaktadır.

3.4 VERİLERİN ANALİZİ

Veri toplama araçları ile elde edilen veriler bilgisayar ortamına sayısal ifade olarak girilmiş ve sosyal bilimler için istatistik paket programı (SPSS-25) kullanılarak bu verilerin istatistiksel analizleri yapılmıştır.

Analizlere başlamadan önce veriler normal dağılım açısından incelenmiştir. Araştırma değişkenlerinin örneklem grubunda normallik dağılımının analizi için yapılan çalışmada Vücut Algısı Ölçeğinin (S-W= .984, Sd.= 150, p=.073) ve Yeme Tutumu Ölçeğinin (S-W= .876, Sd.= 150, p=.716) normal dağılım gösterdiği; Yale–Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeğinin (S-W= .979, Sd.=150, p=.022) ise normal dağılım göstermediği görülmüştür. Normal dağılımlar simetrik çan eğrisi özelliği göstermektedir. Ortalama ve medyan eşittir; her ikisi de dağılım merkezindedir. Bunların sağlanmadığı durumlara normal olmayan dağılım denir.

Uygulanan veri analizinde %95 güvenilirlik düzeyi temel alınmıştır. Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında Parametrik iki grup arasındaki farkın analizi için Mann Withney- U testi kullanılmıştır. Parametrik olmayan ikiden fazla grup olması durumunda verilerin gruplar arası karşılaştırmalarında Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Araştırmanın bağımlı ve bağımsız değişkenleri arasındaki ilişki Spearman korelasyon analizi ile test edilmiştir.

BÖLÜM IV

BULGULAR

4.1. Örneklem Grubunun Demografik Değişkenlere Göre Dağılımı

Bu bölümde araştırmaya yönelik olarak hazırlanan demografik bilgi formunun bulguları yer almaktadır.

Tablo 1: Örneklem Grubunun Demografik Değişkenlere Göre Dağılımı

		f	%
Yaş	15-20	11	7,3
	20-25	84	56,0
	25-30	29	19,3
	30 yaş ve üzeri	26	17,3
	Toplam	150	100,0
Cinsiyet	Kadın	55	36,7
	Erkek	95	63,3
	Toplam	150	100,0
Sporla İlgili Süresi	Henüz başlamadım.	50	33,3
	0-2 yıl	50	33,3
	2 yıl ve üzeri	50	33,3
	Toplam	150	100,0
Haftada Kaç Gün Spor	Hiç	50	33,3
	1-3 gün	31	20,7
	1-4 gün	42	28,0
	5 gün ve daha fazla	27	18,0
	Toplam	150	100,0
Spor Salonu Süre	1 saat	48	32,0
	1.5 saat	20	13,3
	2 saat ve daha fazla	32	21,3
	Kayıp	50	33,3
	Toplam	150	100,0
Sporu Aksatma His	Korkunç	18	12,0
	Huzursuz	67	44,7
	Tedirgin	15	10,0
	Hiçbir şey	2	1,3
	Kayıp	48	32,0
	Toplam	150	100,0

Tablodaki verilere göre, örneklemin %7.3'ü 15-20 yaş arası,%56.0'ı 20-25 yaş arası,%19.3'ü 25-30 yaş arasında, %17.3'ü 30 yaş ve üzeri, %36.7'si kadın, %63.3'ü erkektir. Örneklemin %16'sının çocukluk çağı travması var, %84'ünün çocukluk çağı travması yok, %33.3'ü henüz spora başlamamış, %33.3'ü 0-2 yıldır sporla ilgileniyor, %33.3'ü 2 yıl ve üzeri süredir sporla ilgileniyor, %33.3'ü hiç spor yapmıyor, %20.7'si 1-3 gün arası spor yapıyor, %28.0'i 1-4 gün arası spor yapıyor, %18.0'i 5 gün veya daha fazla gün spor yapıyor, %32.0'si spor salonunda 1 saat geçiriyor, %13.3'ü spor salonunda 1.5 saat geçiriyor, % 21.3'ü spor salonunda 2 saat veya daha fazla spor salonunda zaman geçiriyor, %12.0'si sporu aksattığında korkunç hissediyor, %44.7'si sporu aksattığında huzursuz hissediyor, %10.0'u sporu aksattığında tedirgin hissediyor,% 1.3' ü sporu aksattığında hiçbir şey hissetmiyor.



4.3. Kişilerin Spora Başlamadaki İlk ve Son Nedenleri

Bu bölümde her üç gruptaki anketörlerin spora başlamadaki ilk ve son nedenleri sorgulanmıştır. Sonrasında 2 sene ve üzeri süredir Fitness ile ilgilenen bireylerin spora devam etme nedeni karşılaştırılmıştır.

Tablo 2: “Spora Başlamanın İlk ve Son Nedeni” Sorusunun Başlama Düşüncesi olan ve 0-2 Senedir Sporla İlgilenen Örneklem Üzerine Betimsel İstatistikleri

		Başlama Nedeni	
		f	%
İlk Neden	Kilo vermek	31	31
	Sağlıklı bir yaşam sürmek	31	31
	Bilinçli fiziksel aktivite yapmayı öğrenmek	18	18
	Kaslı bir vücuda sahip olmak	12	12
	Çevreden takdir görmek	5	5
	Çevre baskısı	3	3
	Toplam	100	100
Son Neden	Kilo vermek	7	7
	Sağlıklı bir yaşam sürmek	2	2
	Bilinçli fiziksel aktivite yapmayı öğrenmek	3	3
	Kaslı bir vücuda sahip olmak	14	14
	Çevreden takdir görmek	18	18
	Çevre baskısı	56	56
	Toplam	100	100

Tabloda görüldüğü üzere spora başlamanın ilk nedeni sorusuna örneklem %31’i kilo vermek, %31’i sağlıklı bir yaşam sürmek, %18’i bilinçli fiziksel aktivite yapmayı öğrenmek, %12’si kaslı bir vücuda sahip olmak, %5’i çevreden takdir görmek, %3’ü çevre baskısı cevabını vermiştir.

Spora başlamanın son nedeni sorusuna, örneklem %7’si kilo vermek, %2’si sağlıklı bir yaşam sürmek, %3’ü bilinçli fiziksel aktivite yapmayı öğrenmek, %14’ü kaslı bir

vücuda sahip olmak, %18'i çevreden takdir görmek, %56'sı çevre baskısı cevabını vermiştir.

Tablo 3: 2 Sene ve Üzeri Spor Yapan Örneklem Grubunun “Spora Başlamanın İlk ve Son Nedeni” Sorusu ile “Spora Başlamanın İlk ve Son Nedeni Değişti Mi? (Devam Etme Nedeni Nedir?) Sorusunun Betimsel İstatistiklerinin Karşılaştırılması

		Başlama Nedeni		Devam Etme Nedeni	
		f	%	f	%
İlk Neden	Kilo vermek	6	12	1	2
	Sağlıklı bir yaşam sürmek	16	32	4	8
	Bilinçli fiziksel aktivite yapmayı öğrenmek	10	20	2	4
	Kaslı bir vücuda sahip olmak	17	34	30	60
	Çevreden takdir görmek	1	2	11	22
	Çevre baskısı	0	0	2	4
	Toplam	50	100	50	100
Son Neden	Kilo vermek	5	10	10	20
	Sağlıklı bir yaşam sürmek	1	2	15	30
	Bilinçli fiziksel aktivite yapmayı öğrenmek	0	0	1	2
	Kaslı bir vücuda sahip olmak	0	0	0	0
	Çevreden takdir görmek	10	20	11	22
	Çevre baskısı	34	68	13	26
	Toplam	50	100	50	100

Tabloda görüldüğü üzere spora başlamanın ilk nedeni sorusu “başlama nedeni” kapsamında değerlendirildiğinde; kilo vermek %12, sağlıklı bir yaşam sürmek %32, bilinçli fiziksel aktivite yapmayı öğrenmek %20, kaslı bir vücuda sahip olmak %34, çevreden takdir görmek %2 sonucu; spora başlamanın son nedeni sorusu aynı kapsamda değerlendirildiğinde kilo vermek %20, sağlıklı bir yaşam sürmek %2, çevreden takdir görmek %20, çevre baskısı %68 sonucu vermiştir.

Örneklemden aynı soruları spora “devam etme nedeni” şeklinde cevaplamaları istendiğinde, ilk neden sorusunda kilo vermek %2, sağlıklı bir yaşam sürmek %8, bilinçli

fiziksel aktivite yapmayı öğrenmek %4, kaslı bir vücuda sahip olmak %60, çevreden takdir görmek %22, çevre baskısı %4 değer almıştır. Son neden sorusunda kilo vermek %20, sağlıklı bir yaşam sürmek %30, bilinçli fiziksel aktivite yapmayı öğrenmek %2, çevreden takdir görmek %22, çevre baskısı %26 değer almıştır.

4.4. Yeme Tutumu, Vücut Algısı ve Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeklerinin Betimsel İstatistikleri

Bu bölümde kişilere uygulanan testlerin tüm gruptaki sonuçlarına yer verilmiştir.

Tablo 4: *Yeme Tutumu Ölçeği ve Alt Boyutlarının Betimsel İstatistikleri*

	N	Min	Max	$\bar{X}$	Ss.
Yeme Tutumu Ölçeği	150	1,05	4,90	2,9076	0,72108
Şişmanlık Kaygısı	150	1,00	5,75	2,7100	1,23432
Diyet	150	1,00	5,71	3,0633	1,25219
Sosyal Baskı	150	1,00	5,67	2,6067	1,13521
Zayıflık İle Aşırı Uğraş	150	1,00	6,00	2,3756	1,09115

Tablodaki verilere göre, Yeme Tutumu Ölçeği ortalaması 2.90(ss=0.72) bulunmuştur. Alt boyutlardan şişmanlık kaygısının ortalaması 2.71(ss=1.23), diyetin ortalaması 3.06(ss=1.25), sosyal baskının ortalaması 2.60(ss=1.13) ve zayıflık ile aşırı uğraşın ortalaması 2.37(ss=1.09)'dir.

Tablo 5: *Vücut Algısı Ölçeğinin Betimsel İstatistikleri*

	N	Min	Max	$\bar{X}$	Ss.
Vücut Algısı Ölçeği	150	1,78	4,95	3,7155	0,54864

Tablodaki verilere göre, vücut algısı ölçeğinin ortalaması 3.71(ss=0.54) bulunmuştur.

Tablo 6: *Yale–Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği ve Alt Boyutlarının Betimsel İstatistikleri*

	N	Min	Max	$\bar{X}$	Ss.
Yale–Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği	150	0,00	3,50	1,7000	0,70425
Obsesyon	150	0,00	4,00	1,7880	0,76439
Kompulsiyon	150	0,00	4,00	1,6120	0,78859

Tabloda görüldüğü üzere, Yale Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeğinin ortalaması 1.70(ss=0.70) bulunmuştur. Alt boyutlardan, obsesyonun ortalaması 1.78(ss=0.76), kompulsiyonun ortalaması 1.61 (ss=0.78)'dir.

4.5 Vücut Algısı Ölçeği Sonuçlarının Bazı Demografik Bilgi Formu Sorularına Göre Analizi

Bu bölümde örneklemin Vücut Algısı Ölçeği puanlarının, Demografik Bilgi Formu'nda yöneltilen çeşitli sorulara göre farklılaşma gösterip göstermediği tek yönlü varyans analizi ile araştırılmıştır.

Tablo 7: *Vücut Algısı Ölçeği Puanlarının Haftada Yapılan Spor Değişkeninin Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları*

	N	$\bar{X}$	Ss.		K.T	Sd.	K.O	F	p
Hiç	50	3,5805	0,56700	Gruplar Arası	4,690	3	1,563	5,683	0,001
1 - 3 gün	31	3,5669	0,50470	Gruplar İçi	40,160	146	0,275		
1 - 4 gün	42	3,7732	0,54667	Toplam	44,850	149			
5 gün ve daha fazla	27	4,0463	0,41659						
Toplam	150	3,7155	0,54864						

Tablodaki verilere göre, Vücut Algısı Ölçeği aritmetik ortalamalarının haftada yapılan spor değişkeni ile anlamlı bir değişiklik gösterip göstermediğini saptamak maksatlı gerçekleştirilen tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucu, haftada yapılan

spor gruplarının aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı göstermektedir ($F=5,683$; $p<0.01$). Bu işlemten sonra; ANOVA ile belirlenen anlamlı farklılığın hangi gruplardan dolayı ortaya çıktığını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analiz tekniklerine geçilmiştir.

ANOVA sonrası hangi post-hoc çoklu karşılaştırma tekniğinin kullanılacağına karar vermek için öncelikle Levene's testi ile grup dağılımlarının varyanslarının homojen olup olmadığı hipotezi sınanmış, varyansların homojen olmadığı saptanmıştır ($LF=4,690$, $p>0.05$). Bunun üzerine varyansların homojen olmaması durumunda yaygınlıkla kullanılan Games-Howell çoklu karşılaştırma tekniği tercih edilmiştir. Games-Howell testinin tercih edilmesinin nedeni testin alpha tipi hataya karşı duyarlı olmasıdır. Çoklu karşılaştırmaların analiz sonuçlarına aşağıda yer verilmiştir.

Vücut Algısı Ölçeği puanlarının haftada yapılan spor değişkeni ile hangi alt gruplar arasında değişkenlik gösterdiğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonrası post-hoc LSD testi sonucunda hiç spor yapmayan grup ile 5 gün ve üzeri yapan spor grup arasında 5 gün ve üzeri spor yapan grup lehinde istatistiksel olarak ($p<.05$) düzeyinde anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Bu durum, 5 gün ve üzeri spor yapan grubun hiç spor yapmayan gruba kıyasla vücut algısı ölçeğinden daha yüksek puan aldığını ortaya koymaktadır.

Tablo 8: *Vücut Algısı Ölçeği Puanlarının Sporla İlgilendiği Süre Değişkeninin Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları*

	N	$\bar{X}$	Ss.		K.T	Sd.	K.O	F	p
Henüz başlamadım.	50	3,5805	0,56700	Gruplar Arası	1,952	2	0,976	3,345	0,038
0 - 2 yıl	50	3,7065	0,56297	Gruplar İçi	42,897	147	0,292		
2 yıl ve üzeri	50	3,8595	0,48687	Toplam	44,850	149			
Toplam	150	3,7155	0,54864						

Tablodaki verilere göre, Vücut Algısı Ölçeği aritmetik ortalamalarının sporla ilgilendiği süre değişkeni ile anlamlı bir değişiklik gösterip göstermediğini saptamak maksadıyla gerçekleştirilen tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonuçlarında, sporla ilgilenilen süre gruplarının aritmetik ortalamaları arasında görülen fark istatistiksel olarak

anlamlıdır ($F=3,345$; $p<0.05$). Bu işlemden sonra; ANOVA ile belirlenen anlamlı farklılığın hangi gruplardan dolayı ortaya çıktığını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analiz tekniklerine geçilmiştir.

ANOVA sonrası hangi post-hoc çoklu karşılaştırma tekniğinin uygun olduğuna karar vermek amacıyla öncelikle Levene's testi ile grup dağılımlarının varyanslarının homojen olup olmadığı hipotezi test edilmiş, varyansların homojen olduğu bulunmuştur ($LF=1,377$, $p>0.05$). Bu sonuçların ardından, varyansların homojen olduğu durumlarda sıklıkla kullanılan LSD çoklu karşılaştırma tekniği tercih edilmiştir. LSD testinin tercih edilmesindeki neden; testin alpha tipi hataya karşı duyarlılığıdır. Çoklu karşılaştırmanın analiz sonuçlarına aşağıda yer verilmiştir.

Vücut Algısı Ölçeği puanlarının sporla ilgilenilen süre değişkeni ile hangi alt gruplar arasında değişkenlik gösterdiğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonrası post-hoc LSD testi sonucunda henüz başlamayan grup ile 2 yıl ve üzeri süredir spor yapan grup arasında 2 yıl ve üzeri süredir spor yapan grup lehinde istatistiksel olarak ($p<0.05$) düzeyinde anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Bu veri, 2 yıl ve üzeri süredir spor yapan grubun henüz başlamayan gruba göre vücut algısı ölçeğinden daha fazla puan aldığı ortaya koymaktadır.

Tablo 9: *Vücut Algısı Ölçeği Puanlarının Spor Salonunda Geçirilen Süre Değişkeninin Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları*

	N	$\bar{X}$	Ss.		K.T	Sd.	K.O	F	p
1 saat	48	3,7479	0,48408	Gruplar Arası	1,914	2	0,957	3,596	0,031
1.5 saat	20	3,5800	0,49760	Gruplar İçi	25,816	97	0,266		
2 saat ve daha fazla	32	3,9625	0,57072	Toplam	27,730	99			
Toplam	100	3,7830	0,52924						

Tablodaki verilere göre, Vücut Algısı Ölçeği aritmetik ortalamalarının sporu salonunda geçirilen süre değişkeni ile anlamlı bir değişiklik gösterip göstermediğini saptamak maksadıyla gerçekleştirilen tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda spor salonunda geçirilen süre gruplarının aritmetik ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ($F=3,596$; $p<0.05$). Bu işlemden sonra ANOVA

ile belirlenen anlamlı değişikliğin hangi gruplara bağlı olarak meydana geldiğini saptamak amacıyla tamamlayıcı post-hoc analiz tekniklerine geçilmiştir.

ANOVA sonrası hangi post-hoc çoklu karşılaştırma tekniğinin kullanılacağına karar vermek için öncelikle Levene's testi ile grup dağılımlarının varyanslarının homojen olup olmadığı hipotezi sınanmış, varyansların homojen olduğu saptanmıştır ($LF=0,600$ $p>0.05$). Bunun ardından varyansların homojen olması durumunda sıklıkla tercih edilen LSD oklu karşılaştırma tekniği kullanılmıştır. LSD testinin tercih edilmesindeki neden; testin alpha tipi hataya karşı duyarlılığıdır. Çoklu karşılaştırmanın analiz sonuçlarına aşağıda yer verilmiştir.

Vücut Algısı leği puanlarının spor salonunda geçirilen süre değişkeni ile, hangi alt gruplar arasında farklılık gösterdiğini saptamak amacıyla gerçekleştirilen tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonrası post-hoc LSD testi sonuçlarına göre; 1.5 saat geçiren grup ile 2 ve üzeri saat geçiren grup arasında 2 ve üzeri saat geçiren grup lehindeki farklılık istatistiksel olarak ($p<0.05$) düzeyinde anlamlıdır. Bu durum, 2 ve üzeri saat geçiren grubun 1.5 saat geçiren gruba göre vücut algısı leğinden daha fazla puan aldığını ortaya koymaktadır.

Tablo 10: *Vücut Algısı leği Puanlarının Sporunu Aksattığında Hissettiği His Değişkeninin Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları*

	N	$\bar{X}$	Ss.		K.T	Sd.	K.O	F	p
Korkunç	18	4,0167	0,40909	Gruplar Arası	2,840	3	0,947	3,688	0,015
Huzursuz	67	3,7963	0,53738	Gruplar İçi	25,156	98	0,257		
Tedirgin	15	3,4433	0,47061	Toplam	27,996	101			
Hiçbir şey	2	4,0250	0,38891						
Toplam	102	3,7877	0,52649						

Tablodaki verilere göre, Vücut Algısı leği aritmetik ortalamalarının sporu aksattığında hissettiği his değişkeni ile anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını saptamak amacıyla gerçekleştirilen tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda sporu aksattığında hissettiği his grubunun aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştır ($F=3,688$; $p<0.05$). Bu işlemden sonra ANOVA ile belirlenen

anlamlı farklılığın hangi gruplara bağlı olarak meydana geldiğini saptamak amacıyla tamamlayıcı post-hoc analiz teknikleri kullanılmıştır.

ANOVA üzerine hangi post-hoc çoklu karşılaştırma tekniğinin kullanılacağını belirlemek amacıyla öncelikle Levene's testi ile grup dağılımlarının varyanslarının homojen olup olmadığı hipotezi test edilmiş, varyansların homojen olduğu bulunmuştur (LF=0,822, $p>0.05$). Bunun ardından varyansların homojen olduğu durumla sıklıkla tercih edilen LSD çoklu karşılaştırma tekniği kullanılmıştır. LSD testinin tercih edilmesindeki neden; testin alpha tipi hataya karşı duyarlı oluşudur. Çoklu karşılaştırmanın analiz sonuçlarına aşağıda yer verilmiştir.

Vücut Algısı Ölçeği puanlarının sporu aksattığında hissettiği his değişkeni ile hangi alt gruplar arasında değişkenlik gösterdiğini saptamak amacıyla gerçekleştirilen tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonrası post-hoc LSD testi sonucunda tedirgin hisseden grup ile huzursuz hisseden grup arasında huzursuz hisseden grup lehindeki farklılık, istatistiksel olarak ($p<0.05$) düzeyinde anlamlıdır. Bu durum, huzursuz hisseden grubun tedirgin hisseden gruba göre vücut algısı ölçeğinden daha fazla puan aldığını ortaya koymaktadır

Vücut Algısı Ölçeği puanlarının sporu aksattığında hissettiği his değişkeni ile hangi alt gruplar arasında değişkenlik gösterdiğini saptamak amacıyla gerçekleştirilen tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonrası post-hoc LSD testi sonucunda tedirgin hisseden grup ile korkunç hisseden grup arasında korkunç hisseden grup lehindeki farklılık istatistiksel olarak ($p<0.05$) düzeyinde anlamlıdır. Bu durum, korkunç hisseden grubun tedirgin hisseden gruba göre vücut algısı ölçeğinden daha fazla puan aldığını ortaya koymaktadır.

4.6. Yeme Tutumu Ölçeği Sonuçlarının “Sporla İlgilenme Süresi” ne Göre Analizi

Bu bölümde kişilerin sporla ilgilendikleri sürenin yeme tutumlarında bir değişiklik yaratıp yaratmadığı sorgulanmıştır.

Tablo 11: *Yeme Tutumu Ölçeği Puanlarının Sporla İlgili Süresi Değişkeninin Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları*

	N	$\bar{X}$	Ss.		K.T	Sd.	K.O	F	p
Henüz başlamadım.	50	2,7111	0,74740	Gruplar Arası	3,192	2	1,596	3,158	0,045
0 - 2 yıl	50	2,9513	0,69023	Gruplar İçi	74,281	147	0,505		
2 yıl ve üzeri	50	3,0603	0,69348	Toplam	77,472	149			
Toplam	150	2,9076	0,72108						

Tablodaki verilere göre, Yeme Tutumu Ölçeği aritmetik ortalamalarının sporla ilgi süresi değişkeni ile anlamlı bir fark oluşturup oluşturmayacağını saptamak maksadıyla gerçekleştirilen tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda sporla ilgi süresi gruplarının aritmetik ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu fark edilmiştir ($F=3,158$; $p<0.05$). Bu işlemten sonra ANOVA üzerine belirlenen anlamlı farklılığın hangi gruplara bağlı olarak meydana geldiğini saptamak amacıyla tamamlayıcı post-hoc analiz teknikleri kullanılmıştır.

ANOVA üzerine hangi post-hoc çoklu karşılaştırma tekniği uygulanacağına karar vermek amacıyla, öncelikle Levene's testi ile grup dağılımlarının varyanslarının homojen olup olmadığı hipotezi test edilmiş, varyansların homojen olduğu bulunmuştur ($LF=0,046$, $p>0.05$). Bunun ardından varyansların homojen olduğu durumlarda sıklıkla tercih edilen LSD çoklu karşılaştırma tekniği kullanılmıştır. LSD testinin tercih edilmesindeki neden testin alpha tipi hataya karşı duyarlı oluşudur. Çoklu karşılaştırmanın analiz sonuçlarına aşağıda yer verilmiştir.

Yeme Tutumu Ölçeği skorlarının sporla ilgi süresi değişkeni ile hangi alt gruplar arasında farklılık gösterdiğini saptamak amacıyla uygulanan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonrası post-hoc LSD testi sonuçları, henüz başlamayan grupla ile 2 yıl ve üzeri süredir sporla ilgilenen grup arasında 2 yıl ve üzeri süredir sporla ilgilenen grup lehinde istatistiksel açıdan ($p<0.05$) düzeyinde anlamlı bir farklılık göstermektedir. Bu durum, 2 yıl ve üzeri süredir sporla ilgilenen grubun henüz başlamayan gruba göre yemem tutumu ölçeğinden daha fazla puan aldığını ortaya koymaktadır.

4.7. “Sporla İlgilenilen Süre” ve Yeme Tutumu Ölçeği Alt Boyutlarının Analizi

Bu bölümde sporla ilgilenilen sürenin Yeme Tutumu Ölçeği’nin alt boyutları üzerinde etkisi olup olmadığı araştırılmıştır.

Tablo 12: Örneklem Grubunun Sporla İlgilenilen Süre Değişkeni İle Yeme Tutumları Alt Boyutlarının Non-Parametrik Kruskal Wallis-H Testi Sonuçları

		N	S.O	X ²	Sd.	p
Şişmanlık Kaygısı	Henüz başlamadım.	50	71,05	1,488	2	0,475
	0 - 2 yıl	50	74,11			
	2 yıl ve üzeri	50	81,34			
	Toplam	150				
Diyet	Henüz başlamadım.	50	53,71	20,804	2	0,000
	0 - 2 yıl	50	80,39			
	2 yıl ve üzeri	50	92,40			
	Toplam	150				
Sosyal Baskı	Henüz başlamadım.	50	77,46	1,830	2	0,401
	0 - 2 yıl	50	68,94			
	2 yıl ve üzeri	50	80,10			
	Toplam	150				
Zayıflık İle AşırıUğraş	Henüz başlamadım.	50	67,47	3,073	2	0,215
	0 - 2 yıl	50	76,52			
	2 yıl ve üzeri	50	82,51			
	Toplam	150				

Tablodaki verilere göre, şişmanlık kaygısı alt boyutu ortalamasının sporla ilgilenilen süre değişkeni ile anlamlı bir değişkenlik gösterip göstermediğini saptamak amacıyla gerçekleştirilen Kruskal Wallis-H sonuçlarından; sporla ilgilenme süresi değişkeninin şişmanlık kaygısı ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı görülmemiştir. ($x^2=1.488$; $sd=2$; $p> 05$).

Tablodaki verilere göre, diyet alt boyutunun sporla ilgilenilen süre değişkeni ile anlamlı bir değişkenlik gösterip göstermediğini saptamak amacıyla gerçekleştirilen Kruskal Wallis-H sonucunda sporla ilgilenilen süre gruplarının ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu bulunmuştur ($x^2=20,8904$ $sd=2$; $p<01$). Bu

işlemden sonra Kruskal Wallis-H üzerine belirlenen anlamlı farklılığın hangi gruplara bağlı geliştiğini saptamak amacıyla tamamlayıcı karşılaştırma teknikleri kullanılmıştır. Bu amaç için uygulanan özel bir test tekniği bulunmadığından ikili karşılaştırmalarda kullanılan Mann Whitney-U tercih edilmiştir. Analizler sonucunda farklılığın henüz başlamayan grupla 0-2 yıldır spor yapan grup arasında 0-2 yıldır spor yapan grup lehinde gerçekleştiği saptanmıştır ($U=793.50$; $z=-3.509$, $p<0.01$). Analizler sonucunda farklılığın henüz başlamayan grupla 2 ve üzeri yıldır spor yapan grup arasında 2 ve üzeri yıldır spor yapan grup lehinde gerçekleştiği saptanmıştır ($U=617.00$; $z=-4.367$, $p<0.01$).

Tablodaki verilere göre, sosyal baskı alt boyutu ortalamalarının sporla ilgilenilen süre değişkeni ile anlamlı bir farklılık oluşturup oluşturmadığını saptamak maksadıyla gerçekleştirilen Kruskal Wallis-H sonuçlarında sporla ilgilenilen süre gruplarının ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı fark edilmiştir. ($\chi^2=1.830$; $sd=2$; $p> 05$).

Tablodaki verilere göre, zayıflık ile aşırı uğraş alt boyutu ortalamalarının sporla ilgilenilen süre değişkeni ile anlamlı bir farklılık oluşturup oluşturmadığını saptamak amacıyla gerçekleştirilen Kruskal Wallis-H sonuçlarında sporla ilgilenilen süre gruplarının sıralamalar ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı tespit edilmiştir. ($\chi^2=3.073$; $sd=2$; $p> 05$).

4.8. “Sporla İlgilenilen Süre” ve “Haftada Yapılan Spor” Değişkenlerine Göre Y-BOCS ve Alt Boyutlarının Analizi

Bu bölümde sporla ilgilenilen süre ile haftada kaç gün sporla ilgilenildiği ve kişilerin obsesyon- kompulsiyon düzeyleri arasındaki ilişki araştırılmıştır.

Tablo 13: Örneklem Grubunun Haftada Yapılan Spor Değişkeni İle Yale–Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Non-Parametrik Kruskal Wallis-H Testi Sonuçları

		N	S.O	X ²	Sd.	p
Yale–Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği	Henüz başlamadım.	50	65,29	6,746	2	0,034
	0 - 2 yıl	50	73,63			
	2 yıl ve üzeri	50	87,58			
	Toplam	150				
Obsesyon	Henüz başlamadım.	50	66,26	4,429	2	0,109
	0 - 2 yıl	50	75,81			
	2 yıl ve üzeri	50	84,43			
	Toplam	150				
Kompulsiyon	Henüz başlamadım.	50	67,00	5,075	2	0,079
	0 - 2 yıl	50	73,37			
	2 yıl ve üzeri	50	86,13			
	Toplam	150				

Tablodan anlaşılabacağı gibi, Yale–Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği’nin sporla ilgilenme süresi değişkeni ile anlamlı bir değişkenlik gösterip göstermediğini saptamak amacıyla gerçekleştirilen Kruskal Wallis-H sonucunda sporla ilgilenme süresi gruplarının sıralamalar ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır ($x^2=6,746$; $sd=2$; $p<0,01$). Bu işlemten sonra Kruskal Wallis-H üzerine belirlenen anlamlı farklılığın hangi gruplara bağlı olarak ortaya çıktığını saptamak amacıyla tamamlayıcı karşılaştırma teknikleri kullanılmıştır. Bu amaçla uygulanan özel bir test tekniği bulunmadığından ikili karşılaştırmalarda kullanılan Mann Whitney-U tercih edilmiştir. Analizlerin sonucu; farklılığın henüz başlamayan grupla 2 yıl ve üzeri süredir spor yapan grup arasında, 2 yıl ve üzeri süredir spor yapan grup lehinde gerçekleştiğini göstermektedir ($U=864,00$; $z=-2,667$, $p<0,01$).

Tablodaki verilere göre, obsesyon alt boyutu ortalamalarının sporla ilgilenme süresi değişkeni ile anlamlı bir farklılık oluşturup oluşturmadığını saptamak amacıyla gerçekleştirilen Kruskal Wallis-H sonuçlarında; sporla ilgilenme süresi gruplarının sıralamalar ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı saptanmıştır ($x^2=4,429$; $sd=2$; $p>0,05$).

Tablodaki verilere göre, kompulsiyon alt boyutu ortalamalarının sporla ilgilenme süreleri değişkeni ile anlamlı bir farklılık oluşturup oluşturmayacağını saptamak amacıyla gerçekleştirilen Kruskal Wallis-H sonuçlarında; sporla ilgilenme süresi gruplarının

sıralamalar ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı saptanmıştır ($\chi^2=5.075$; $sd=2$; $p> 05$).

Tablo 14: Örneklem Grubunun Sporla İlgilenme Süresi Değişkeni İle Yale–Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Non-Parametrik Kruskal Wallis-H Testi Sonuçları

		N	S.O	X2	Sd.	p
Yale–Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği	Hiç	50	65,29	14,888	3	0,002
	1 - 3 gün	31	61,42			
	1 - 4 gün	42	83,40			
	5 gün ve daha fazla	27	98,28			
	Toplam	150				
Obsesyon	Hiç	50	66,26	10,736	3	0,013
	1 - 3 gün	31	67,19			
	1 - 4 gün	42	78,38			
	5 gün ve daha fazla	27	97,67			
	Toplam	150				
Kompulsiyon	Hiç	50	67,00	11,412	3	0,010
	1 - 3 gün	31	61,52			
	1 - 4 gün	42	84,92			
	5 gün ve daha fazla	27	92,65			
	Toplam	150				

Tablodan anlaşılabacağı gibi Yale–Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği sıralamalar ortalamalarının haftada yapılan spor sayısı değişkeni ile anlamlı bir farklılık oluşturup oluşturmadığını tespit etmek amacıyla gerçekleştirilen Kruskal Wallis-H sonucunda haftada yapılan spor sayısı gruplarının sıralamalar ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu anlaşılmıştır ($\chi^2=14,888$; $sd=3$; $p<01$). Bunun ardından Kruskal Wallis-H ertesi saptanan anlamlı farklılığın hangi gruplarla alakalı olarak ortaya çıktığını belirlemek amacıyla tamamlayıcı karşılaştırma tekniklerine geçilmiştir. Bu amaçla uygulanan özel bir test tekniği bulunmadığı için ikili karşılaştırmalarda kullanılan Mann Whitney-U tercih edilmiştir. Analiz sonuçlarına göre; farklılığın 1-3 gün spor yapan grupla 5 gün ve daha fazla spor yapan grup arasında 5 gün ve daha fazla spor yapan grup lehinde gerçekleştiği fark edilmiştir ($U=213.00$; $z=-3.212$, $p<0.01$). Analizlerin sonucunda farklılığın 1-4 gün spor yapan grupla 1-3 gün spor yapan grup arasında 1-4 gün spor yapan grup lehine gerçekleştiği belirlenmiştir ($U=466.00$; $z=-3.068$, $p<0.05$). Analiz sonuçlarına göre; farklılığın hiç spor yapmayan grupla 5 gün ve

daha fazla spor yapan grup arasında 5 gün ve daha fazla spor yapan grup lehinde gerçekleştiği fark edilmiştir ($U=368.50$; $z=-3.280$, $p<0.01$).

Tablodaki veriler ışığında, obsesyon alt boyutunun sıralamalar ortalamalarının haftada yapılan spor sayısı değişkeni ile anlamlı bir fark oluşturup oluşturmadığını saptamak için gerçekleştirilen Kruskal Wallis-H sonuçları, haftada yapılan spor sayısı gruplarının sıralamalar ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğunu göstermektedir ($\chi^2=10,736$; $sd=3$; $p<0.05$). Bunun ardından Kruskal Wallis-H ertesi saptanan anlamlı farklılığın hangi gruplarla alakalı olarak ortaya çıktığını belirlemek adına tamamlayıcı karşılaştırma tekniklerine geçilmiştir. Bu amaçla uygulanan özel bir test tekniği olmadığından ikili karşılaştırmalarda kullanılan Mann Whitney-U tercih edilmiştir. Analizlerin sonucu, farklılığın hiç spor yapmayan grupla 5 gün ve daha fazla spor yapan grup arasında 5 gün ve daha fazla spor yapan grup lehinedir ($U=387.50$; $z=-3.096$, $p<0.01$). Analizlerin sonucu, farklılığın 1-3 gün spor yapan grupla 5 gün ve daha fazla spor yapan grup arasında 5 gün ve daha fazla spor yapan grup lehinedir ($U=247.00$; $z=-2.68$, $p<0.01$).

Tablodaki verilere göre, kompulsiyon alt boyutunun sıralamalar ortalamalarının haftada yapılan spor sayısı değişkeni ile anlamlı bir değişkenlik gösterip göstermediğini saptamak maksadıyla gerçekleştirilen Kruskal Wallis-H sonuçları; haftada yapılan spor sayısı gruplarının sıralamalar ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı bulunduğunu göstermektedir. ($\chi^2=11,412$; $sd=3$; $p<0.01$). Bu işlemten sonra Kruskal Wallis-H ertesi belirlenen anlamlı farklılığın hangi gruplarla alakalı olarak ortaya çıktığını belirlemek amacıyla tamamlayıcı karşılaştırma tekniklerine geçilmiştir. Bu amaçla uygulanan özel bir test tekniği olmadığından ikili karşılaştırmalarda kullanılan Mann Whitney-U tercih edilmiştir. Analiz sonuçlarından, farklılığın hiç spor yapmayan grupla 5 gün ve daha fazla spor yapan grup arasında 5 gün ve daha fazla spor yapan grup lehinde olduğu anlaşılmıştır ($U=427.00$; $z=-2.668$, $p<0.01$). Analiz sonuçlarından, farklılığın hiç spor yapmayan grupla 1-4 gün spor yapan grup arasında 1-4 gün spor yapan grup lehinde olduğu anlaşılmıştır ($U=792.50$; $z=-3.258$, $p<0.01$). Analiz sonuçlarından, farklılığın 1-3 gün spor yapan grupla 5 gün ve daha fazla spor yapan grup arasında 5 gün ve daha fazla spor yapan grup lehinde olduğu anlaşılmıştır ($U=249.50$; $z=-2.657$, $p<0.01$). Analiz sonuçlarından, farklılığın 1-3 gün spor yapan grupla 1-4 gün spor yapan grup arasında 1-4 gün spor yapan grup lehinde olduğu anlaşılmıştır ($U=451.50$; $z=-2.235$, $p<0.05$).

4.9. Güvenilirlik Analizi

Bu bölümde araştırmada kullanılan anketlerin güvenilirlik çalışması yapılmıştır.

Tablo 15: Faktörlerin Güvenilirlik (α) Değerleri

Ölçek/ Alt Boyut	Madde sayısı	Cronbach Alfa katsayısı
Yeme Tutumu Ölçeği	40	0,912
Şişmanlık Kaygısı	4	0,804
Diyet	7	0,856
Sosyal Baskı	3	0,612
Zayıflık İle Aşırı Uğraş	3	0,674
Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği	19	0,903
Obsesyon	5	0,766
Kompulsiyon	5	0,764
Vücut Algısı Ölçeği	40	0,937

Tablo 32’de çalışmanın anket formlarında yer alan boyutlara yönelik Cronbach’s Alpha güvenirlik değerleri yer almaktadır. Yeme Tutumları Ölçeği 0,912, Vücut Algısı Ölçeği 0,937 ve Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği 0,903 ile çok güvenilir düzeydedir.

Güvenirlilik analizi, bir ölçme aracının tekrarlanan ölçüm sonuçlarında aynı sonucu verme derecesini belirlemek için kullanılır. Bu analizin gerçekleştirilmesi için 0 ile 1 arasında değerler alabilen (Cronbach) Alfa katsayısının hesaplanmasını gerektirir.

Alfa katsayısı, birimlere ait toplam skorun ölçekteki her bir soruya ait puanların toplanması ile elde edilen ölçeklerde, soruların benzerliğini ya da yakınlığını ortaya koyan bir katsayıdır. Bu katsayıya bağlı olarak yorumlama şu şekilde yapılır (Kalaycı, 2010, s. 33):

Alfa değeri;

$0,00 \leq \alpha \leq 0,40$ ise ölçek güvenilir değildir,

$0,40 \leq \alpha \leq 0,60$ ise ölçek güvenilirliği düşük,

$0,60 \leq \alpha \leq 0,80$ ise ölçek oldukça güvenilir ve

$0,80 \leq \alpha \leq 1,00$ ise ölçek yüksek derecede güvenilir bir ölçektir.

4.10. Bulguların Özeti

Kişilerin spora başlamaktaki ilk ve son nedenlerini sorgulayan anket sonuçlarına göre, spor yapan tüm gruplarda, kişilerin spora başlamaktaki ilk nedenleri “kilo vermek” ve “sağlıklı bir yaşam sürmek”; son nedenleri ise “çevre baskısı”, “çevreden takdir görmek” ve “kaslı bir vücuda sahip olmak”tır (Tablo 2). Bunun yanında; 2 sene ve üzeri süredir sporla ilgilenen bireylerde, spora başlama nedeni olarak “kaslı bir vücuda sahip olmak” %34, “sağlıklı bir yaşam sürmek” %32 oran almıştır. Spora devam etme nedeni sorulduğundaysa “kaslı bir vücuda sahip olmak” yanıtının oranı %60’a çıkarken, “sağlıklı bir yaşam sürmek” yanıtının oranı %8’e inmiştir (Tablo 3). Bu noktada 2 sene ve üzeri süredir sporla ilgilenen bireylerin spora başlama amaçlarının yön değiştirdiğinden; vücutlarının kaslanması ile çevreden takdir görmenin kendileri için daha fazla anlam taşıdığından bahsetmek mümkündür.

Vücut Algısı Ölçeği puanlarının bazı demografik bilgi formu sorularına göre farklılaşma gösterip göstermediğini araştırarak analizlerde; 5 gün ve üzeri spor yapan grubun hiç spor yapmayan gruba göre (Tablo 7), 2 yıl ve üzeri süredir sporla ilgilenen grubun henüz spora başlamamış gruba göre (Tablo 8), spor salonunda 2 saat ve üzeri zaman geçiren grubun 1.5 saat zaman geçiren gruba göre (Tablo 9), Vücut Algısı Ölçeğinden daha yüksek puan aldığı; yani vücut algılarının daha olumlu olduğu saptanmıştır. Vücut Algısı Ölçeği puanlarının “sporu aksattığında hissettiği his” sorusuna göre farklılaşmaları incelendiğinde; sporu aksatınca “korkunç” hisseden grubun tedirgin hisseden gruba göre daha yüksek puan aldığı tespit edilmiştir (Tablo 10). Bu noktada sporu aksatınca korkunç hisseden grubun dış görünüşü hakkında aşırı hassas bir tavır ile vücut yapısını korumaya çalıştığı ve dolayısıyla vücut algılarının daha olumlu olduğu yorumunu yapmak mümkündür.

Sporla ilgilenme süresinin yeme tutumu üzerinde etkisi olup olmadığını araştırarak analizde, 2 yıl üzeri süredir sporla ilgilenen grubun Yeme Tutumu Ölçeği puanlarının henüz spora başlamamış gruptan daha fazla olduğu, yani sporla ilgilenme süresi arttıkça bireylerde yeme tutumu bozuklukları ortaya çıktığı saptanmıştır (Tablo 11).

Sporla ilgilenme süresinin Yeme Tutumu Ölçeği alt boyutları üzerine etkisi olup olmadığını araştırarak analizde, şişmanlık kaygısı, sosyal baskı ve zayıflık ile aşırı uğraş alt boyutlarında anlamlı sonuç bulunamamıştır. Bunun yanında 2 sene üzeri ve 0-2 senedir

sporla ilgilenen bireylerin Yeme Tutumu Testi diyet alt boyutlarında, henüz spora başlamamış bireyler ile anlamlı fark tespit edilmiştir (Tablo 12). Bu noktada sporla ilgilenen bireylerin öğünleri hakkında daha seçici (kısıtlayıcı) oldukları yorumu yapılabilir.

Sporla ilgilenilen sürenin Y-BOCS alt gruplarında etkisi olup olmadığını araştıran analizlerde; 2 yıl üzeri süredir sporla ilgilenen bireylerin henüz spora başlamamış bireyler arasında, 2 yıl üzeri süredir sporla ilgilenen bireylerin lehine Y-BOCS değerleri aldığı tespit edilmiş; obsesyon ve kompulsiyon alt boyutlarında ise anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 13).

Haftada yapılan sporun Y-BOCS alt boyutları üzerine etkisi olup olmadığını araştıran analizlerde; 1-3 gün spor yapan ile 5 gün daha fazla spor yapan bireyler arasında, hem Y-BOCS, hem obsesyon ve kompulsiyon alt boyutlarında 5 gün ve daha fazla spor yapan bireyler lehine; 1-3 gün ile 1-4 gün spor yapan bireyler arasında, hem Y-BOCS hem kompulsiyon alt boyutunda 1-4 gün spor yapan bireyler lehine; hiç spor yapmayan ile 5 gün ve daha fazla spor yapan bireyler arasında hem Y-BOCS hem obsesyon ve kompulsiyon alt boyutlarında 5 gün ve daha fazla spor yapan bireyler lehine; hiç spor yapmayan ile 1-4 gün spor yapan bireyler arasında kompulsiyon alt boyutunda 1-4 gün spor yapan bireyler lehine anlamlı sonuç tespit edilmiştir (Tablo 14).

BÖLÜM V

TARTIŞMA

Giriş bölümünde de ifade edildiği üzere bu çalışmanın temel amacı, Fitness ile ilgilenen bireylerin uğraş süreleri ile vücut algıları, yeme tutumları ve obsesyon-kompulsiyonlara yönelimleri arasındaki ilişkiyi incelemektir. Çalışmanın bu aşamasında, araştırmanın sonuçlarının getirdiği analizler, konu ile ilgili alan yazınlar ile karşılaştırılarak değerlendirilecek ve bu doğrultuda, hipotezlere dair çıkarımlarda bulunulacaktır.

Bu araştırmanın bulguları, Fitness ile ilgilenme süresinin, kişilerin yeme tutumunu ve obsesyon-kompulsiyon değerlerini olumsuz yönde etkilediğine; vücut algısı yönünden ise kişilerde pozitif sonuçlar doğurduğuna işaret etmektedir.

Literatürde vücut algısı, yeme tutumu ve obsesyon-kompulsiyon spektrum hastalıklarından olan Beden Dismorfik Bozukluğu ile alakalı pek çok çalışma bulunmaktadır. Fakat gerçekleştirilen taramalarda bunların hepsinin aynı anda karşılaştırıldığı bir araştırmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle tartışma bölümünde farklı çalışmalardan örnekler verilerek bulgular yorumlanacak ve önerilerde bulunulacaktır.

Vücut algısı, cinsiyet, yaş, vücut ağırlığı, özsaygı, toplumsal normlar gibi faktörlerden etkilenen; beden gerçekliği, beden sunumu ve beden ideali olarak üç bileşeni bulunan; dinamik ve değişime açık bir olgudur.

Literatürde, Fitness'ın kişilerin vücut algısı üzerindeki etkilerine dair pek çok çalışma gerçekleştirilmiştir. Blouin & Goldfield (1995), O'Sullivan & Tiggemann (1997) ve Schwerin ve arkadaşları (1996), Fitness ile aşırı ilgili bireylerde (vücut geliştiriciler) vücut algısı bozukluklarının daha sık ortaya çıktığını savunmuşlardır. Olivardia ve arkadaşları (2004) vücut algısı ve özgüveni düşük bireylerin, bu açığı Fitness ile fiziksel görünüşlerini değiştirerek kapatmaya çalıştığını öne sürmüştür. Araştırmalar bu bireylerde BDB'nin ve alt dalı olan Bigoreksiya'nın da görülebileceğini ortaya koymuştur (Olivardia, 2002; Pope, Phillips & Olivardia, 2000; Leit, Gray & Pope, 2002; Pope, Gruber, Choi, Olivardia, Phillips, 1997; Choi, Pope & Olivardia, 2002). Fitness ve vücut algısı bozukluklarının, daha spesifik olarak Beden Dismorfik Bozukluğunun birlikteliği

ortaya konmuş olsa da, Blouin ve Goldfield (1995), Fitness ve vücut geliştirme ile ilgilenen bireylerin tamamını risk grubuna dahil etmemek gerektiğini vurgulamıştır. Yapılan araştırmada, Fitness ve vücut geliştirme ile ilgilenen kadın ve erkeklerin, kişisel, sosyal ve benlikleri ile barışıklık gibi konularda çok yüksek skor aldıkları; özeleştirici skorlarının ise belirgin bir şekilde düşük olduğu tespit edilmiştir (Finkenberg ve Teper, 1991). Martin ve Lichtenberger'in (2002) çalışması ise Fitness ile ilgilenen bireylerin vücut algılarının arttığı sonucunu vermiştir. Bu çalışmanın sonuçları da Martin ve Lichtenberger'in (2002) sonuçları ile uyum göstermektedir. Bu araştırmada, bireylerin “sporla ilgilenme süreleri”, “spor salonunda geçirdikleri süre” ve “haftanın kaç günü spora gittikleri” ile vücut algılarının farklılaşmasını sorgulayan analizler gerçekleştirilmiştir. Sonuçların yer aldığı Tablo 7, 8 ve 9’da da görülebileceği gibi, daha uzun süre Fitness ile ilgilenen, spor salonunda daha fazla zaman geçiren ve haftada daha çok gün spor salonuna giden bireylerin Vücut Algısı Ölçeği puanları daha yüksek bulunmuştur.

Yeme tutumu, etiyolojisinde biyolojik, sosyo-kültürel, ailesel ve bireysel etkenler bulunduran multi-faktöriyel bir olgudur. Literatürde, bireylerin yeme tutumundaki sosyo-kültürel etkenlerden sıklıkla bahsedilmektedir. Sosyal medyanın “güzel vücut anlayışı” belirleyip bunu yaygınlaştırması ve toplumsal norm haline getirmesi ile kişilerde “güzel vücuda” yönelim ve beraberinde de yeme bozuklukları ortaya çıkmaktadır (Anthony ve Yager, 2007). Polivy ve Herman (2002) da yeme bozukluklarında medyanın etkilerini, vurgulamış; reklamlarda, dizi ve filmlerde zayıf, çekici manken ve oyuncuların kullanılmasının toplumda özendirici etkisi olduğundan ve aksi fiziksel özelliklerin bireyde “itici olma” hissi uyandırdığından bahsetmiştir.

Fitness, yalnızca egzersizi değil, kapsamlı ve düzenli bir beslenme programını gerektirir (Tatar, 2001). Fitness’ı bireyler için ilgi çekici kılan en önemli sebepler arasında; kilo vermeye kolaylık sağlaması, kas kütlesini arttırıcı antrenman programlarına sahip olması, yağ oranını azaltması sıralanabilir. Kişilerde bu isteklerin aşırıya kaçması durumundaysa hem abartılı Fitness programları hem de yeme tutumu bozuklukları görülmektedir (Vardar, 2012; Bamber, Cockerill, Rodgers & Carrol, 2003; Hausenblas & Downs, 2002). Fitness’ın kişilerin vücut algıları ve yeme tutumları ile ilgili çok sayıda araştırma yapmış olan Pope ve arkadaşları da (1993; 1997; 2002), Kas Dismorfisi (Bigoreksiya) şeklinde isimlendirdikleri hastalığı ortaya çıkarmıştır. Bigoreksiya’da kişiler yeterince kas kütlesine sahip olmalarına karşın kendilerini zayıf ve güçsüz

görmekte, bu sebeple de kendilerine aşırıya kaçan Fitness programları ve kısıtlayıcı diyetler uygulamaktadır (Mosley, 2008).

Bireylerde yeme tutumunun ve alt boyutlarının “sporla ilgilenilen süre” değişkenine göre analizinde (Tablo 11 ve 12), spora henüz başlamayan grup ile 2 yıl ve üzeri süredir sporla ilgilenen grup karşılaştırılmış; 2 yıl ve üzeri grubun daha fazla puan aldığı yani yeme tutumunda bozulma görüldüğü tespit edilmiştir. Yeme Tutumu Ölçeği alt boyutları analizinde ise diyet alt boyutunda, gerek henüz başlamayan gerekse 0-2 yıldır sporla uğraşan grup, 2 sene ve üzeri süredir sporla uğraşan gruptan daha düşük puan almışlardır. Bu veriler de literatür ile uyum göstermektedir.

OKB spektrumu hastalıklarından olan Beden Dismorfik Bozukluğu’nun bir çeşidi kabul edilen Bigoreksiya, bireylerin kaslı yapılarına rağmen kendilerini zayıf ve güçsüz hissettikleri bir hastalık olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu hastalığın semptomlarını gösteren bireylerde kaslanmak için yapılan ağır fiziksel aktiviteler ve kısıtlayıcı diyetler ön plandadır (Neiuwoudt, Zhou, Coutts & Brooker, 2012). Bu bakış açısıyla düşünüldüğünde bireylerin obsesyonları fiziksel görünimleri, kompulsiyonları ise uyguladıkları ağır antrenmanlar ve diyetlerdir.

Tablo 13 ve 14’te, “Haftada Yapılan Spor” ve “Sporla İlgilenme Süresi” değişkenlerine göre Y-BOCS ve alt boyutlarının farklılıkları araştırılmıştır. Çıkan sonuçlarda, hiç spor yapmayan, haftada 1-3 gün ve 1-4 gün spor yapan bireylerin, haftada 5 gün ve daha fazla spor yapan bireylere kıyasla Y-BOCS testi puanlarının daha düşük olduğu saptanmıştır. Aynı şekilde obsesyon ve kompulsiyon alt boyutlarının analizleri de anlamlı sonuç vermiştir. Henüz spora başlamayan grupla 2 yıl ve üzeri süredir Fitness ile ilgilenen bireylerin karşılaştırılmasında, gene 2 yıl ve üzeri süredir spor yapan bireylerin aldıkları puan daha yüksektir. Bu değişkenlerin birbirleri ile anlamlı çıkması beklendik bir bulgudur. Hareketli egzersizlerin, endorfin üretimini arttırmasının etkisi ile; kişinin modunu yükselttiği ve kişiyi bir çeşit öforiye soktuğu göz önünde bulundurularak, aşırı egzersizin bağımlılık yapabileceği fikri öne atılmış ve bu hipotez pek çok bilim insanı tarafından destek görmüştür (Crossman, Jamieson, & Henderson, 1987; De Coverley Veale, 1987; Kagan & Squires, 1985; Morgan, 1979; Morris, Steinberg, Sykes, & Salmon, 1990). Bunun yanı sıra, yapılan araştırmalar, kompulsif ve aşırı bir şekilde egzersiz yapan bireylerin bu davranışlarını, hastalık, sakatlık durumları veya başka planları olmasına karşın gerçekleştirdiklerini ileri sürmüş; bu davranışları “obligatory

behavior” (zorunlu davranışlar) olarak değerlendirmişlerdir (Krejci, ve diğerleri, 1992; Yates, Shisslak, Allender, Crago, & Leehey, 1992). Gulker, Laskis ve Kuba (2001) da, 172 kişilik bir örnekleme gerçekleştirdikleri çalışmalarında, aşırı egzersiz yapan bireylerin OKB skorlarının önemli ölçüde daha yüksek bulmuşlardır.

Fitness’ın bireylerde obsesyonel bir yönelim ve buna bağlı bozukluklar oluşturabileceği çalışmanın çok yerinde ifade edilmiştir. Bu noktada Tablo 2 ve Tablo 3’te yer alan bulgular, bu çalışmaya spesifik sonuçlar ortaya koymaktadır. Örnekleme yöneltilen “Spora Başlama Nedenini Sıralama” sorusu, bireylerin en başta spora neden başladıklarını öğrenmeyi hedeflemektedir. 2 sene ve üzeri bireylerden değişen sıralamaların yazılmasının istenmesiyle, uzun süredir sporla ilgilenen bireylerde hedeflerindeki sapmayı bulmak ve bu sapmayı kişilerin vücut algısı ve obsesyonları açısından tartışmak amaçlanmaktadır.

Tablo 2’deki sonuçlara göre %31’lik oranla kilo vermek ve sağlıklı bir yaşam sürmek spora başlama düşüncesi olan ve 0-2 senedir spor yapan bireyler için ilk sırada yer almaktadır. Bunların ardından %18 ile bilinçli fiziksel yapmayı öğrenmek, sonrasında ise %12 ile kaslı bir vücuda sahip olmak gelmektedir.

2 sene ve üzeri süredir sporla ilgilenen bireylerde spora başlamadaki ilk neden sorusunu 50 kişilik örneklemden 17 kişi kaslı bir vücuda sahip olmak, 16 kişi sağlıklı bir yaşam sürmek, 10 kişi bilinçli fiziksel aktivite yapmayı öğrenmek, 6 kişi kilo vermek şeklinde cevaplamıştır. Çevreden takdir görmek cevabını veren 1 kişi olmuştur. Çevre baskısını ilk sıraya koyan kimse bulunmamaktadır. Son sırada yer alan sebeplerde, çevre baskısı 34 kişi ile birinci sırada, çevreden takdir görmek ise 10 kişi ile ikinci sıradadır.

Aynı örnekleme “cevabınız değişti ise belirtiniz” şeklinde yöneltilen soruda, hemen hemen herkesin cevaplarını değiştirdiği tespit edilmiştir. Başlarken kaslı bir vücuda sahip olma hedefi 17 kişi için 1. sırada yer alırken, değişen cevaplarda 30 kişinin bu cevabı verdiği görülmüştür. Gene başlarken 1 kişi çevreden takdir görmek yanıtını 1. sıraya koyarken, sonrasında 11 kişinin hedefini bu yönde değiştirdiği fark edilmiştir.

Son neden sıralamasında da benzer değişiklikler fark edilmektedir. Önceleri 34 kişi çevre baskısını spora başlamadaki son neden şeklinde belirtirken, sonradan 13 kişi son neden olduğunu ifade etmiştir. İkinci yanıtlarda 15 kişi sağlıklı bir yaşam sürmek hedefini son sıraya yerleştirmiştir. 10 kişi ise kilo vermek hedefini son sıraya koymuştur. Bu veriler, uzun zamandır Fitness ve vücut geliştirme ile ilgilenen bireylerin spora başlarken

belirledikleri hedeflerle şu an spora devam etme sebeplerinin değiştiğini ortaya çıkarmaktadır. Soruların yanıtları dikkate alınarak; 2 sene ve üzeri süredir Fitness'ı yaşamlarına entegre etmiş bireyler için, spor yapmanın temellendirildiği “sağlıklı bir yaşam” düşüncesinin ikinci plana atıldığı ve kaslı bir vücuda sahip olmak veya çevrenin kendilerini takdir etmesinin daha fazla önemsendiği söylenebilir. Bu konuda alanyazında herhangi bir çalışma gerçekleştirilmediğinden karşılaştırma şansı bulunmamakta ancak gelecek çalışmalar için bu çalışmanın verilerinin önemli bir yol gösterici olacağı düşünölmektedir.

Çalışmanın ortaya çıkardığı sonuçlar göz önüne alındığında, spora başlama düşüncesi olan ve 2 seneden kısa süredir ilgilenmekte olan bireyler ile sporla 2 sene ve üzeri süredir ilgilenmekte olan, diğer bir tabirle spor ve vücut geliştirme ortamının sosyoköltörel etkilerine daha uzun süre maruz kalan bireylerde kayda değer algı ve beklenti değişiklikleri fark edilmektedir. Bireylerin spor salonlarında geçirdikleri saatlerin, günlerin ve yılların artması, kişilerdeki obsesyon (BDB) ve beslenme problemlerini de beraberinde getirmektedir. Bu noktada Fitness ile ilgilenen bireylerde kendilerini çevreleri ile kıyaslamaktan ileri gelen özenme ve özenmenin getirdiği psikolojik baskı ve kaygıdan; bu kaygı dolayısıyla gerçekleştirilen kompulsif nitelikteki Fitness davranışlarından söz etmek mümkün olabilir. Aynı şekilde uzun süredir Fitness ile ilgilenen kişilerde, gerek spor çevrelerinin gerekse bireysel sosyal çevrelerinin kendilerinden beklentisi spora devam etme zorunluluğu hissettirebilmektedir. Söz konusu zorunluluğu, çalışmanın “son neden” sorusu cevaplarındaki “evre baskısı” ve “evreden takdir görmek” faktörlerinin değişiminde de izlemek mümkündür. Önceleri, kişiler evre baskısını spora başlama ile bağdaştırmamışken; sonradan hem “evre baskısı” faktörünü son neden olarak sıralayan kişi sayısı azalmış, hem de “evreden takdir görmek” faktörü daha fazla bireyin spora devam etme sıralamasında birinci sebep olarak gösterilmiştir.

Çalışmaya katılan bireylerin cevaplarının keskin bir değişime uğramasında insanoğlunun doğasından gelen doyumsuzluk da bir faktör olabilir. Bireyler, koydukları hedefe ulaştıklarında daha fazlasını elde etme isteği ile kendilerini bir döngüye itebilirler; nitekim ulaşılan her hedefin üzerine bir hedef belirlemek mümkün olacaktır. Bunun yanı sıra spor salonlarında “daha kaslı” bireylere “daha fazla saygı duyulması” da kişiler için tetikleyici bir unsur olabilir. Bireyler, özveri ile ilgilendikleri, çaba ve zaman harcadıkları alanlarda saygı duyulma ihtiyacı hissederler. Söz konusu saygıyı elde etmek veya idoleştirdikleri kişiye dönuşmek için “sağlıklı bir yaşam” faktörünü arka plana atarak

“kaslı bir vücuda sahip olmayı” öncelik haline getirmeleri beklenen bir davranış biçimi olacaktır. Aynı bakış açısıyla, saygı görmediğini, emeklerinin boşa gittiğini, hedef ve ideallerine ulaşamadığını hisseden bireylerde aşağılık kompleksi dahi gelişebilir. Bu noktada kendilerini geliştirmeye mecbur hisseden bireylerde, Fitness ve kaslı bir vücuda sahip olma isteği artık istekten ziyade mecburiyet ve takıntıya dönüşecektir.



BÖLÜM VI

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada uzun süredir (2 yıl ve üzeri) Fitness ile ilgilenen, spora yeni başlayan (0-2 sene) ve spora başlama düşüncesi olan bireylerin yeme düzeni, vücut algıları ve obsesyon düzeyleri değerlendirilmiş; veriler Fitness ile ilişkilendirilmeye çalışılmıştır. Araştırmanın amacı doğrultusunda gerçekleştirilen analizlerde, literatürde de örnekleri bulunan sonuçlar elde edilmiştir.

Araştırmanın verilerine göre uzun süredir Fitness ile ilgilenen bireylerin Yeme Tutumu Ölçeği skorları gerilemekte, yeme bozuklukları ortaya çıkmaktadır. Obsesif-Kompulsif davranış modeline yönelim de uzun süredir spor ile ilgilenen bireylerde daha fazladır. Öte yandan Vücut Algısı Ölçeği değerlendirmeleri, örneklemin kalanı ile kıyaslandığında 2 yıl ve üzeri süredir Fitness yapan bireylerin lehine sonuç vermiştir. Fitness ile ilgilenen bireylerin vücut algılarının daha iyi veya kötü duruma gelmesi konusunda, her iki savı da savunan çalışmalar bulunmuştur. Bu araştırmanın anket değerlendirmesi ise, hipotezle uyumlu sonuç vermiştir.

OKB spektrumu hastalıklarından olan Beden Dismorfik Bozukluğu'nun ve alt dalı Bigoreksiya'nın bir ayağı etiyolojik benzerlikleri açısından OKB'ye, bir ayağı da semptomları açısından vücut algısı ve yeme bozukluklarına dayanmaktadır. Bu bağlamda düşünüldüğünde, uzun süredir Fitness ile ilgilenen bireylerin vücut algı ölçeği puanlarının daha yüksek çıkması, bireylerin BDB veya Bigoreksiya hastalıklarının risk grubunda olmadıkları anlamına gelmemektedir, nitekim bu hastalıkların etiyolojisinde birden fazla faktör yer almaktadır.

Fitness, her spor gibi, bireylerin sağlıklı bir yaşam sürdürebilmesi üzerine temellendirilmiştir. Uzun süredir Fitness ile ilgilenmekte olan bireylerin yeme davranışlarındaki bozulmalar ve spora karşı geliştirdikleri obsesif tutum ise, Fitness'ın amacına aykırı hizmet etmesine yol açmaktadır. Bu noktada Fitness ile ilgilenecek veya ilgilenmekte olan her bireyin, spora başlamadan önce ve spora devam ettiği süre boyunca tabi tutulacağı fiziksel ve mental testler yürürlüğe sokulabilir. Var olan psikolojik testlerin

yetersiz kalması durumunda, konu ile ilgilenecek psikiyatrist ve psikologların yeni anketler oluşturması sağlanabilir. Bunun yanı sıra her bireyin beraber çalışacağı bir antrenör ve diyetisyen de, bireylerin sağlık denetiminde kolaylık sağlayabilir. Söz konusu testler ve danışmanlar aracılığı ile elde edilen veriler sayesinde, bireylerin sağlık durumu kontrolleri kolaylaşmış olacaktır. Böylece Fitness, temellendirildiği “sağlıklı bir yaşam sürme” hedefinden de sapmamış olacaktır.

Bunun yanı sıra spor salonlarının kolektif bir çalışma yürütmesi önerilebilir; nitekim ancak kolektif bir çalışma sayesinde tüm spor salonlarının ortak kullanacağı bir veri tabanı oluşturularak, bireylere özel hazırlanan Fitness ve diyet programları değerlendirilebilir. Bu uygulama, günümüzde kullanılan sağlık sistemi uygulaması ile benzerlik gösterecektir. Nasıl ki her doktor hastasının daha önceki doktor ziyaretlerini, kullandığı ilaçları görebiliyorsa, aynı uygulamanın spor salonları için de kullanılması, bireyler için büyük avantaj sağlayacaktır. Uygulama sayesinde erken fark edilen davranış değişiklikleri, spor salonlarının çalıştırmaya başlayacağı psikologlar aracılığı ile erken tedavi sürecini beraberinde getirecektir. Doğru bir sağlık politikası, hastalığı tedavi etmeye yönelik olandan ziyade, hastalık daha ortaya çıkmadan alınacak tedbirleri kapsayandır.

Bu alışma ve literatürdeki daha pek çok çalışmanın ışığında, Fitness ile ilgilenme süresinin kişilerin yeme tutumu, vücut algısı ve obsesif-kompulsif yönelimler üzerinde etkili olduğu söylenebilmektedir. Ancak konu ile ilgili yapılacak prospektif bir çalışma bireyleri bireysel olarak etkileyebilecek aile, iş durumu, önceden bilinen psikolojik rahatsızlık gibi faktörler dışlanarak daha aydınlatıcı sonuçlar verecektir. Bu noktada gelecekte yapılacak çalışmalarda Fitness ile ilgilenme süresinin kişilerde yaratacağı pozitif ve negatif etkilerin incelenmesi açısından, spora yeni başlayan bir grubun seneler içerisinde göstereceği değişimlerin ele alınması önerilmektedir.

Bu çalışmada olduğu gibi pek çok farklı parametrenin kullanılması, çalışmaya zenginlik katmasına karşın katılımcıların sıkılmadan sorulara cevap verme isteklerini etkilemiştir. Anketörlerin sorulara verdiği cevaplarsa çalışmanın güvenilirliğini direkt olarak etkilemektedir. Gelecekteki çalışmalarda, araştırmacılara daha spesifik bir konuya yönelmeleri ve anketlerini bizzat dağıtarak katılımcılarda oluşabilecek soru işaretlerini gidermeleri tavsiye edilmektedir.

KAYNAKÇA

- Acar, Ö. T. (2010). Kocaeli üniversitesi beden eğitimi yüksekokulu ve mimarlık- mühendislik fakültesi öğrencilerinde beden algısı ve iyilik halinin beden kitle indeksi ve vücut yağı dağılımı ile ilgisi. (Yayımlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi). Kocaeli, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi.
- Aderka, I. M., Gutner, , C. A., Lazarov , A., Hermesh, H., Hofmann, S. G., & Marom, S. (2014). Body image in social anxiety disorder, obsessive-compulsive disorder, and panic disorder. *Body Image*, 51-56.
- Akgün, N. (2004). *Obsesyonel Nevroz* (1. b.). Ankara: Nobel Tıp Kitapevi.
- Alagül, Ö. (2004). Farklı spor branşlarındaki sporcuların atılganlık ile beden algısı ilişkisi. (Yüksek Lisans Tezi). İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Alfano , L., Hildebrandt, T., Bannon, K., Walker, C., & Walton, K. E. (2011). The Impact of Gender on the Assessment of Body Checking Behavior. *Body Image*, 8(1), 20-25.
- Alıcı, D. (2014). Obsesif kompulsif bozukluk hastalarında oksidatif merabolizmanın ve oksidatif dna hasarının incelenmesi. (Tıpta Uzmanlık Tezi). Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi.
- Allen, K., Bryne, M. S., Oddy, H. W., & Crosby, R. (2013). DSM-IV-TR and DSM-V Eating Disorders in Adolescents; Prevalence Stability and Psychosocial Correlates in a Population-Based Sample of Male and Female Adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(3), 720-732.
- American Psychiaric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-V* (5 b.). (E. Köroğlu, Çev.) Washington DC: American Psychiatric Association .
- Amerikan Psikiyatri Birliği. (1994). *Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı (DSM-IV)*. (E. Köroğlu, Çev.) Ankara: Hekimler Birliği Yayınları.
- Amerikan Psikiyatri Birliği. (2014). *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı (DSM-V)* (5. b.). (E. Köroğlu, Çev.) Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Andersen, R. E., Barlett, S. J., Morgan, G. D., & Brownell, K. D. (1995). Weight loss psychological and nutritional patterns in competitive male body builders. *International Journal of Eating Disorders*, 18, 49-57.
- Anoreksi Kelime Kökeni. (2019). EtimolojiTürkçe: <https://www.etimolojiturkce.com/kelime/anoreksi> adresinden alındı
- Anthony, T. M., & Yager, J. (2007). Cultural Considerations in Eating Disorders. J. Yager, & P. S. Powers içinde, *Clinical Manual of Eating Disorders* (s. 387-405). Washington DC: American Psychiatric Publishing.
- Aslan, D. (2004). Beden algısı ile ilgili sorunların yaratabileceği beslenme sorunları. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 13(9), 326-329.
- Aytan, M. E. (2020, Eylül). Obsesif Kompulsif Bozukluklarda Denetim Odağı ve Benlik Saygısı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul: Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilimdalı Adli-Klinik Psikoloji Programı.
- Bağcı Bosi, A. T., Çamur, D., & Çağatay, G. (2007). Prevalence of Orthorexia Nervosa in Resident Medical Doctors in the Faculty of Medicine in Ankara. *Appetite*, 49, 661-666.
- Bamber, D. J., Cockerill, I. M., Rodgers, S., & Carrol, D. (2003). Diagnostic criteria for exercise dependence in women. *British Journal of Sports Medicine*, 37(5), 393-400.

- Bardone-Cone, A. M., Wonderlich, S. A., Frost, R. O., Bulik, C. M., Mitchell, J. E., & Uppala, S. (2007). Perfectionism and eating disorders: Current status and future directions. *Clinical Psychology Review*, 27(3), 384-405.
- Bartrina, J. A. (2007). Orthorexia or When A Healthy Diet Becomes An Obsession. *Archivos Latinoamericanos Nutricion*, 57(4), 313-315.
- Başterzi, A. D., Tüzer, V., Alagöz, M. Ş., Uysal, A. Ç., & Göka, E. (2003). Estetik Cerrahi Hastalarında Yeme Tutumu ve Beden Algısı. *Yeni Symposium*, 41(1), 3-6.
- Becker, A. E., Keel, P. K., Anderson-Fye, E. P., & Thomas, J. J. (2004). Genes (and/or) Jeans: Genetic and Sociocultural Contributions to Risk For Eating Disorders. *Journal of Addictive Diseases*, 23(3), 81-103.
- Bienvenu, O. J., Samuels, J. F., Riddle, M. A., Hoehn-Saric, R., Liang, K. Y., Cullen, B. A., . . . Nestadt, G. (2000). The relationship of obsessive-compulsive disorder to possible spectrum disorders: Results from a family study. *Biological Psychiatry*, 48, 287-293. doi:http://dx.doi.org/10.1016/s0006-3223(00)00831-3
- Blouin, A. G., & Goldfield, G. S. (1995). Body image and steroid use in male bodybuilders. *International Journal of Eating Disorders*, 18, 159-165.
- Bratman, S., & Knight, D. (2000). *Health Food Junkies: Overcoming the Obsession with Healthful Eating*. New York: Broadway Books.
- Browne, M. A., & Mahoney, M. J. (1984). Sport Psychology. *Annual Review of Psychology*, 35, 605-625.
- Budak, S. (2019). *Psikoloji Sözlüğü* (5 b.). Türkiye: Bilim ve Sanat Yayınları.
- Bulik, C. M., Tozzi, F., Anderson, C., Mazzeo, S. E., Aggen, S., & Sullivan, P. F. (2003). The relation between eating disorders and components of perfectionism. *The American Journal of Psychiatry*, 160(2), 366-368.
- Bulimia* (n.). (2019, 04 22). Online Etymology Dictionary: <https://www.etymonline.com/word/bulimia> adresinden alındı
- Can, U. (2000). 40 Yaş Üstü Erkeklerde 8 Haftalık Aerobik Çalışmalarının Bazı Fizyolojik ve Motorik Parametrelere Etkisinin Araştırılması. (*Yüksek Lisans Tezi*). Muğla: Muğla Üniversitesi.
- Canat, S. (1999). Yeme bozukluklarına genel bakış. *Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları*, 4(2), 133-136.
- Carlat, D. J., & Camargo, C. A. (1991). Review of bulimia nervosa in males. *American Journal of Psychiatry*, 148, 831-843.
- Cartwright, M. M. (2004). Eating Disorder Emergencies: Understanding the Medical Complexities of the Hospitalized Eating Disordered Patient. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 16(4), 515-530.
- Cassin, S. E., & Yon Ranson, K. M. (2005). Personality and eating disorders: A decade in review. *Clinical Psychology Review*, 25(7), 895-916.
- Choi, P. L., Pope, H. G., & Olivardia, R. (2002). Muscle dysmorphia: a new syndrome in weightlifters. *British Journal of Sports Medicine*, 36, 375-377.
- Chosak, A., Marques, L., Greenberg, J. L., Jenike, E., Dougherty, D. D., & Wilhelm, S. (2008). Body dysmorphic disorder and obsessive-compulsive disorder: Similarities, differences and the classification debate. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 8, 1209-1218.

- Compulsion*. (2019). Online Etymology Dictionary: <https://www.etymonline.com/word/compulsive> adresinden alındı
- Corson, P. W., & Andersen, A. E. (2002). Body image: a handbook of theory, research, and clinical practice. T. F. Cash, & T. Pruzinsky içinde, *Body image: a handbook of theory, research, and* (s. 192-199). New York: Guilford Press.
- Coupey, S. M. (1998). Anorexia Nervosa. S. B. Friedman içinde, *Comprehensive Adolescent Health Care* (s. 263-268). St. Louis: Mosby.
- Crossman, J., Jamieson, J., & Henderson, L. (1987). Responses of competitive athletes to lay-offs in training: exercise addiction or psychological relief? *Journal of Sport Behavior*, 10, 28-38.
- Çakırlı Alşan, Z. (2005). Anormal Yeme Tutum ve Davranışlarının Aile Ortamı, Öz güven ve Mükemmelli yetçilik ile İlgisi. (*Yüksek Lisans Tezi*). İstanbul: İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Çiğdem, U. (2016).). Klinik olmayan bir örneklemede aleksitimi, bağlanma stilleri ve obsesif kompulsif özellikler arasındaki ilişkinin incelenmesi. (*Yüksek Lisans Tezi*), 23-33. İstanbul: Beykent Üniversitesi.
- Davison, G. C., & Neale, J. (2011). *Anormal Psikoloji*. (İ. Dağ, Çev.) Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
- De Coverley Veale, D. (1987). Exercise dependence. *British Journal of Addiction*, 82, 735-740.
- Değirmenci, T. (2006). Obez erişkinlerde benlik saygısı, yaşam kalitesi, yeme tutumu, Depresyon ve Anksiyete. (*Uzmanlık Tezi*). Denizli: Pamukkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Demir, B. D. (2006). Liseye devam eden kız öğrencilerin beslenme alışkanlıkları ve beden algısını. (*Yüksek Lisans Tezi*). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi.
- Devrim, A., & Bilgiç, P. (2018). Bigoreksiya: Vücut Dismorfik Bozukluğu Mu, Yeme Bozukluğu Mu? *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 27(1), 64-69.
- Doğru, N., & Peker, R. (2004). Özsayıgı geliştirme programının lise dokuzuncu sınıf öğrencilerinin özsayıgı düzeylerine etkisi. *Eğitim Fakültesi Dergisi*, 17(2), 315-328.
- Donini, L. M., Marsili, D., Graziani, M. P., & Imbriale Canella, C. (2004). Orthorexia Nervosa: A Preliminary Study with a Proposal for Diagnosis and an Attempt to Measure the Dimension on the Phenomenon. *Eating and Weight Disorders*, 9, 151-157.
- Doruk, M. N., & Tetik, O. (2002). *Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Spor Hekimliği Semineri*. Ankara: Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı.
- Dos Santos Filho, C. A., Tirico, P. P., Stefano, S. C., Touyz, S. W., & Claudino, A. M. (2016). Systematic review of the diagnostic category muscle dysmorphia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 50, 322-333.
- Eisen, J. L., Phillips, K. A., Coles, M. E., & Rasmussen, S. A. (2004). Insight in obsessive compulsive disorder and body dysmorphic disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 45, 10-15.
doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2003.09.010>
- Erek, Ş. (2006). Obsesif kompulsif bozukluk ve panik bozukluğu olan hastalarda bipolar bozukluk komorbiditesi ve afektif temperament örneklerinin karşılaştırılması . (*Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi*). İstanbul: Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları, 9. Psikiyatri Birimi.
- Ertaş, H. S. (2006). *Yeme bozuklukları, Anoreksiya Bulimia ve Diğerleri*. İstanbul: Timaş Yayınları.

- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Murphy, R. (2012). Bulimia nervosa. M. Gelder, N. Andreasen, J. Lopez-Ibor, & J. Geddes içinde, *New Oxford Textbook of Psychiatry* (s. 800-811). New York: Oxford.
- Fairburn, C. G., Mphil, D. M., & Cooper, Z. (1999). Risk factors or anorexia nervosa: Three integrated case-control comparison. *Archives of General Psychiatry*, 56(4), 468-476.
- Fang, A., & Hofmann, S. G. (2010). Relationship between social anxiety disorder and body dysmorphic disorder. *Clinical Psychology Review*, 30, 1040-1048. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2010.08.001
- Federasyonu, T. C. (2017). Step-Aerobik 2.Kademe Antrenörlük Kursu Ders Notları. Muğla.
- Finkenber, M. E., & Teper, L. (1991). Self-concept profiles of competitive bodybuilders. *Perceptual and Motor Skills*, 72, 1039-1043.
- Fitness. (2019). Eurostargym: <http://www.eurostargym.com/fitness.php> adresinden alındı
- Fitness. (2019, 04 22). Türkiye Vücut Geliştirme, Fitnessve Bilek Güreşi Sporları Haber Sitesi: <http://tvfgbf.com/category/fitness/> adresinden alındı
- Freud, S. (1913-1958). The disposition to obsessional neurosis. J. Strachey içinde, *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud* (Cilt 12, s. 317-326). London: Hogarth Press.
- Gabbard, G. O. (2005). Psychoactive substance use and eating disorders. G. O. Gabbard içinde, *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice* (s. 255-285). 4. Arlington: American Psychiatric Publishing Inc.
- Grant, J. E., & Phillips, K. A. (2005). Recognizing and treating body dysmorphic. *Annals of Clinical Psychiatry*, 17, 205-210. doi:10.1080/10401230500295313
- Grice, D. E., Halmi, K. A., Fichter, M. M., Strober, M., Woodside, D. B., Treasure, J. T., . . . Berettini, W. H. (2002). Evidence for a Susceptibility Gene for Anorexia Nervosa on Chromosome. 1. *American Journal of Human Genetics*, 70(3), 787-792.
- Gulker, M. G., Laskis, T. A., & Kuba, S. A. (2001). Do excessive exercisers have a higher rate of. *Psychology, Health & Medicine*, 6(4), 387-398.
- Gülerce, A. (1996). *Türkiye’de ailelerin psikolojik örüntüleri*. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları.
- Halmi, K. (2003). Classification, Diagnosis and Comorbidities of Eating Disorders: A Review. M. Maj, K. Halmi, J. J. Lopez-Ibor, & N. Sartorius içinde, *WPA Series Eating Disorders* (Cilt 6, s. 1-33). West Sussex: John Wiley & Sons.
- Haskell, W. L., Lee, I. M., Pate, R. R., Powell, K. E., Blair, S. N., Macera, C. A., . . . Bauman, A. (2007). Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 39(8), 1423-1434. doi:10.1249/mss.0b013e3180616b27
- Hausenblas, H. A., & Downs, D. S. (2002). Exercise dependence: A systematic review. *Psychology of Sport and Exercise*, 3(2), 89-123.
- Herzog, D. B. (1998). Eating Disorders. L. Finberg içinde, *Saunders' manual of pediatric practice* (s. 165-168). Boston: Harvard Medical Center.
- Herzog, D. B., & Eddy, K. T. (2007). Diagnosis, Epidemiology and Clinical Course of Eating Disorders. J. Yager, & P. S. Powers içinde, *Clinical Manual of Eating Disorders* (s. 1-29). Washington DC: American Psychiatric Publishing.

- Hildebrandt, T., Alfano, L., & Langenbucher, J. W. (2010). Body image disturbance in 1000 male appearance and performance enhancing drug users. *Journal of Psychiatric Research*, 44, 841-846.
- Hiranyatheeb, T., Saipanish, R., & Lotrakul, M. (2014). Reliability and validity of the Thai version of Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale – Second Edition in clinical samples. *Dove Press Journal: Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 10, 471-477.
- Hoek, H. W. (2006). Epidemiology of Eating Disorders: Incidence, Prevalence and Mortality Rates. *Current Opinion in Psychiatry*, 19(4), 389-394.
- Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, Jr, H. G., & Kessler, R. C. (2007). The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 61(3), 348-358.
- İnanç, B. Y., Bilgin, M., & Atıcı, M. K. (2004). *Gelişim Psikolojisi Çocuk ve Ergen Gelişimi* (1 b.). Adana: Nobel Kitabevi.
- Insel, T. R. (1990). Phenomology of obsessive compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 51(2), 4-8.
- Jassi, A. D., Patel, N., Lang, K., Heyman, I., & Krebs, G. (2016). Ritualised eating in young people with Obsessive Compulsive Disorder; clinical characteristics and treatment outcomes. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 1-8.
- Jones, J. M., Bennett, S., Olmsted, M. P., Lawson, M. L., & Rodin, G. (2001). Disordered eating attitudes and behaviours in teenaged girls: a school-based study. *Canadian Medical Association Journal*, 165(5), 547-552.
- Kagan, D. M., & Squires, R. L. (1985). Addictive aspects of physical exercise. *Journal of Sports Medicine*, 15, 227-237.
- Kalaycı, Ş. (2010). *Faktör Analizi, SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri*. Ankara: Asil Yayın Yayıncılık.
- Kaplan, H., & Sadock, B. (2004). *Klinik Psikiyatri*. (E. Abay, Çev.) İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.
- Karamustafaloğlu, K. O., & Akpınar, A. (2006). Obsesif Kompulsif Bozukluk. *Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Sciences*, 2(12), 30-44.
- Kartal, R. (2003). 35-46 Yaşları Arasında, Daha Önce Hiç Spor Yapmamış veya En Az 3 Yıldır Spor Yapmayan Erkek Sedanter Büro Elemanlarının Fizyolojik Özellikleri. Muğla.
- Kılıç, C. (1998). *Türkiye Ruh Sağlığı Profili*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı.
- Kim, S. J., & Kim, C. H. (2006). The Genetic Studies of Obsessive-Compulsive Disorder and Its Future Directions. *Yonsei Medical Journal*, 47(4), 443-454.
- Kluck, A. (2010). Family Influence on Disordered Eating: The Role of Body Image Dissatisfaction. *Body Image*, 7(1), 8-14.
- Kolada, J. L., Bland, R. C., & Newman, S. C. (1994). Epidemiology of psychiatric disorders in Edmonton. Obsessive-compulsive disorder. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 376, 24-35.
- Kratina, K. (2006, February 8). *Orthorexia Nervosa*. National Eating Disorders Association: www.NationalEatingDisorders.org adresinden alındı
- Krejci, R. C., Sargent, R., Forand, K. J., Ureda, J. R., Saunders, R. P., & Durstine, J. L. (1992). Psychological and behavioral differences among females classified as bulimic, obligatory exerciser and normal control. *Psychiatry*, 55, 185-193.

- Kuelz, A. K., Hohagen, F., & Voderholzer, U. (2004). Neuropsychological performance in obsessive-compulsive disorder: a critical review. *Biological Psychology*, 65(3), 185-236.
- Kulaksızoğlu, A. (2001). *Ergenlik Psikolojisi* (4 b.). İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Leit, R. A., Gray, J. J., & Pope, H. G. (2002). The media's representation of the ideal male body: a cause for muscle dysmorphia? *International Journal of Eating Disorders*, 31, 334-338.
- Levine, M. P., Smolak, L., & Hayeden, H. (2001). The relation of Nocioculturel factors to eating attitudes and behaviors a mongmiddle school girls. *International Journal of Eating Disorders*, 29(2), 216-223.
- Lochner, C., & Stein, D. J. (2010). Obsessive–compulsive spectrum disorders inobsessive–compulsive disorder and other anxiety disorder. *Psychopathology*, 43, 389-396. doi:10.1159/000321070
- Loth, K., Berg Van Den, P., Eisenberg, M. E., & Neumark-Sztainer, D. (2008). Stressful life events and disordered eating behaviors: Finings from project. *Journal of Adolescent Health*, 12(43), 514-516.
- Manassis, K., & Kalman, E. (1990). Anorexia resulting from fear of vomiting in four adolescent girls. *Canadian Journal of Psychiatry*, 35(6), 548-550.
- Martin, K. A., & Lichtenberger, C. M. (2002). Fitness enhancement and changes in body. T. F. Cash, & T. Pruzinsky içinde, *Body image: a handbook of theory, research, and clinical practice* (s. 414-421). New York: Guilford Press.
- Mataix-Cols, D., Rosario-Campos, M. C., & Leckman, J. F. (2005). A multidimensional model of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 162(2), 228-238.
- Mataix-Cols, D., Nakatani, E., Micali, N., & Heyman, I. (2008). Structure of Obsessive-Compulsive Symptoms in Pediatric OCD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47(7), 773-778.
- Mazure, C. M., Halmi, K. A., Sunday, S. R., Romano, S. J., & Einhorn, A. M. (1994). The Yale-Brown-Cornell Eating Disorder Scale: development, use, reliability and validity. *Journal of Psychiatric Research*, 28(5), 425-445.
- McCreary, D. R., & Sasse, D. K. (2000). An exploration of the drive for muscularity in adolescent boys and girls. *Journal of American College Health*, 48, 297–304.
- Merikangas, K. R. (2009). Epidemiology of Anxiety Disorders. H. I. Kaplan, & B. J. Sadock içinde, *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (s. 1844-1846). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Michaud, P. A., Narring, F., Cauderay, M., & Cavadini, C. (1999). Sports activity, physical activity and fitness of 9- to 19-year-old teenagers in the canton of Vaud (Switzerland). *Schweiz Med Wochenschr*, 129(18), 691-699.
- Mitterschiffthaler, M. T., Ettinger, U., Mehta, M. A., Mataix-Cols, D., & Williams, S. C. (2006). Applications of functional magnetic resonance imaging in psychiatry. *Journal of Magnetic Resonance Imaging*, 23(6), 851-861.
- Morgan, W. P. (1979). Negative addiction in runners. *The Physician and Sportsmedicine*, 7(2), 57-70.
- Morris, M., Steinberg, H., Sykes, E. A., & Salmon, P. (1990). Effects of temporary withdrawal from regular running. *Journal of Psychosomatic Research*, 34(5), 493-500.
- Morrison, T. G., Kalin, R., & Morrison, M. A. (2004). Body image evaluation and body image investment among adolescents: a test of sociocultural and social comparison theories. *Adolescence*, 39(155), 571-587.

- Mosley, F. E. (2009). Bigorexia Bodybuilding and muscle dysmorphia. *Europe Eating Disorders Review*, 17, 191-198.
- Mosley, P. E. (2008, 09 01). *Bigorexia: Bodybuilding and Muscle Dysmorphia*. doi:10.1002/erv.897
- Murray, S. B., & Touyz, S. W. (2013). Muscle Dysmorphia: towards a diagnostic consensus. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 47, 206-207.
- Murray, S. B., Rieger, E., Touyz, S. W., & De la Garza Garcia, Y. (2010). Muscle Dysmorphia and the DSM-V Conundrum: where does it belong? *International Journal of Eating Disorders*, 43, 483-491. doi:10.1002/eat.20828
- Neuwoudt, J. E., Zhou, S., Coutts, R. A., & Booker, R. (2012). Muscle Dysmorphia: current research and potential classification as a disorder. *Psychology of Sport and Exercise*, 13(5), 569-577. doi:10.1016/j.psychsport.2012.03.006
- O'Sullivan, G. A., & Tiggemann, M. (1997). Body dissatisfaction and body image distortion. *Journal of Gender Culture Health*, 2, 321-329.
- Obsession. (2019). Online Etymology Dictionary: <https://www.etymonline.com/search?q=obsession> adresinden alındı
- Oğuz, G. Y. (2005). Bir güzellik miti olarak incelik ve kadınlarla ilgili beden imgesinin televizyonda sunumu. *Selçuk İletişim Dergisi*, 4(1), 31-37.
- Olivardia, R. (2002). Body image and muscularity. T. F. Cash, & T. Pruzinsky içinde, *Body image: a handbook of theory, research, and clinical practice*. (s. 210-218). New York: Guilford Press.
- Olivardia, R., Pope Jr., H., Borowicki III, J., & Cohane, G. (2004). Biceps and Body Image: The Relationship Between Muscularity and Self-Esteem, Depression, and Eating Disorder Symptoms. *Psychology of Men & Masculinity*, 5(2), 112-120.
- Örsel, S., Canpolat, B., Akdemir, A., & Özbay, H. (2004). Diyet yapan ve yapmayan ergenlerin kendilik algısı, beden imajı ve beden kitle indeksi açısından karşılaştırılması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 15(1), 5-15.
- Özdağ, S., Kürkcü, R., Kartal, R., & Aytekin, U. (2005). *Engellilerde Beden Eğitimi ve Spor*. Muğla: Saray Kağıtçılık ve Matbaacılık.
- Özgür, G., Gümüş, A., & Palaz, C. (2008). Obez bireylerin depresif belirti düzeylerinin ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11(3), 77-85.
- Özkatar Kaya, E., Sarıtaş, N., Yıldız, K., & Kaya, M. (2018). Sedanter Olan ve Olmayan Bireylerin Fiziksel Aktivite ve Yaşam Tatmin Düzeyleri Üzerine Araştırma. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 5(3), 89-94.
- Öztürk, F., Koparan, Ş., Haşıl, N., Efe, M., & Özkaya, G. (2004). Antrenör ve Hakemlerin Empati Durumlarının Araştırılması. *Spormetre Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*, 2(1), 19-25.
- Öztürk, M. O., & Uluşahin, A. (2016). Ruhsal Etkenlere Bağlı Fizyolojik İşlev Bozuklukları. M. O. Öztürk, & A. Uluşahin içinde, *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları* (s. 465-475). Ankara: Miki Matbaacılık San. ve Tic. Şti.
- Öztürk, M. O., & Uluşahin, A. (2016). Saplantı-Zorlantı Bozukluğu (Obsesif-Kompulsif Bozukluk) ve ilişkili Bozukluklar. M. O. Öztürk, & A. Uluşahin içinde, *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları* (s. 335-363). Ankara: Miki Matbaacılık San. ve Tic. Şti.

- Phillips, K. A., Gunderson, C. G., Mallya, G., McElroy, S. L., & Carter, W. (1998). A comparison study of body dysmorphic disorder and obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, *59*, 568-575. doi:http://dx.doi.org/10.4088/JCP.v59n1102
- Phillips, K. A., McElroy, S. L., Keck, P. E., Hudson, J. L., & Pope, H. G. (1994). A comparison of delusional and nondelusional body dysmorphic disorder in 100 cases. *Psychopharmacology Bulletin*, *30*(2), 179-186.
- Phillips, K. A., Pinto, A., Menard, W., Eisen, J. L., Mancebo, M., & Rasmussen, S. A. (2007). Obsessive-compulsive disorder versus body dysmorphic disorder: A comparison study of two possibly related disorders. *Depression and Anxiety*, *24*, 399-409. doi:http://dx.doi.org/10.1002/da.20232
- Pickett, T. C., Lewis, R. J., & Cash, T. F. (2005). Men, muscles, and body image: comparisons of competitive bodybuilders, weight trainers, and athletically active controls. *British Journal of Sports Medicine*, *39*, 217-222. doi:10.1136/bjsm.2004.012013
- Plante, T. G., & Rodin, J. (1990). Physical fitness and enhanced psychological health. *Current Psychology Research and Review*, *9*, 3-24.
- Polivy, C., & Herman, C. P. (2002). Causes of Eating Disorders. *Annual Review of Psychology*, *53*, 187-213.
- Pollack, L. O., & Forbush, K. T. (2013). Why do eating disorders and obsessive-compulsive disorder co-occur? *Eating Behaviors*, *14*, 211-215.
- Pope, H. G., Gruber, A. J., Choi, P., Olivard, R., & Phillips, K. A. (1997). Muscle dysmorphia. An underrecognised form of body dysmorphic disorder. *Psychosomatics*, *38*, 548-557.
- Pope, H. G., Gruber, A. J., Mangweth, B., Bureau, B., deCol, C., Jouvent, R., & Hudson, J. I. (2000). Body image perception among men in three countries. *American Journal of Psychiatry*, *157*, 1297-1301.
- Pope, H. G., Katz, D. L., & Hudson, J. I. (1993). Anorexia nervosa and "reverse anorexia" among 108 male body builders. *Comprehensive Psychiatry*, *34*, 406-409.
- Pope, H. G., Olivardia, R., Gruber, A., & Borowiecki, J. (1999). Evolving ideals of male body image as seen through action toys. *International Journal of Eating Disorders*, *26*, 65-72.
- Pope, H. G., Phillips, K. A., & Olivardia, R. (2000). *The Adonis complex*. New York: Free Press.
- Power, Y., Power, L., & Canadas, M. (2008). Low socioeconomic status predicts abnormal eating attitudes in Latin American female adolescents. *Eating Disorders*, *16*(2), 136-145.
- Rasmussen, S. A., & Eisen, J. L. (1990). Epidemiology of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, *51*, 10-13.
- Rasmussen, S. A., & Eisen, J. L. (1992). The epidemiology and clinical features of obsessive compulsive disorder, in Obsessive-Compulsive Disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, *15*, 743-758.
- Rastam, M., & Gillber, C. (1991). The family background in anorexia nervosa: a population-based study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *30*(2), 283-289.
- Ratamess, N. (2012). *ACSM's Foundations of Strength Training and Conditioning*. New Jersey: Lippincott/Williams & Wilkins.
- Ressler, A. (1998). "A body to die for": eating disorders and body-image distortion in women. *International Journal of Fertil Womens Medicine*, *43*, 133-138.
- Rikani, A. A., Choudhry, Z., Choudhry, A. M., Ikram, H., Asghar, M. W., Kajal, D., . . . Mobassarah, N. J. (2013). A critique of the literature on etiology of eating disorders. *Ann Neurosci*, *20*(4), 157-161.

- Rowe, D. C., Guttman, A., Maguire, J. A., & Thompson, W. N. (2019, 02 08). *Sports*. 04 24, 2019 tarihinde Encyclopedia Britannica: <https://www.britannica.com/sports/sports> adresinden alındı
- Sakallı , A. K. (2014). Obsesif kompulsif bozukluk tanısı alan hastaların afektif mizaç, kronobiyojoloji ve dürtüsellik açısından incelenmesi. (*Tıpta Uzmanlık Tezi*), 1-26. İstanbul: İstanbul Üniversitesi.
- Samuels, J., Nestadt, G., Bienvenu, O. J., Costa, P. T., Riddle, M. A., Liang, K. Y., . . . Cullen, B. A. (2000). Personality disorders and normal personality dimensions in obsessive-compulsive disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 177, 457-462.
- Schwartz, M. B., & Brownell, K. D. (2004). Obesity and body image. *Body Image*, 1(1), 43-56.
- Schwerin, M. J., Corcoran, K. J., Fisher, L., Patterson, D., Askew, W., Olrich, T., & Shanks, S. (1996). Social physique anxiety, body esteem, and social anxiety in bodybuilders and self-reported anabolic steroid users. *Addictive Behaviors*, 21, 1-8.
- Semiz, M., Kavakcı, Ö., Yağız, A., Yontar, G., & Kugu, N. (2013). Sivas İl Merkezinde Yeme Bozukluklarının Yaygınlığı ve Eşlik Eden Psikiyatrik Tanılar. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 24(3), 149-157.
- Smink, F. R., van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2013). Epidemiology, course, and outcome of eating disorders. *Curr Opin Psychiatry*, 26(6), 543-548. doi: 10.1097/YCO.0b013e328365a24f
- Sreshta, N., Pope , H. J., Hudson, J. I., & Kanamaya, G. (2017). *Muscle Dismorphic Disorder: Advances in Research and Clinical Practice*. (K. A. Phillips, Dü.) New York: Oxford University Press.
- Stainhausen, H. C. (2004). Anorexia and Bulimia Nervosa. M. Rutter, & E. Taylor içinde, *Child and Adolescent Psychiatry* (4 b., s. 555-570). Wiley-Blackwell .
- Stein, D. J., & Lochner, C. (2006). Obsessive compulsive spectrum disorders: a multidimensional approach. *Psychiatric Clinic of North America*, 29, 343-351.
- Steketee, G. (1993). *Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder*. New York: Guilford Press.
- Stice, E. (2002). Risk and Maintenance Factors for Eating Pathology: A Meta-Analytic Review. *Psychological Bulletin*, 128(5), 825-848.
- Stoll, A. L., Tohen, M., & Baldessarini, R. J. (1992). Increasing frequency of the diagnosis of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 149, 638-640.
- Strober, M., Freeman, R., Lampert, C., Diamond, J., & Kaye, W. (2000). Controlled Family Study of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa: Evidence of Shared Liability and Transmission of Partial Syndromes. *American Journal of Psychiatry*, 157(3), 393-401.
- Şanlıer, N., Yabancı, N., & Alyakut, Ö. (2008). An Evaluation of Eating Disorders Among a Group of Turkish University Students. *Appetite*, 51, 641-645.
- Talwar, P. (2011, 11 01). Factorial Analysis of The Eating Attitude Test (EAT-40) among a group of Malaysian University Students. *Original Paper*. Malaysia: Malaysian Journal of Psychiatry.
- Tam, C., Cherry , F. N., & Chak, M. Y. (2007). Disordered eating attitudes and behaviors among adolescent in Hong Kong: prevalence and correlates. *Journal of Pediatrics Child Health*, 47, 811-817.
- Taştan, M. F. (2015). Obsesif kompulsif bozukluk hastalarında peroksiredoksin-1 ve ürotensin-2 düzeylerinin incelenmesi. (*Tıpta Uzmanlık Tezi*), 1-29. Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi.
- Tatar, G. (2001). Çalışan ve Çalışmayan Kadınların Spor Yapma Durumları. (*Yüksek Lisans Tezi*). Mersin, Türkiye: T.C Mersin Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü.

- Tatlı , M. (2012). Obsesif kompulsif bozukluk tanısı almış kişilerde çocukluk çağı travmatik yaşantılarının, bu bozukluğun gelişimi ve belirti şiddetiyle ilişkisi. (*Sağlık Bakanlığı Tıpta Uzmanlık Tezi*), 4-31.
- Toker, D. E., & Hocaoglu, Ç. (2009). Yeme Bozuklukları ve Aile Yapısı: *Düşünen Adam*, 22(1-4), 36-42.
- Trangkasombat, U. (2006).). Family Functioning in the Families of Psychiatric Patients: A Comparison with Nonclinical Families. *Journal of Medical Association of Thailand*, 89(11), 1946-1953.
- Turan, Z. (2006). *Modern Fitness*. İstanbul: İlpress Basın ve Yayın.
- Tükel, R., Demet, M. M., & Topçuoğlu, V. (2006). Obsesif kompulsif bozukluğun fenomenolojisi. R. Tükel, & T. Alkın içinde, *Anksiyete Bozuklukları* (s. 284-290). Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları.
- Uğurlu, N., & Akin, H. (2008).). Muğla Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin beden benlik algısı ve psikolojik sıkıntı belirtileri ile ilişkisi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11(4), 38-47.
- Ünlü, G., Aras, Ş., Güvenir, T., Büyükgebiz , B., & Bekem, Ö. (2006). Yeme reddi olan çocukların annelerinde kişilik bozuklukları, depresyon ve anksiyete belirtileri ve aile işlevleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17(1), 12-21.
- Vançelik, S., Önal, S., Güraksın, A., & Beyhu, E. (2007). Üniversites öğrencilerinin beslenme, bilgi ve alışkanlıkları ile ilişkili faktörler. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6(4), 242-248.
- Vardar, E. (2012). Egzersiz Bağımlılığı. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 21(3), 163-173.
- Vardar, E., & Erzengin, M. (2011). Ergenlerde yeme bozukluklarının yaygınlığı ve psikiyatrik eş tanıları: İki aşamalı toplum merkezli bir çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22, 205-212.
- Veale , D. (2004). Psychopathology of obsessive compulsive disorder. *Psychiatry*, 3, 65-68.
- Veale, D., Costa, A., Murphy, P., & Ellison, N. (2011). Abnormal eating behaviour in people with a specific phobia of vomiting (Emetophobia). *European Eating Disorders Review*, 20(5), 414-418.
- Watkins, J. A., Christie, C., & Chally, P. (2008). Relationship Between Body Image and Body Mass Index in College Men. *Journal of American College Health*, 57(1), 95-100.
- Williams, P. A., & Cash, T. F. (2001). Effects of a circuit weight training program on the body images of college students. *International Journal of Eating Disorders*, 30, 75-82.
- Williamson, D. A., Stewart, T. M., White, M. A., & York-Crowe, E. (2002). An Information-Processing Perspective on Body Image. T. F. Cash, & T. Proinsy içinde, *Body Image: A Handbook of Theory, Research and Clinical Practice* (s. 47-54). New York: Guilford Press.
- Wrann, C. D., White, J. P., Salogiannis, J., Wu, J., Ma, D., Lin, J. D., . . . Spiegelman, B. M. (2013, 11 5). Exercise Induces Hippocampal BDNF through a PGC-1α/FNDC5 Pathway. *Cell Metabolism*, 18(5), 649-659.
- Yates, A., Shisslak, C. M., Allender, J., Crago, M., & Leehey, K. (1992). Comparing obligatory to non-obligatory runners. *Psychosomatics*, 33, 180-189.
- Yeşilbursa, D. (1990). Lise öğrencilerinde anoreksiya nervoza-bulimiya sıklığı ve beden imgesi değerlendirilmesi . (*Uzmanlık Tezi*). İstanbul: Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi.
- Yıldırım, A. (2016). Pareidolia: Obsesif kompulsif yatkınlığı olan bireylerle otistik yatkınlığı olan bireylerin karşılaştırılması. (*Yüksek Lisans Tezi*), 17-19. İstanbul: İstanbul Üniversitesi.
- Yıldırım, S. (1998). Aerobik Dans Egzersizleri. (*Ders Notları*). Muğla: Muğla Üniversitesi.

- Yılmaz, B. (2018). Obsesif Kompulsif Bozukluk Tedavisinde Güncel Yaklaşımlar. *Lectio Scientific Journal of Health and Natural Sciences*, 1, 21-42.
- Yılmaz, M. A. (2016). Öğretmen çocuklarının mükemmeliyetçilik düzeyleri ile obsesif kompulsif belirtileri arasındaki ilişkinin incelenmesi. (*Yüksek Lisans Tezi*), 23-31. İstanbul: Haliç Üniversitesi.
- Yörükoğlu, A. (1985). *Gençlik Çağı*. Ankara: Tisa Matbaası.
- Yücel, B. (2009). Estetik Bir Kaygıdan Hastalığa Uzanan Yol. *Klinik Gelişim*, 22(4), 39-44. Klinik Gelişim. adresinden alındı
- Zimmer, R. (1998). *Handbuch der Bewegungserziehung*. Freiburg: Herder.



EKLER

EK 1: BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Bu çalışma Okan Üniversitesi Klinik Psikoloji Tez Dönemi öğrencilerinden Psikolog Burak Öztürk tarafından, Dr. Öğretim Üyesi Özlem Mestçioğlu'nun tez danışmanlığında yürütülen yüksek lisans tez araştırmasıdır.

Bu araştırma Fitness ve takıntılar ile ilgili bir çalışmadır. Çalışmanın amacı fitness'ın takıntılar üzerindeki etkilerini öğrenmektir. Çalışmaya katılım gönüllü olarak yapılmaktadır. Size verilecek ankette bireysel olarak kimlik belirleyici hiçbir soru bulunmamaktadır. Bu anketten elde edilen cevaplar tamamıyla gizli tutulacak ve sadece tez çalışmasında kullanılacaktır.

Çalışmaya verdiğiniz destek için şimdiden teşekkürler.

EK 2: DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

DEMOGRAFİK BİLGİLER

Yaş : A) 15-20 B) 20-25 C) 25-30 D)30 ve üzeri

Cinsiyet : A) Kadın B) Erkek C) Diğer

GENEL BİLGİLER

Haftada kaç gün spora gidersiniz?

1. Hiç
2. 1-3 gün
3. 1-4 gün
4. 5 ve daha fazla

Spor salonunda ortalama kaç saat zaman geçirirsiniz?

1. 30 dk
2. 1 kez
3. 1,5 ne zaman
4. 2 ve daha fazla

Antrenmanlarınızı aksattığınız zaman nasıl hissedersiniz?

1. Hiçbir şey
2. Tedirgin
3. Huzursuz
4. Korkunç

Aşağıdakilerden hangisi spora başlama nedenleriniz arasında birinci sırada yer almaktadır?

1. Çevre baskısı
2. Kilo vermek
3. Kaslı bir vücuda sahip olmak
4. Çevreden takdir görmek
5. Bilinçli fiziksel aktivite yapmayı öğrenmek
6. Sağlıklı bir yaşam sürme

Aşağıdakilerden hangisi spora başlama nedenleriniz arasında sonuncu sırada yer almaktadır?

1. Çevre baskısı
2. Kilo vermek
3. Kaslı bir vücuda sahip olmak
4. Çevreden takdir görmek
5. Bilinçli fiziksel aktivite yapmayı öğrenmek
6. Sağlıklı bir yaşam sürmek

*Uzun süredir spor yapmakta olan (2 sene ve üzeri) kişiler için:

Yukarıdaki sorulara verdiğiniz cevaplardan zaman içerisinde değişen oldu ise lütfen belirtiniz.

İlk sırada yer alan neden (...) iken (... veya ...) oldu.

Son sırada yer alan neden (...) iken (... veya ...) oldu.



EK 3: VÜCUT AGLISI ÖLÇEĞİ

Bu ölçek kişilerin bedenlerindeki çeşitli kısımlardan ve çeşitli beden işlevlerinden ne kadar hoşnut olduklarını ölçmeyi amaçlamaktadır.

Herhangi bir vücut özelliğinizi genel olarak beğenip beğenmediğinize göre duygularınızı değerlendiriniz. Aşağıdaki sorularda bir vücut özelliğiniz hakkındaki duygularınızı en iyi anlatan ifadenin altına (x) işareti koyunuz.

	Hiç Beğenmiyorum	Pek Beğenmiyorum	Kararsızım	Oldukça Beğeniyorum	Çok Beğeniyorum
Saçlarım					
Yüzümün rengi					
İştahım					
Ellerim					
Vücudumdaki kıl dağılımı					
Burnum					
Fiziksel gücüm					
İdrar – dışkı düzenim					
Kas kuvvetim					
Belim					
Enerji düzeyim					
Sırtım					
Kulaklarım					
Yaşım					
Çenem					
Vücut yapım					
Profilim					
Boyum					
Duyularımın keskinliği					
Ağrıya dayanıklılığım					

Omuzlarımın genişliği					
Kollarım					
Göğüslerim					
Gözlerimin şekli					
Sindirim sistemim					
Kalçalarım					
Bacaklarım					
Dişlerimin şekli					
Cinsel gücüm					
Ayaklarım					
Uyku düzenim					
Sesim					
Sağlığım					
Cinsel faaliyetlerim					
Dizlerim					
Vücudumun duruş şekli					
Yüzümün şekli					
Kilom					
Cinsel organlarım					
Hastalığa direncim					

EK 4: YEME TUTUMU TESTİ

Araştırmaya katıldıktan sonra, anketin herhangi bir zamanında kendinizi kötü hissetmeniz durumunda anketi cevaplamayı bırakmakta tamamen özgürsünüz. Araştırmada gizliliği korumak adına, size verilen bu form üzerine adınız başta olmak üzere hiçbir kişisel bilginizi yazmayınız. Bu anket sizin yeme alışkanlıklarınızla ilgilidir. Lütfen her bir soruyu dikkatlice okuyunuz ve size uygun gelen kutunun içine **X** işareti koyunuz. Örneğin “Çikolata yemek hoşuma gider” cümlesini okudunuz. Çikolata yemek hiç hoşunuza gitmiyorsa, “Hiçbir zaman” seçeneğine karşı gelen “f” kutucuğunu **X** ile işaretleyiniz; her zaman hoşunuza gidiyorsa “Daima” seçeneğine karşı gelen “a” kutucuğunu **X** ile işaretleyiniz

- a: Daima d: Bazen
b: Çok sık e: Nadiren
c: Sık sık f: Hiçbir zaman

	a	b	c	d	e	f
1. Başkaları ile birlikte yemek yemekten hoşlanırım.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Başkaları için yemek pişiririm, fakat pişirdiğim yemeği yemem.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. Yemekten önce sıkıntılı olurum.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Şişmanlamaktan ödüm kopar.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. Acıktığımda yemek yememeğe çalışırım.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. Aklım fikrim yemektedir.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. Yemek yemeyi durduramadığım zamanlar olur.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. Yiyeceğimi küçük küçük parçalara bölerim.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. Yediğim yiyeceğin kalorisini bilirim.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. Ekmek, patates, pirinç gibi yüksek kalorili yiyeceklerden kaçınırım.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11. Yemeklerden sonra şişkinlik hissederim.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12. Ailem fazla yememi bekler.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13. Yemek yedikten sona kusarım.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
14. Yemek yedikten sonra aşırı suçluluk duyarım.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
15. Tek düşüncem daha zayıf olmaktır.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
16. Aldığım kalorileri yakmak için yorulana dek egzersiz yaparım.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
17. Günde birkaç kere tartılırım.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
18. Vücudumu saran dar elbiselerden hoşlanırım.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
19. Et yemekten hoşlanırım.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
20. Sabahları erken uyanırım	☐	☐	☐	☐	☐	☐

	a	b	c	d	e	f
21. Günlerce aynı yemeği yerim.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
22. Egzersiz yaptığımda harcadığım kalorileri hesaplarım.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
23. Adetlerim düzenlidir.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
24. Başkaları çok zayıf olduğumu düşünür.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
25. Şişmanlama (vücudumun yağ toplayacağı) düşüncesi zihnimi meşgul eder.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
26. Yemeklerimi yemek başkalarınınkinden daha uzun sürer.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
27. Lokantada yemek yemeyi severim.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
28. Müshil kullanırım.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
29. Şekerli yiyeceklerden kaçınırım.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
30. Diyet (perhiz) yemekleri yerim.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
31. Yaşamımı yiyeceğin kontrol ettiğini düşünürüm.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
32. Yiyecek konusunda kendimi denetleyebilirim.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
33. Yemek konusunda başkalarının bana baskı yaptığını hissedirim.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
34. Yiyeceklerle ilgili düşünceler çok zamanımı alır.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
35. Kabızlıktan yakınırım.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
36. Tatlı yedikten sonra rahatsız olurum.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
37. Perhiz yaparım.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
38. Midemin boş olmasından hoşlanırım.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
39. Şekerli yağlı yiyecekleri denemekten hoşlanırım.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
40. Yemeklerden sonra içimden kusmak gelir.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

EK 5: YALE- BROWN OBSESYON KOMPULSİYON ÖLÇEĞİ VE SEMPTOM LİSTESİ (Y-BOCS)

. Bu değerlendirme ölçeği obsesif-kompulsif hastalarda görülen belirtilerin tipi ve ciddiyetini belirlemek amacıyla düzenlenmiştir.

“Takıntılar” (obsesyonlar) sürekli olarak aklınıza gelen hoş olmayan fikir, düşünce ve görüntülerdir. İstemediğiniz halde aklınıza gelirler. Size çirkin ve anlamsız gelen bu düşünceler kişiliğinize uymazlar. Çoğu zaman da size sıkıntı verirler.

“Tekrarlayıcı hareketler” (kompulsiyonlar) anlamsız ve gereksiz bulmanıza rağmen yaptığınız hareket ve davranışlardır. Zaman zaman bunları yapmamak için direnirsiniz, ama bu çok güç olabilir. Bu hareketi yapıp bitiremezseniz sıkıntı duyarsınız.

19. soru yanıtsız bırakılacak, anketi uygulayan kişi tarafından doldurulacaktır.

		Puan
1. OBSESİF DÜŞÜNCELERLE GEÇEN ZAMAN	(0-4)	
2. OBSESİF DÜŞÜNCELERİN YAŞAMI ETKİLEMESİ	(0-4)	
3. OBSESİF DÜŞÜNCELERLE BİRLİKTE OLAN RAHATSIZLIK HİSSİ	(0-4)	
4. OBSESİF DÜŞÜNCELERE DİRENÇ GÖSTERME	(0-4)	
5. OBSESİF DÜŞÜNCELER ÜZERİNDEKİ KONTROLUN DERECEİ	(0-4)	
6. KOMPULSİF DAVRANIŞLAR İÇİN HARCANAN SÜRE	(0-4)	
7. KOMPULSİF DAVRANIŞLARIN YAŞAMI ETKİLEMESİ	(0-4)	
8. KOMPULSİF DAVRANIŞLA BİRLİKTE OLAN RAHATSIZLIK HİSSİ	(0-4)	
9. KOMPULSİF HAREKETLERE DİRENÇ GÖSTERME	(0-4)	
10. KOMPULSİF DAVRANIŞLAR ÜZERİNDEKİ KONTROLUN DERECEİ	(0-4)	
11. HASTANIN OBSESYON VE KOMPULSİYONLARINA BAKIŞ AÇISI	(0-4)	
12. KAÇINMA	(0-4)	
13. KARARSIZLIĞIN DERECEİ	(0-4)	
14. AŞIRI SORUMLULUK DUYMA	(0-4)	
15. HAREKETLERDE BELİRGİN AZALMA VE RAHATSIZLIK HİSSİ	(0-4)	
16. PATALOJİK KUŞKU	(0-4)	
17. GENEL ŞİDDET	(0-6)	
18. GENEL DÜZELME	(0-6)	
19. GÜVENİLİRLİK	(0-3)	
TOPLAM PUAN		

EK 6: ETİK KURUL ONAY SAYFASI

OKAN ÜNİVERSİTESİ Etik Kurul Kararı

Toplantı Tarihi: 13.02.2019

Toplantı Sayısı: 103

Toplantıya Katılanlar:

Prof. Dr. Mithat Kıyak	(Başkan)
Prof. Dr. Mazhar Semih Baskan	(Üye)
Prof. Dr. Dilek Öztürk	(Üye)
Prof. Dr. Dilek Şirvanlı Özen	(Üye)
Prof. Dr. Ali Tayfun Atay	(Üye)
Doç.Dr. Kerime Derya Beydağ	(Üye)
Dr. Öğr. Üyesi. Nermin Bölükbaşı	(Üye)
Dr. Öğr. Üyesi Erdinç Ünal	(Üye)
Dr. Öğr. Üyesi Nihat Özeydin	(Üye)

Okan Üniversitesi Etik Kurulu 13.02.2019 tarihinde Prof. Dr. Mithat Kıyak Başkanlığında toplandı.

Yapılan görüşmeler sonucunda;

Karar 2. Üniversitemiz Sosyal Bilimler Enstitüsü-Psikoloji bölümünden **Burak ÖZTÜRK**'ün "**Kişilerin Vücut Algısı, Yeme Tutumu ve Obsesyonlarının Fitness ile İlişkisi**" başlıklı çalışması için başvuru talebi uygun görülüp oy birliği ile onaylanmıştır.



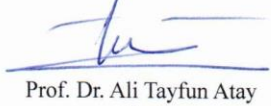
Prof. Dr. Mithat Kıyak
(Başkan)



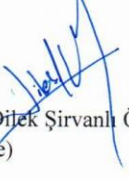
Prof. Dr. Mazhar Semih Baskan
(Üye)



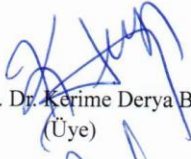
Prof. Dr. Dilek Öztürk
(Üye)



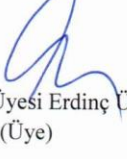
Prof. Dr. Ali Tayfun Atay
(Üye)



Prof. Dr. Dilek Şirvanlı Özen
(Üye)



Doç. Dr. Kerime Derya Beydağ
(Üye)



Dr. Öğr. Üyesi Erdinç Ünal
(Üye)



Dr. Öğr. Üyesi Nermin Bölükbaşı
(Üye)



Dr. Öğr. Üyesi Nihat Özeydin
(Üye)