



**T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
ANTRENÖRLÜK EĞİTİMİ ANA BİLİM DALI**

**SPORLA UĞRAŞAN BİREYLERİN EGZERSİZ
BAĞIMLILIKLARI İLE ORTOREKSİYA NERVOZA
BELİRTİLERİNİN İNCELENMESİ**

Yüksek Lisans Tezi

Mustafa TURHAN

Danışman
Doç Dr. Egemen ERMİŞ

SAMSUN
2022

**T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
ANTRENÖRLÜK EĞİTİMİ ANA BİLİM DALI**



**SPORLA UĞRAŞAN BİREYLERİN EGZERSİZ
BAĞIMLILIKLARI İLE ORTOREKSİYA NERVOZA
BELİRTİLERİNİN İNCELENMESİ**

Yüksek Lisans Tezi

Mustafa TURHAN

Danışman

Doç. Dr. Egemen ERMİŞ

SAMSUN
2022

TEZ KABUL VE ONAYI

Mustafa TURHAN tarafından, Doç. Dr. Egemen ERMİŞ danışmanlığında hazırlanan “SPORLA UĞRAŞAN BİREYLERİN EGZERSİZ BAĞIMLILIKLARI İLE ORTOREKSİYA NERVOZA ARASINDAKİ BELİRTİLERİN İNCENLENMESİ” başlıklı bu çalışma, jürimiz tarafından 31.8.2022 tarihinde yapılan sınav sonucunda oy birliği ile başarılı bulunarak Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

	Unvanı Adı Soyadı Üniversitesi Ana Bilim/Ana Sanat Dalı	İmza	Sonuç
Başkan	Prof. Dr. Necati Alp Erilli Sivas Cumhuriyet Üniversitesi İstatistik Anabilim Dalı		<input checked="" type="checkbox"/> Kabul <input type="checkbox"/> Ret
Üye (Danışman)	Doç. Dr. Egemen ERMİŞ Ondokuz Mayıs Üniversitesi Antrenörlük Eğitimi Anabilim Dalı		<input checked="" type="checkbox"/> Kabul <input type="checkbox"/> Ret
Üye	Dr. Öğrt. Üyesi Şaban ÜNVER Ondokuz Mayıs Üniversitesi Antrenörlük Eğitimi Anabilim Dalı		<input checked="" type="checkbox"/> Kabul <input type="checkbox"/> Ret

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen ve yukarıda adları yazılı jüri üyeleri tarafından uygun görülmüştür.

ONAY

... / ... / ...

Prof. Dr. Ali BOLAT
Enstitü Müdürü

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK BEYANI

Hazırladığım Yüksek Lisans tezinin bütün aşamalarında bilimsel etiğe ve akademik kurallara riayet ettiğimi, çalışmada doğrudan veya dolaylı olarak kullandığım her alıntıya kaynak gösterdiğimi ve yararlandığım eserlerin Kaynaklar'da gösterilenlerden oluştuğunu, her unsurun enstitü yazım kılavuzuna uygun yazıldığını ve TÜBİTAK Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu Yönetmeliği'nin 3. bölüm 9. maddesinde belirtilen durumlara aykırı davranılmadığını taahhüt ve beyan ederim.

İmza
21/06/2022
Mustafa TURHAN

TEZ ÇALIŞMASI ÖZGÜNLÜK RAPORU BEYANI

Tez Başlığı: SPORLA UĞRAŞAN BİREYLERİN EGZERSİZ BAĞIMLILIKLARI İLE ORTOREKSİYA NERVOZA ARASINDAKİ BELİRTİLERİN İNCELENMESİ

Yukarıda başlığı belirtilen tez çalışması için şahsım tarafından 21/06/2022 tarihinde intihal tespit programından alınmış olan özgünlük raporu sonucunda;

Benzerlik oranı : % 7

Tek kaynak oranı : % 1 çıkmıştır.

İmza
21 /06/ 2022
Doç. Dr. Egemen ERMIŞ

ÖZET

SPORLA UĞRAŞAN BİREYLERİN EGZERSİZ BAĞIMLILIKLARI İLE ORTOREKSİYA NERVOZA BELİRTİLERİNİN İNCELENMESİ

Mustafa TURHAN

Ondokuz Mayıs Üniversitesi

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Antrenörlük Eğitimi Ana Bilim Dalı

Yüksek Lisans, Temmuz /2022

Danışman: Doç. Dr. Egemen ERMİŞ

Bu araştırmada, düzenli spor yapan bireylerin egzersiz bağımlılık düzeyleri ile ortoreksiya nervoza belirtilerinin çeşitli değişkenler açısından incelenmesi amaçlanmıştır.

Araştırmaya, Samsun ilinde bulunan düzenli egzersiz yapan 16-50 yaş aralığındaki toplam 350 birey katılmıştır. Çalışmada veri toplama aracı olarak tarafımızca geliştirilen “Kişisel Bilgi Formu”, üyelerin egzersiz bağımlılık düzeylerinin belirlenmesi için Demir, (2018) tarafından geliştirilen “Egzersiz Bağımlılığı Ölçeği” ve üyelerde Ortoreksiya Nervoza yaygınlığını incelemek için Arusoğlu vd., (2008) tarafından geliştirilen “ORTO-11 Ölçeği” kullanılmıştır.

Yaş gruplarına göre katılımcıların 26-29 yaş aralığında olanlar, 18-22 yaş ile 30 yaş üzeri olan bireylere göre aşırı odaklanma ve egzersiz bağımlılığı açısından daha yüksek puana sahiptir ($p<0,05$). Cinsiyet değişkenine göre katılımcıların Bireysel Sosyal İhtiyaçların Ertelenmesi ve Çatışma, Tolerans Gelişimi ve Tutku ve Egzersiz Bağımlılığı Ölçeği toplam puanında erkeklerin kadınlardan daha yüksek puana sahip oldukları görülmektedir. ($p<0,05$). Medeni durumuna göre katılımcıların Aşırı Odaklanma ve Duygu Değişim, Bireysel Sosyal İhtiyaçların Ertelenmesi ve Çatışma, Tolerans Gelişimi ve Tutku ve Egzersiz Bağımlılığı Ölçeği toplam puanlarında bekâr olan bireyler evli olan bireylerden istatistiki olarak yüksek puana sahip oldukları görülmüştür. ($p<0,05$). Sakatlık geçirme durumuna göre katılımcıların Aşırı Odaklanma ve Duygu Değişim, Bireysel Sosyal İhtiyaçların Ertelenmesi ve Çatışma, Tolerans Gelişim ve Tutku ve Egzersiz Bağımlılığı Ölçeği toplam puanlarında sakatlık geçiren bireylerin daha yüksek puana sahip oldukları görülmüştür ($p<0,05$). Katılımcıların fiziksel görünümünden memnun olma durumuna göre ORTO-11 puanında fiziksel görünümünden memnun olmayan bireylerin puanının yüksek olduğu görülmüştür. ($p<0,05$). Katılımcıların eğitim durumuna göre Aşırı Odaklanma ve Duygu Değişim ve Egzersiz Bağımlılığı Ölçeği toplam puanlarında lisans mezunu bireyler ön lisans ve ortaöğretim mezunu bireylerden daha yüksek puana sahip oldukları görülmüştür. ($p<0,05$). Ortoreksiya Nervoza ile Egzersiz bağımlılığı arasında negatif yönde ilişki vardır ($p<0,05$).

Sporla uğraşan bireylerin ortoreksiya nervoza belirtileri düşük egzersiz bağımlılığı düzeyleri ise yüksek seviyede bulunmuştur.

Anahtar Sözcükler: Egzersiz Bağımlılığı, Ortoreksiya Nervoza, Sağlıklı Beslenme

ABSTRACT

EXAMINATION OF EXERCISE DEPENDENCES AND SYMPTOMS OF ORTHOREXIA NERVOSA IN SPORTS INDIVIDUALS

Mustafa TURHAN

Ondokuz Mayıs University

Institute of Graduate Studies

Department of Coaching Education

Master, July /2022

Supervisor: Associate Prof. Egemen ERMIŞ

In this study, it was aimed to examine the exercise addiction levels and orthorexia nervosa symptoms of individuals who regularly do sports in terms of various variables.

A total of 350 individuals between the ages of 16-50, who exercise regularly in Samsun, participated in the research. "Personal Information Form" developed by us as data collection tool in the study, "Exercise Addiction Scale" developed by Demir (2018) to determine the exercise addiction levels of members, and "ORTO-11 Scale" was used.

According to age groups, participants aged 26-29 have higher scores in terms of excessive focus and exercise addiction than individuals aged 18-22 and over 30 years old ($p<0.05$). According to the gender variable, it is seen that men have higher scores than women in the total score of the Individual Social Needs Postponement and Conflict, Development of Tolerance and Passion and Exercise Addiction Scale. ($p<0.05$). According to marital status, it was seen that single individuals had statistically higher scores than married individuals in the total scores of Excessive Focus and Emotion Change, Postponing Individual Social Needs and Conflict, Tolerance Development and Passion and Exercise Addiction Scale. ($p<0.05$). According to the disability status, it was observed that individuals with disability had higher scores in the total scores of Excessive Focus and Emotion Change, Postponing Individual Social Needs and Conflict, Tolerance, Development and Passion, and Exercise Addiction Scale ($p<0.05$). According to the participants' satisfaction with their physical appearance, it was observed that the individuals who were not satisfied with their physical appearance had a higher score in the ORTO-11 score. ($p<0.05$). According to the education level of the participants, it was seen that undergraduate graduates had higher scores than associate degree and secondary education graduates in the total scores of the Extreme Focus and Emotion Change and Exercise Addiction Scale. ($p<0.05$). There is a negative correlation between Orthorexia Nervosa and Exercise addiction ($p<0.05$).

The symptoms of orthorexia nervosa of individuals engaged in sports were found to be low and exercise dependence levels were found to be high.

Key Words: Exercise addiction, Orthorexia nervosa, Healthy eating

ÖN SÖZ VE TEŞEKKÜR

Öncelikle yüksek lisans eğitimim boyunca desteğini her zaman hissettiğim, bu süreçte her türlü zorlukta yanımda olan, sabır ve sevgisi ile varlığını hissettiren tez danışmanım sayın Doç. Dr. Egemen ERMIŞ' e,

Son olarak eğitim-öğretim hayatım boyunca yanımda olan ailem, arkadaşlarım ve hocalarıma sonsuz teşekkürlerimi iletirim.

Mustafa TURHAN

İÇİNDEKİLER

TEZ KABUL VE ONAYI	i
BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK BEYANI.....	ii
TEZ ÇALIŞMASI ÖZGÜNLÜK RAPORU BEYANI.....	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT.....	iv
ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR.....	v
İÇİNDEKİLER.....	vi
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	viii
TABLolar DİZİNİ	xi
1.GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Fitness (Fiziksel Uygunluk).....	3
2.1.1 Spor Merkezi ve Gelişimi	3
2.2. Egzersiz.....	4
2.2.2. Egzersiz ve Sağlık.....	5
2.2.3. Egzersiz ve Fiziksel Görünüm	6
2.2.4. Egzersiz ve Sosyalleşme	6
2.3. Bağımlılık	6
2.3.1. Bağımlılık Türleri	7
2.3.2. Madde Bağımlılığı	7
2.3.3. Davranış (Süreç) Bağımlılığı	8
2.4. Egzersiz Bağımlılığı.....	8
2.4.1. Egzersiz Bağımlılığı Kriterleri.....	10
2.4.2. Egzersiz Bağımlılığına Eşlik Eden Diğer Bozukluklar	11
2.4.3. Yeme Bozuklukları	11
2.4.4. Kas Dismorfisi	11
2.4.5. Obsesif-Kompulsif Bozukluk	12
2.4.6. Kişilik Özellikleri.....	12
2.5. Egzersiz Bağımlılığının Aşamaları	13
2.5.1. Aşama 1: Rekreatyoneel Egzersiz.....	13
2.5.2. Aşama 2: Egzersiz ve Risk Faktörleri.....	14
2.5.3. Aşama 3: Sorunlu Egzersiz	14
2.5.4. Aşama 4: Egzersiz Bağımlılığı	15
2.5.5. Egzersiz Bağımlılığının Tedavisi.....	15
2.6. Beslenme ve Yeme Bozukluğu	16
2.6.1. Yeme Bozukluklarının Çeşitleri.....	17
2.6.2. Pika	17
2.6.3. Geri Çıkarma-Geviş Getirme Bozukluğu	18
2.6.4. Kaygılı ve Kısıtlı Yiyecek Alım Bozukluğu	18
2.6.5. Anoreksiya Nervoza (Kısıtlayıcı ve Tıkanan Tip).....	18
2.6.6. Bulimiya Nervoza (Geri Çıkarma Olan ve Olmayan Tip)	19
2.6.7. Bulimiya Nervoza (Çıkarma Olan ve Olmayan Tip)	20
2.6.8. Tanımlanmış Beslenme ve Yeme Bozuklukları.....	20
2.6.9. Tanımlanamamış Beslenme ve Yeme Bozukluğu	20
2.7. Ortoreksiya Nervoza	21
2.7.1. Ortoreksiya Nervoza Tanı Kriterleri	22
2.7.2. Ortoreksiya Nervoza Risk Faktörleri	25
2.7.3. Ortoreksiya Nervoza Tedavisi	26
3. MATERYAL VE METOT.....	28
3.1. Araştırma Modeli.....	28
3.2. Verilerin Toplanması	28
3.2.1. Egzersiz Bağımlılığı Ölçeği	28
3.2.2. ORTO-11 ÖLÇEĞİ.....	29

3.3. İstatistiksel Yöntem	29
4. BULGULAR.....	31
5. TARTIŞMA.....	37
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	42
KAYNAKLAR	45
EKLER	53

SİMGELER VE KISALTMALAR

ON	: Ortoreksiya Nervoza
AHA	: American Heart Association
OKB	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
YB	: Yeme Bozukluğu
DSM	: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı
AN	: Anoreksiya Nervoza
BN	: Bulimiya Nervoza
TYB	: Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu
KKYAB	: Kaçınan/Kısıtlı Yiyecek Alımı Bozukluğu
APA	: American Psychiatric Association
EBÖ	: Egzersiz Bağımlılığı Ölçeği
ORTO-11	: Ortoreksiya Nervoza Ölçeği
SPSS	: The Statistical Package for The Social Sciences
AODD	: Aşırı Odaklanma ve Duygu Değişimi
BSİEÇ	: Bireysel Sosyal İhtiyaçların Ertelenmesi ve Çatışma
TGT	: Tolerans Gelişimi ve Tutku
SBİE	: Sağlıklı Beslenmeyle İlgili Endişeler
BSYTD	: Besin Seçimi ve Yeme Tutumu Davranışları
BDS	: Besin Değeri ve Seçimi

TABLolar DİZİNİ

Tablo 4.1. Katılımcıların yaşlarının tanımlayıcı istatistiği.....	31
Tablo 4.2. Katılımcıların yaş gruplarına göre karşılaştırılması.....	31
Tablo 4.3. Katılımcıların cinsiyet değişkenine göre karşılaştırılması.....	32
Tablo 4.4. Katılımcıların Medeni duruma göre karşılaştırılması.....	32
Tablo 4.5. Katılımcıların herhangi bir sakatlık geçirme durumuna göre karşılaştırılması ...	33
Tablo 4.6. Katılımcıların fiziksel görünümünden memnun durumuna göre karşılaştırması....	33
Tablo 4.7 Katılımcıların eğitim durumuna göre karşılaştırılması.....	34
Tablo 4.8 Katılımcıların antrenman sayısına göre karşılaştırılması.....	35
Tablo 4.9 ORTO-11 ile egzersiz bağımlılığı arasındaki ilişki.....	35

1.GİRİŞ

Sağlıklı bir yaşam için dengeli beslenme ile düzenli egzersiz yapmanın önemi, sağlık uzmanları tarafından sıklıkla dile getirilmektedir. Günümüzde bireyler arasındaki sağlıklı beslenmek için çaba göstermek etkinliğini arttırarak devam etmektedir. Buna paralel olarak düzenli egzersiz planı içinde olmanın, bireyin hayatına fiziksel uygunluğun öğelerini geliştirmeye ve korumaya yönelik olarak olumlu yönleri bilinmekte ve bu durum bireyleri düzenli ve çeşitli olarak fiziksel aktivitelere katılmaya yöneltmektedir. Ancak sağlıklı beslenme ile ilgili alışkanlıklar, egzersize katılma süresi, şiddeti ve sıklığı, bireyin hayat planlamasını bu yönde gereğinden fazla etkileyip meşgul ettiği takdirde bazı olumsuz sonuçlara neden olabilir. Bireylerde sağlıklı beslenmek için fazla çaba göstermek bir takıntı, egzersiz yapma isteği ise bağımlılık derecesine gelebilir.

Fiziksel ve psikolojik sağlık için düzenli yapılan egzersizin amacının dışına çıkarak, egzersiz süresinin devamlı olarak her gün yükselerek devam etmesi ile insanlar kontrolü kaybedecek durumlara gelebilir (Yeltepe, 2005). Kontrol dışında olan aşırı süreli egzersizlerin olumsuz etkilerini göstermek için ele alınan kavram egzersiz bağımlılığıdır (Veale, 1995). Sürekli yapılan egzersizden vazgeçemeyen birey, akrabalarına ve yakın çevresine zaman ayıramama, sosyal aktivitelerden kendini soyutlama ve yaşam tarzını egzersiz yapma planlamasına göre uyarlama gibi davranışlar içinde olmaya yakın olmaktadır (Adams ve Kirkby, 2002). Egzersiz kelimesi, pozitif etkileri sebebiyle çoğunlukla yararlı bir kavram olarak bilinmektedir. Bağımlılık kelimesi ise genel olarak negatif olan bütün durumları çağrıştırır. Bağımlılık, ilk başlarda alkol ve uyuşturucu maddeleri kullanmak olarak iki sınıflandırma arasında belirtiliyordu. Ancak şu an cinsellik yaklaşımları, şans oyunları oynama, aşırı egzersiz yapma ve bilgisayar yada video oyunları gibi bir çok sınıflandırma ile ifade edilmektedir (Terry vd., 2004).

Ortoreksiya Nervoza (ON), diğer olarak “sağlıklı beslenme takıntısı” olarak ifade edilen bu durum, kişinin yaşam standartlarını önemli şekilde etkileyecek biçimde öz diyet tüketme takıntısı olarak bilinir. İnsanlar yiyecekleri ve içecekleri günün her anında düşünerek gününün çoğu zamanını sağlıklı beslenme durumunu sürekli düşünüp kafalarını bununla meşgul ederek geçirirler. Bu takıntılı davranış durumu, bireyin yaşamını negatif yönde etkilediğinde ortoreksiya nervoza durumundan net olarak bahsedilebilir (Cartwright, 2004).

Ortorektik bireyler, kendilerini sürekli diyet planı içinde olma durumunda hissederek beslenme konusunda kendilerine çok katı prensipler uygularlar. Bu davranış tutumları neticesinde önemli sağlık sorunları yaşayabilirler. Bununla birlikte insanlar çevrelerinde sağlıklı ve saf gıda bulmaya çalışarak bazı sosyal sorunlar ile karşılaşabilirler. Böyle bir durumun sonucunda ortorektik olan kişi, sosyalleşme bakımından diğer insanlardan uzak kalabilir (Alina, 2020).

Ortoreksiya Nervoza riski en fazla olan gruplardan birisi de branş sporları ile uğraşan kişilerdir (Matera ve Brytek, 2012). Branş sporları ile uğraşan bireyler için fiziksel uygunluğun önemini bildiklerinden ve fiziksel uygunluğun yeterli olabilmesi için beslenmelerine önem gösterirler. Beslenme planlamasına karşı çok hassas olmaları, bu bireyleri besinlerin içeriğindeki maddeleri araştırmaya, alınan gıdaların ambalajlarındaki besin içeriği etiketlerini incelemeye, besinlerin kalorilerini hesaplamaya çalışmalarına doğru götürmektedir. Bu sebeple spor yapan ya da branş sporu yapan kişilerin bir diyet yapmaya ya da bir diyet programının içinde olmaya karşı istekleri genellikle yüksek düzeydedir (Üstündağ, 2020).

Hastalığın belirtileri farklılık göstermekle birlikte en çok öne çıkan özellik olarak %88 oranında yüksek ateş belirtisi olarak ifade edilmiştir. Ayrıca yüksek ateş belirtisinden daha sonra %66 oranında öksürük tespiti yapılırken, %37 oranında ise yorgunluk, bitkinlik, boğazlarda ağrı, kasların ağrısı ve baş ağrısı gibi belirtiler gözükmektedir (Alhazzani vd., 2019). Hastalık hızlı bir şekilde yayılabildiği için Dünya Sağlık Örgütü tedbir amaçlı acil durum çağrısı vermek zorunda kalmıştır (Clarkson vd., 2020).

Bu araştırmanın amacı, düzenli spor yapan bireylerin sosyodemografik özelliklerine göre egzersiz bağımlılık düzeylerini saptamak ve ortoreksiya nervoza (sağlıklı beslenme takıntısı) yaygınlık durumlarını belirlemektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Fitness (Fiziksel Uygunluk)

İngilizceden oluşan kelimelerin birleşimleri ile türeyen fitness kelimesi sağlık, uygunluk, zinde olma durumu anlamlarına gelmektedir, bu terim literatürde genellikle becerikli olmak ile bağlantılı olarak kullanılır ayrıca fitness, yüksek şiddetli fiziksel antrenmanlardan sonra vücudun hızlı bir şekilde toparlanmasını ifade etmektedir (Röthig ve Prohl, 2003). Günümüzde dünya üzerinde yaygın olarak bireylerin en çok önem verdiği durumlardan biri de dış görünüşüdür. Bu yüzden bireyler, fiziksel uygunluğa erişebilmek için ameliyatlar, kullanılan çeşitli ilaçlar, akupunktur, egzersiz, düzenli ve dengeli beslenme gibi planlamaların içine girerler. Yapılan egzersizlerden biri olarak fiziksel aktivite ile bireyler kendilerini tatmin edecek, göze güzel görünecek bir dış görünüş yakalama şansı bulmuştur. Böylece bireyler, kendileri ile ilgili olumlu fikirlere sahip olabilmektedirler (Altıntaş vd., 2007). Spor salonlarında egzersiz yapmaya başlayan bireylerin büyük kısmı, sağlıkla ilişkili olarak sportif formunu yerinde tutmak ve geliştirmek, beden kütle indeksini yükseltmek veya azaltmak, bazı motorik özelliklerini geliştirmek ya da kaslarını güçlendirmek ve büyüme sağlamak için başlangıç sağlamaktadır. Artık daha çok okuyup araştırma yapmak için kafa yoran günümüzdeki bireyler, yapacağı fiziksel aktivitenin bir yaşam tarzı olduğunu benimsemiş ve spora yönelmeye karar vermiştir (Uğur ve Baysaling, 2002).

2.1.1 Spor Merkezi ve Gelişimi

İnsanlar fiziksel uygunluğun bileşenlerini gerçekleştirmek için spor salonlarını tercih ederler. Spor salonları insanların fiziksel uygunluk için olan gereksinimlerini karşılamak için hizmet veren ve bu hizmetleri olumlu yönde geliştirmeyi amaçlayan kurumlardır. Spor salonları, sundukları bu hizmet karşılığında hem kazanç elde etmekte hem de insanlara iş fırsatı oluşturmaktadır (Bektaş, 2015). Zaman geçtikçe yükselen stresli yaşam biçimi, bireyleri bedensel ve psikolojik olarak tahrib etmekte böylece bireylerin yaşam kaliteleri ciddi olacak biçimde negatif yönde ilerlemektedir. Spor merkezi işletmeleri de durumun analizini yaparak bireylerin yaşam kalite ve standartlarını yükseltmeyi amaç haline getirmişlerdir. Buna ek olarak spor merkezleri, bireyler arası etkileşimi çoğaltmakta çeşitli yönlerden bedensel ve psikolojik sağlığı pozitif yönde etkilemektedir. Hatta spor salonları bireyin sosyal çevresinde yer alan herkesden bir süre ayrı kalarak statü farklarına bakmaksızın sadece fiziksel uygunluğunu ve performanslarını olumlu yönde geliştiren bir araçtır (Taşdemir, 2015).

Günümüzde plansız zamanların artmasının beraberinde getirdiği rekreatif aktivitelerin gereksinimleri gün geçtikçe artmakta ve bu gereksinimleri karşılamak isteyen kuruluşlarda gözle görülen bir artış olmaktadır. Teknoloji dünyasında bireyler, durağan bir yaşamın ortalarında kendilerini bulmakta ve bedensel ve ya ruhsal sağlık sorunları ile karşı karşıya gelmektedir. Bu durum bireylere hareket etmeyle birlikte bir aktivite içinde olma isteklerini doğurmuştur. Bireyler zamanını olumlu geçirmek ve etkinliğin üst düzey verimli olabilmesi için spor salonlarında yer almayı tercih etmektedir (Bektaş, 2015). Spor merkezleri işletmelerinin, özellikle 1960 ile 1990 yılları arasında popüleritesini zirve noktasına çıkardığı zamanlar olduğu düşünülmektedir. Bu popülerliğin var olmasında birçok etken olsa da iki sebep daha ön plana çıkmaktadır. İlk olarak, ünlü vücut geliştirme ustası olan Arnold Schwarzenegger' in sosyal medya, televizyon, sinema ve eğitici, özendirici videolarının vücut geliştirme odaklı ilgi çekici tema oluşumları ve ikinci olarak, Jane Fonda'nın spor salonunu sosyal bir kurum olarak kabul edilebilir kılmasıdır. Ayrıca Jane Fonda'nın kayıt aldığı antrenman videoları spor salonlarına gitme konusunda kadınlara ilham kaynağı olmuştur. Spor Salonlarının geniş kitlelere ulaşmasında çok katkıda bulunmuştur (Wienke, 2014). Günümüzde tüm dünyada Spor Merkezlerinin oluşu, insanların potansiyeli ve bireylere sunduğu hizmetler açısından kısa sürede çok ciddi gelişen, büyüyen ve ciddi yol kateden bir iş kolu olmuştur (Sevilmiş, 2019).

2.2. Egzersiz

Egzersiz ve fiziksel antrenman ile ilgili tanımlar yaşam standartları ve yaşam standartlarının beraberinde getirdiği durağanlık nedeniyle önem derecesinin gitgide yükseldiği konular haline gelmiştir. Fiziksel aktivite olarak; enerji harcanan tüm fiziksel hareketleri içine alan bir olgu bütünüdür. Egzersiz ise; bireyin planlayarak gerçekleştirmeye başladığı, fiziksel uygunluğun unsurlarını geliştirmeye ve yerinde tutmaya yönelik olarak yaptığı sonsuz tekrarlı vücut hareketleri olarak tanımlanmaktadır (Fariz, 2015). Başka bir tanımda ise egzersiz; bireyin kilo kaybetme, sağlığını koruma, fiziki gücünü yükseltme, fit olma, zinde kalma gibi hedeflere yönelik, bir plan doğrultusunda yapılan fiziksel aktivitelerin tümüdür (Thompson vd., 2009). Yapılan bilimsel çalışmalar incelendiğinde sağlık ve fiziksel uygunluk üzerine egzersiz yapmanın önemli bir rolü olduğu ortaya konulmuştur (Pastor vd., 2003).

2.2.1. Egzersize Katılım Nedenleri

Geçmişten bu güne bireyler çeşitli nedenlerden dolayı hayat planlamasının içine egzersizi dahil ederler ve egzersiz denildiğinde ilk akla gelen egzersizin büyük bir bölümünü oluşturan fiziksel aktivite, hayatlarının her bölümünde sürekli hareket içinde olan insanlar için vazgeçilmez bir unsur olmakla birlikte, yapılan çalışmalar doğrultusunda bireylerin sağlıklarını yerinde tutmak, geliştirmek, fiziksel görünümünün kendini memnun etmesi düzeyi, stres ve kaygılarını en aza indirmek, sosyal bir çevrenin parçası olmak gibi nedenlerle egzersize katılım sağladıklarını ortaya koymuştur (Kramer, 2020).

2.2.2. Egzersiz ve Sağlık

Günümüzdeki toplumlarda dolaşım sistemini etkileyen hastalıklar, diyabet, obezite, kanser gibi tedavisi zor olan ve bulaşıcı olmayan hastalıklar evren çapında tüm ölümlerin %75' inden fazlasını oluşturuyor. Bu hastalıkların tedavisi edilebilmesi için masraflar çok yüksektir. Bununla birlikte bu tür hastalıkların büyük bir kısmının önlenabilir olduğunda görülmektedir. Yeterli ve düzenli olmayan beslenme, tütün ürünleri kullanımı, uyuşturucu kullanımı ve aşırı alkol tüketimine ek olarak, sedanter olmakta önemli risk faktörlerinin başında gelmektedir. Sonuç olarak, düzenli egzersiz yapmak bu risklerin önüne geçmekte ve ya azaltmaktaki en mantıklı çözümlerin başında gelmektedir (Kramer, 2020). Erişkin bireylerde kalp hastalıkları ve felç kalma durumuna karşı American Heart Association (AHA), bazı egzersiz tavsiyelerinin planlamalarını yapmıştır. Günde 35 dakikadan düşük olmamak şartı ile, 7 günde toplamda 4-5 gün egzersiz yapacak şekilde orta şiddetdeki programlara bağlı kalmak veya yine günlük olarak 25 dakika ile 7 günde 3 günden az olmamak şartıyla toplamda 75 dakika yüksek şiddetli planlamalar veya karma program ile (orta-yüksek şiddet) bir haftalık planlamada en az 2 gün kasları güçlendirmek için egzersiz planlamaları sunulmuştur (Göksoy, 2008). Egzersizin kan basıncı üzerine etkisini incelemek için yapılan bir çalışma; egzersiz yapmanın yüksek tansiyonu minimal düzeye indirdiği, dakikada ise harcanan maksimum oksijen miktarını (VO₂) arttırdığı ve vücut yağ oranını azalttığı yönde sonuçlara ulaşılmıştır (Cornelissen vd., 2011). Üzerinde yapılan bir çalışmada ise egzersiz hareketleri yaparak depresyon belirtilerinin azaldığı yönünde bulgulara rastlanmıştır (Fabricatore vd., 2011). Yüksek katılım sağlanan başka bir çalışmada ise depresyona girme belirtileri cinsiyetle alakalı değil obezite hastalığıyla anlamlı sonuçlar vermiştir. Aşırı kilo problemiyle birlikte depresyon riski

de artış göstermiştir (Heo vd., 2006). Egzersiz, bireyin ruh haline etki eden değişkenleri tedavi ederek, zayıflamasına dolaylı olarak pozitif etkiler sağlamıştır (Annesi vd., 2000; Med, 2008). Obezite hastalığının tedavisinde bireyin kilo kontrolünün yapılması sağlanırken diyetin etkisi, egzersize oranla daha fazladır. Egzersiz, güzel planlanmış uygun diyetle beraber, en etkili kilo verme yöntemlerinden biridir. Egzersiz, kilo vermede süreklilik durumuna pozitif yönde etki sağladığından obezite ile mücadele ederken kesinlikle yer alması gerekir (Jakicic, 2003).

Egzersizin, demans semptomlarının ilerleme oranını azalttığı da bilinmektedir. Demans hastalarında, haftada iki gün ve üzeri egzersiz planlamasının içinde olan bireylerin, daha az sıklıkla egzersiz planlamasının içinde olan hastalara göre hastalığın ilerleme riskinin azaldığı net olarak görülmüştür (Larson vd., 2006).

2.2.3. Egzersiz ve Fiziksel Görünüm

Planlı ve programlı olarak gerçekleştirilen egzersiz antrenmanının genel bir sonucu olarak fiziksel anlamda kilo azaltmaya bağlı iyileşmeler olması, özellikle baya bireylerin egzersize katılımlarında büyük motive kaynaklarından biri olmuştur (Jacobi ve Cash, 1994). Son zamanlarda artan sosyal medya ve internet kullanımı ile sanal ortamlarda bireyler arasında etkileşim çoğalmış, sosyal medya araçları ve modanın etkisi ile çoğu insan ideal vücut tipine ulaşma arzusu ve gayreti içine girmiştir (Demirel, 2019).

2.2.4. Egzersiz ve Sosyalleşme

Egzersiz çalışmalarına başlamadan önce bazı bireylerin motivasyon nedeni, yeni arkadaşlıklar kurmak veya bir başka ifade ile sosyal bir çevre edinme isteğidir. Bununla birlikte bir yada birden fazla kişi ile birlikte egzersiz hareketleri yapmak egzersizde sürekli olmayı sağlamak açısından da çok önemli bir motivasyon kaynağıdır (Berger vd., 2007). Bir egzersiz planlamasında hedef olarak belirlenen tüm kazanımların yanında insanların sosyalleşmesi ve etkileşim içinde olmaları mutlaka dikkate alınmalıdır (Yeltepe, 2011).

2.3. Bağımlılık

Bağımlılık, bağımlı olma durumunda sonuçları bireye zarar verse bile bir obje, kişi veya bir varlığa karşı aşırı istek içinde olma durumu olarak tanımlanmaktadır. Bu aşırı isteklilik, psikolojik ve fiziksel bağımlılık olarak iki gruba ayrılmıştır. Ruhsal bağımlılık, kişinin bağımlı olduğu maddeyi tedarik ederek kendini doyum, haz gibi olumlu duygularla tatmin etmesi durumu olarak ifade edilebilir. Fiziksel bağımlılık,

kişinin maddeyi bedenen istemesi şeklinde tanımlayarak ruhsal bağımlılıktan farkını ortaya koyabiliriz. Fiziksel anlamda herhangi bir maddeye bağımlı olan bir birey, madde olmadığı zaman vücuttaki maddeye olan fazlasıyla istek nedeniyle bazı belirtiler ortaya çıkar (Ögel, 1997). Bağımlılık bireyleri olumsuz olarak bir çok yönden etkilerken; günümüzde toplumsal sorunlarında en başında gelmektedir. Önceki zamanlara göre, bağımlı bireylerin miktarındaki artış gün geçtikçe fazlalaşmaktadır (Taşkent, 2010). Bağımlılık, ihtiyaç duyulan belli bir durum, nesne ya da varlık ile temas kurulması sonrası ortaya çıkan özel bir durum olarak görülmekte ve birbiri ile bağlantılı olan davranışlar dizisinin neticesi olarak değerlendirilmektedir, bağımlılık sadece var olan bir nesne ya da herhangi bir ürüne bağlı bir durum olmayabilir. Kişilerin bazı hareketlerde çeşitli bağımlılıkları olabilir. Bu duruma ise egzersiz bağımlılığı yakın bir örnek olarak gösterilebilir (Young, 1999).

2.3.1. Bağımlılık Türleri

Bağımlılık çeşitleri literatürde genel olarak madde (nesne, madde) bağımlılığı ve süreç (davranış) bağımlılığı olarak ele alınmıştır (Tuncer, 2020)

2.3.2. Madde Bağımlılığı

Bireylerin bir maddeyi kullandıktan sonra rahat hissetme, mutlu olma durumu, memnun olma durumu ve haz alma gibi duygular hissetmesi madde bağımlılığı olarak belirtilirken, bahsedilen konu “madde” kavramı sürekliliğe neden olan, duygular ve beyinsel işlevlerde değişikliklere yol açan, çeşitli yollarla vücuda giren kimyasal maddeler olarak varsayılır. (Seferoğlu ve Yıldız, 2013). Madde bağımlılığı; bireye madde etkisi ile bir süre kendinde olmama hali yaşatan ve bağımlı kişinin maddeyi kullanmasının bir mecburiyet gibi algılanması durumudur. Aynı anda kullanılan bu maddenin vücuda alınması sonucunda bireylerde bazı sağlık sorunları gözükür. Fakat madde bağımlısı bireyler, tüm bu negatif sonuçlara rağmen bağımlı olduğu maddeyi kullandıktan sonra kendilerini içinde buldukları durumlarından daha huzurlu ve güçlü hissederek, tüm sorunlarını halletmiş gibi davranmaktadırlar. Bunun en genel sebebi, maddenin beyin tarafından ödül olarak algılanmasıdır. Bağımlılığın psikolojik tarafı olarak bilinen bu süreçte bağımlılık etkisi yaratan madde, haz veren ve özlem duygusuna dönüşen bir durum gibi gözükerek, bağımlı birey için vazgeçilmez bir hal almaktadır (Uzbay, 2009).

2.3.3. Davranış (Süreç) Bağımlılığı

Davranışsal bağımlılık, maddeyi konu içine almayan bağımlılık çeşitlerinden biridir (Sevindik, 2011). Maddeye gereksinim duyulmayan bu bağımlılık türünde (egzersiz bağımlılığı gibi), kişinin bu tarz davranışları sergileme düzeylerinin bağımlılık derecesine gelip gelmediğini belirlemede aynı madde bağımlılığı belirleme kriterleri izlenerek değerlendirmeye alınması gerektiği bildirilmiştir (Işık, 2007). Davranış veya eylemler bireyde devamlı alışkanlıklar oluşturuyorsa, davranışsal olarak bağımlılık olup olmadığını belirlemenin 6 evresi bulunmaktadır (Griffiths ve Does, 2000).

Dikkat Çekme: Birey, bu evrede gerçekleştirdiği davranışları benimsemiş olur ve hayatının bir parçası olarak yaşamını devam ettirir.

Duygu-Durum Değişikliği: Belli bir davranış biçimine ilgi duyma ve bu davranışı başarabilme durumu.

Tolerans: Gerçekleştirilen davranışın verdiği hazzı devam ettirmek amacıyla davranışa devam etme, kendisini yaptığı davranışı daha çok gerçekleştirmek zorunda hissetme.

Yoksunluk Belirtisi: Gerçekleştirilen davranışın durması halinde ortaya çıkan negatif duygu durumları ve ortaya çıkan bazı fiziksel sorunlardır.

Çatışma: Bağımlı bireyin, sosyal çevresindeki çatışmalar, mesleki ya da sosyal yaşam ile sürekli yaptığı değişiklikler, karmaşıklıklar veya bireyin kendi iç çatışmalarıdır.

Nüksetme: Bağımlı olma durumunun terkedilmesine rağmen kişinin bağımlı olduğu zamanlardaki davranışlara geri dönmeye meyilli olmasıdır.

2.4. Egzersiz Bağımlılığı

İnsanlar son günlerde egzersizi birçok yararından dolayı günlük hayatlarının bir bölümü olarak kabul etmişlerdir. Sağlıklı bir hayat için günlük fiziksel aktivitenin ve egzersizin ne kadar önemli olduğunun farkında olan kişi sayısı gün geçtikçe artış göstermektedir (Ackard vd., 2002). Düzenli egzersiz hareketlerinin, genel olarak faydalı olarak kabul edilmektedir. Yine de bu planlı egzersiz alışkanlıkları gün geçtikçe kişinin egzersize yönelik takıntılı davranışlar sergilemesine neden olabilir. Bunun sonucunda aşırı egzersiz hareketlerinin içinde bulunmak bireye zarar verdiği düşünülmekte ve bu zarar verici etki egzersiz bağımlılığı olarak tanımlanmaktadır

(Szabo ve Griffiths, 2007). Egzersiz bağımlılığını ilk kez ele alan Veale (Veale, 2002); egzersize rekreatif bir sebeple başlanıp daha sonra, katılımın bilinçsizce yararlı olmayan egzersiz hareketleri ile sonuçlanması olarak tanımlamaktadır. Başka bir tanımlama da ise egzersiz bağımlılığı, kişinin zamanının büyük bir bölümünü egzersiz yaparak geçirme arzusu, karşılaştığı sorunlar karşısında bile bilinçsizce haddinden fazla egzersiz yapma şeklinde tanımlanmaktadır (Hausenblaus ve Downs, 2002). Egzersize bağımlı bireylerin sergiledikleri benzer davranışlar vardır. Bağımlı kişiler kendilerini egzersiz yapma davranışlarından vazgeçememe, kısa bir sürede yapmış oldukları egzersiz süresini git gide artırma, egzersiz yapmadıkları zamanlarda ise ruhsal olarak huzursuz ve stresli olma, aşırı yapılan egzersiz nedeniyle sosyal çevrelerini ve daha yakın çevrelerini ihmal etme, egzersiz yapmayı sosyalleşmeye karşı tercih etme gibi davranışlarda bulunabilir (Demir ve Türkeli, 2019). Bilimsel olarak egzersiz bağımlılığı “pozitif bağımlılık” ve “negatif bağımlılık” olarak değerlendirilmiştir. Bireyin hayatında karşılaştığı negatif durumları gidermek ve önüne geçmek için yaptığı aşırı egzersizler pozitif bağımlılık; bağımlı kişinin egzersiz planının içinde olmadığı süreçte bazı negatif durumlarla (stres, endişe, depresif duygu hali gibi) karşılaşması da negatif bağımlılık olarak görülmektedir (Hausenblaus ve Downs, 2002). Egzersiz bağımlılığına neden olan durumlar incenlendiğinde birincil ve ikincil egzersiz bağımlılığı şeklinde iki türde sınıflandırılmıştır. Birincil egzersiz bağımlılığında, takıntılı düzeyde gerçekleşen egzersiz davranışının bireyde ciddi fonksiyon kaybına neden olacak bir tutku ile yapılması vardır. Bağımlılıktan vazgeçilememesi halinde davranışa sebep olan ruhsal ve fiziksel bağlanma vardır (Zmijewski ve Howard, 2003). İkincil egzersiz bağımlılığıysa genel olarak yeme bozuklukları ile zayıflığı koruma çabası davranışları ile birlikte kendini gösterir (Powers ve Thompson, 2007).

Egzersiz bağımlılığı, yeme bozukluğunun bir parçası olarak karşımıza çıkabilir. Sporcuların bağımlılık durumlarının bilimsel değerlendirmesi yapılırken yeme alışkanlıkları ve sergiledikleri tutumun sorgulanması son derece önemlidir. Egzersize bağımlı sporcuların tedavisine, bağımlılığa eşlik eden yeme bozukluklarının da var olup olmadığı araştırılarak bir yol izlenmesi akılcı bir yaklaşım olur. İkincil egzersiz bağımlılığının altında yatan nedenler yeme bozukluklarından kaynaklandığı için bağımlılık olarak gösterilmemiştir. Kötü yeme alışkanlıkları ile haddinden fazla egzersiz planlamasının içinde olmanın biyolojik ve deneysel kanıtları iki durumunda

birbiri ile bağlantılı olduğunu kanıtlar niteliktedir. İkincil egzersiz bağımlılığının, birincil egzersiz bağımlılığına oranla daha fazla yaygın olduğuna dair bildirimler vardır (Adams, 2009). Her bağımlılık davranışında aslında patolojik bir 16 durumdan bahsedilebilir. Yine bununla beraber bağımlı bireylerin farklı psikopatolojik özellikler gösterdikleri bilinmektedir. Egzersiz bağımlılığında gösterilen davranışlar araştırılmış ve psikopatolojik davranışların genel olarak ikincil egzersiz bağımlılarında görüldüğü, bunu tetikleyen durumun da yeme bozukluklarından dolayı kaynaklandığı belirtilmiştir (Bamber vd., 2000).

2.4.1. Egzersiz Bağımlılığı Kriterleri

Bütün bağımlılık çeşitlerinde bağımlılığın var olup olmadığı ya da ne seviyede olduğunun belirlenmesi için “Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM-IV)” nda bazı kriterler göz önünde bulundurulmuştur. Egzersiz bağımlılığı da bu 7 maddeden oluşan kriterlere uyumlu olarak incelenip belirtileri değerlendirilebilmektedir.

Tolerans: Elde edilmek istenen etkiye ulaşmak için yükselen egzersiz seviyesi veya aynı derecede yapılan egzersizlerin etkilerinin azalacağı inancı olarak ifade edilir. Örneğin; hergün 4 km koşu antrenmanı yapmanın bireyi eskisi kadar tatmin etmemesi durumu.

Çekilme Etkisi: Birey egzersiz yapmadığında negatif belirtiler meydana çıkar ya da bu negatif belirtilerin ortaya çıkmasının önüne geçmek ve rahatlamak için egzersiz hareketleri yapılır. Egzersiz yapmadığında stres, depresyon veya halsizlik belirtileri gözükür.

Niyet: Egzersizin şiddeti sıklığı ve zamanı istenilenden daha fazla sürer. Örneğin; kişi 4 km koşmak istediği halde bunun yerine 6 km koşar.

Kontrol Kaybı: Egzersiz hareketlerinin kontrol altına alınması veya bitmesi isteğine rağmen egzersiz hareketleri sürdürülür. Birey çalışma saatleri esnasında egzersiz hareketlerini yapmamak için uğraşmasına rağmen her mola verdiğiinde koşar.

Zaman: Egzersiz etkinliklerine önemli seviyede zaman ayrılmasıdır. Tatiller, yürüme ve koşma gibi egzersiz hareketleri ile bağlantılı etkinliklerle geçer.

Diğer Aktivitelerde Azalma: Sosyal çevre, işle ilgili veya rekreasyonel uğraşlar egzersiz hareketleri sebebiyle biter veya azalır. Örneğin; Arkadaşlarla film izlemek yerine koşma aktivitesi yapmak.

Devamlılık: Kalıcı bir fiziksel veya ruhsal sorun oluşturduğunun farkında olmasına rağmen egzersiz devam ettirilir. İdeal fiziksel kapasitenin sağlanmasına rağmen koşma aktivitesi yapmak buna örnek olarak gösterilebilir (Hausenblaus ve Downs, 2002).

2.4.2. Egzersiz Bağımlılığına Eşlik Eden Diğer Bozukluklar

Egzersiz bağımlılığı ile ortak zamanlı gerçekleşen bazı bozukluklar olabilir. Egzersiz bağımlılığı ile en çok üzerinde durulan ve araştırılan bu problemler arasında yeme bozuklukları, kas dismorfisi, obsesif-kompulsif bozukluk, belirli kişilik özellikleri gibi bazı seçeneklerden bahsedilebilir.

2.4.3. Yeme Bozuklukları

Literatürde egzersiz bağımlılığı ile ilgili araştırmaların büyük bir kısmı yeme bozuklukları ve egzersiz bağımlılığı arasındaki bağlantılara dikkat eder. Yapılan bir araştırma egzersiz bağımlılığı ve yeme bozukluklarının birçok ortak semptomaya sahip olduğu ve egzersiz bağımlılığının yeme bozuklukları ile yüksek seviyede birliktelik gösterdiği sonucuna varmıştır (Demetrovics ve Kurimay, 2008). Egzersiz bağımlılığı, yeme bozuklukları ile beraber o kadar çok yan yana gözük müştür ki, bilim insanları bu iki konunun birbirlerinden bağımsız olarak var olamayacaklarını öne sürmüşlerdir. Bazıları ise egzersiz bağımlılığı çoğu zaman bir yeme bozukluğuna ikincil olduğunu ve birincil neden olmadığını iddia etmişlerdir (Bamber vd., 2000). Yeme bozuklukları ve egzersiz bağımlılığı arasında bazı farklılıkların olduğuda düşünülenlerin arasındadır. Bir araştırmaya göre bağımlı spor yapan bireyler kilo vermeye çalışmaktan çok performans sergilemeye odaklandıkları için, performanslarını yükseltmek sebebiyle yeterli seviyede kalorili besinler tüketirler (Freimuth vd., 2011). Bununla birlikte yeme bozukluğu ve egzersiz aynı sorunun iki ana maddesi de olabilir. Örneğin; Ortoreksiya nervoza hastalığı sağlıklı bir hal alacak kadar sağlıklı yeme ve yaşama takıntısı olarak tanımlanır (Donini vd., 2005).

2.4.4. Kas Dismorfisi

Kas dismorfisi, obsesif kompulsif bozukluğun bir konusu olarak DSM-5'te tanımlanan vücut dismorfik bozukluğunun bir türüdür (Ertürk, 2018). Kas dismorfisi, yetersiz kaslılık inançları ve ağırlık, halter ve anabolik steroidler gibi aşırı kas geliştirme faaliyetlerine katılım ile özelleşmiştir. Kas dismorfisi olan sporcular çoğu zaman düşük yağ seviyesine sahiptir, buna karşı yüksek beden kütle indeksi ve planlı olmayan beslenme alışkanlıkları olduğu gibi Farklı kültürlerde kadınların fiziksel

ideali, kavramsallaşmış bir olaya bürünmüş gibi görüldüğünden, daha da ince bir formda olmak için, fazla sayıda kadında bozukluğun ileri seviyelere gelmesi olasıdır. Kas dismorfisinin, fiziksel uygunluk hedeflerine ulaşmaya aşırı odaklanma ve gün geçtikçe daha çok egzersiz hareketleri yapma isteği nedeniyle egzersiz bağımlılığı ile ortak noktaları olduğu da söylenebilir. (Tod vd., 2016).

2.4.5. Obsesif-Kompulsif Bozukluk

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB), belli dürtülerin tetiklediği zorunluluklar ve takıntılar ile karakterize olmuştur. Kişi bu zorunlulukları sürdürmezse ciddi sıkıntılar yaşar (Chaki vd., 2013). Egzersiz bağımlılığının, egzersizden uzak kalındığında, şiddetli sıkıntılı olma durumu ile birlikte “egzersiz yapma ihtiyacı” yönünden bu takıntı ve zorunluklarla ortak noktaları vardır (Freimuth vd., 2011).

İsteksiz olan davranışlarla birlikte hareket eden takıntılı durumlar, egzersiz bağımlısı bir bireyin derin ve ince düşünceleri ile karşılaştırılabilir: "Eğer egzersiz için vakit ayırmazsam kas gücünü kaybederim, sonra toplumda edindiğim sınıfsal üstünlüğü kaybederim ve arkadaşlarım beni arkadaş olarak görmekten vazgeçer." Bağımlılıklar bazen olumlu etkileri sayesinde olumsuz duygu zamanlarını azaltma kapasitesi yönünden OKB' den ayrılır. Örneğin, bağımlı olan sporla uğraşan bir bireyin egzersiz yapmaya yönelik kuvvetli hisleri olsa bile, egzersiz zamanının ruh halini ve vücutta enerji derecesini yükselten endorfin salınımı gibi pozitif etkiler sağlar (Lichenstein, 2020).

2.4.6. Kişilik Özellikleri

Araştırmalar, mecburi olarak egzersiz hareketleri içeren programa katılan veya egzersiz bağımlısı olan bireylerde bazı benzerliklerin olduğu kişilik özelliklerini belirtmiştir. Egzersiz hareketleri içeren programa katılan kişilerde bu kişilik özellik veya özellik çeşitlerinin, bağımlılık durumunun ilerlemesinde ve sürdürülmesinde büyük etkisi olduğu varsayılır (Lichenstein, 2020). Bağımlılığı etkileyen bu kişilik özelliklerinin bazıları yapılan çalışmalara göre şöyledir:

Mükemmeliyetçilik, hata içeren hareketlere karşı katlanma derecesini en aza indirir ve bu da kompulsif bir sporcunun performansından yeterli derecede kendini memnun hissetmemesi gibi nedenlere yol açabilir (Miller vd., 2014)

Obsesif-kompulsif ve obsesif-kompulsif belirtiler, doğru düzende tutulmadıkları takdirde duygusal problemlere, program doğru takip edilerek egzersiz programı uygulanmadığında ise kaygı ve stres belirtilerine yol açabilmektedir. (Spano, 2001).

Narsisizm, bireyin kendisine yüksek oranda odaklanmasına sebep olur. Sonuç olarak, bağımlı sporcular, yakın çevre ve çalışma hayatı gibi diğer önemli sorumluluklara rağmen, kendi kendine yönlendirilen egzersiz ihtiyaçlarına öncelik verebilir. (Spano, 2001).

Buna ek olarak, egzersiz bağımlılığı ile birlikte bulunabilen başka bağımlılıklar da vardır; sigara, alkol, yasal olmayan uyuşturucu temin etme, seks ve iş bağımlılıkları olarak genelleştirilir (Freimuth vd., 2011). Yapılan farklı bir araştırmada, egzersiz bağımlılarının yüzde 15'inin sigara, alkol ve yasal olmayan uyuşturucu bağımlısı olduğu söylendi. Ancak egzersiz bağımlılarının yaklaşık üçte birinin başka bir bağımlılık sergiledikleri gözlemlenmiştir. (Sussman vd., 2011).

2.5. Egzersiz Bağımlılığının Aşamaları

Egzersiz bağımlılığındaki en karmaşık konulardan biri, yararlı egzersiz ile egzersiz bağımlılığı arasında nasıl ayırım yapılacağıdır. Egzersizin bütün pozitif etkilerinden faydalanmak için bu davranışı nispeten sık ve daha uzun süre yapmak gerekebilir. Bu nedenle sağlıklı egzersiz bağımlılık yapan özelliklere de sahip olabilir. Kişi, alacağı faydaya bağlı olarak normalden daha fazla koşmayı veya daha fazla ağırlık kaldırmayı tolere edebilir. Ancak özetle, iki durum arasındaki farkı belirleyen en belirleyici faktör; normal egzersizin yaralanmaya veya hayattaki diğer önemli aktivitelerden uzaklaşmaya sebep olmamasıdır. (Freimuth vd., 2011). Bağımlılığın süreçlerini ayırt edebilmek için klinik buluşsal yöntemler, eğlence hedef alınarak yapılan egzersiz ile egzersiz bağımlılığı arasında ayırım yapmak için kullanılabilir. Bu aşamalar, klinisyenlerin normal davranışların ne zaman bağımlılık yaptığına ve bağımlılık yapan davranışların ne zaman normale döndüğüne karar vermelerine yardımcı olur. Her aşama üç bileşene ayrılır: motivasyon (yani, bir kişinin bu aşamada egzersiz yapma motivasyonu), sonuç ve sıklık/kontrol. Bu nedenle süreç 4 aşamaya ayrılmıştır. (Freimuth, 2008).

2.5.1. Aşama 1: Rekreatif Egzersiz

Rekreatif egzersiz, öncelikle zevkli ve ödüllendirici bir aktivite olduğu için yapılır. Örneğin; kişi egzersiz yaparak güç kazanırsa veya istediği görünüme

kavuşursa, aktiviteden zevk alır ve sonuç bir ödül olarak görülür (Aksoydan ve Camci, 2009). Doğada vakit geçirmeyi sevdiği için düzenli olarak trekking aktivitelerine katılabilen bir kişi de bulunmaktadır. Rekreatif egzersiz yaşam kalitesini artırırken, bağımlılığı azaltır (Griffiths, 2005). Araştırmalar, bu aşamadaki diğer bir motivasyon kaynağının sağlık ve zindeliğe ulaşmak olduğunu göstermiştir (Thornton ve Scott, 1995). Davranış kontrollüdür, kişi istediği zaman programına göre durabilir. Rekreatif sporların olumsuz etkileri ihmal edilebilir düzeydedir. Bununla birlikte, bazen sonuçlar beklenmedik olabilir ve çoğu zaman bazı olumsuz sonuçlar (örneğin, kas ağrısı, burkulmalar) egzersizin kendisinin doğrudan bir sonucudur (Freimuth vd., 2011).

2.5.2. Aşama 2: Egzersiz ve Risk Faktörleri

Psikolojik düzeyde, rekreatif egzersiz sıklığını kademeli olarak artırma riski, artan motivasyondan kaynaklanmaktadır. Bir araştırmada, İnternet kullanımı için birincil motivasyon aktiviteden zevk almak değil, kaygılı, sorunlu, mutsuz veya diğer rahatsız edici faktörlerden kaçmak veya benlik saygısını yükseltmek olduğunda, bağımlılık riski genellikle artmıştır (Larose vd., 2003). Zindelik sağlamak ve performansı artırmak amacıyla egzersiz yapanlar, gevşeme, olumsuz duygulardan kaçma veya benlik saygısını geliştirme amacıyla egzersiz yapanlara göre daha az bağımlılık riski altındadır (Thornton ve Scott, 1995). Motor davranışın, olumsuz durumlarla başa çıkma gibi önemli işlevleri yerine getirme potansiyeli, artan sıklığa ve sorunlu davranışa yol açabilir. Başka bir deyişle, bağımlılık sorun ve sıkıntı ile baş etmenin tek ve birincil yolu olarak görüldüğünde bağımlılık görülme sıklığı daha yüksektir (Freimuth, 2008).

Sonuç olarak; bu aşama, bir kişinin davranışının bir bağımlılığa dönüşüp dönüşmediğini belirlemede önemli sinyaller verir. Davranışın kontrolünün seviyeli olarak azaldığı, davranışın sıklığının hedeflendiğinden daha çok gerçekleşmeye başladığı seviyedir. Bu seviyenin ileri düzeyde tekrar eden davranışlara ulaşmasıyla negatif geri bildirimlerde artış farkedilebilir (Freimuth vd., 2011).

2.5.3. Aşama 3: Sorunlu Egzersiz

Problem aşamasında istenilen amaca ulaşılsa bile davranış devam eder. Bu, alkol bağımlısı biri gibi, alkolden istenen tatmini almasına rağmen içmeye devam eden bir sorunlu içici ile aynı özelliştir. Bu aşamanın bir diğer özelliği de davranış önce sosyal olarak yapılırken bir süre sonra tek başına yapılmasıdır. Kişi grup etkinliğinden

ayrılır ve tek başına çalışmaya başlar (Freimuth vd., 2011). Davranış üzerindeki kontrol zayıflar. Çünkü davranış sona erdiğinde yoksunluk belirtileri başlar. Bu, aşırı egzersizin olumsuz sonuçları nedeniyle kişinin sinirlenmesi ve kendini kötü hissetmesi olarak görülür. Bu düzeyde sergilenen davranış sadece iyi bir ruh hali elde etmek değil, aynı zamanda yoksunluk belirtilerini ortadan kaldırmak içindir. Bu aşamada, davranışın rastgele hale geldiğine dair kanıtlar vardır (Adams ve Kirkby, 2002). Aslında, bir çalışmada, alkol alkolikler için ne iyi ne de kötüydü, önemli olan alkolün varlığıydı (Kohut, 1987). Bir egzersiz bağımlısının planlarına dahil ettiği egzersiz davranışı mümkün olmadığında, farklı bir davranış gösterme eğiliminde olacaktır. Örneğin; birey el bileğinden zarar görmüş durumda olsa dahi egzersiz hareketlerine ara vermemek için farklı kas gruplarının çalıştığı diğer egzersiz çeşitlerini yapmayı sürdürür (Griffiths, 1997).

2.5.4. Aşama 4: Egzersiz Bağımlılığı

Bu aşama, kişi egzersiz planlamasını hayatının en önemli parçası haline getirene kadar sürdürür. Egzersiz bağımlısı kişiler egzersiz esnasında yaşadıkları zevke rağmen daha fazla koşmaya, daha fazla ağırlık kaldırmaya veya daha fazla antrenmana katılmaya devam ederler. Bağımlılığın doğasıyla uyumlu olarak, davranış, hayatı daha katlanılabilir kılmak, zorluklarla başa çıkmayı kolaylaştırmak ve nihayetinde hayatı yönetilemez kılmak için başlar. Egzersiz bir kişinin hayatında merkezi hale geldikçe, birincil amaç motivasyonunun yerini yoksunluk semptomlarından kaçınma alırsa, davranıştan elde edilen zevk azalırken, doğrudan ve ikincil olumsuz sonuçlar, günlük hayatta kesintiler ve sosyal hayatta diğer görevleri yerine getirememeye şeklinde üç olumsuz sonuca yol açmakta ve bu olumsuz sonuçlar giderek birbirine bağımlı hale gelmektedir. Örneğin bireyin herhangi bir sakatlık durumunda koşmaya devam etmesi, ilerleyen zamanda kendisinde suçluluk duygusu oluşmasına ve bunun sonucunda da diğer insanlar arasındaki ilişkilerinin bozulmasına sebep olarak ikincil olumsuz sonucu doğurur. Ayrıca silsilenin sürmesi ile bilimsel olarak depresyon durumunda olma gibi üçüncül olumsuz sonuçlarda gözükabilir (Freimuth vd., 2011).

2.5.5. Egzersiz Bağımlılığının Tedavisi

Egzersiz bağımlılığı için bir tedavi veya kılavuz geliştirmek, hastalığın diğer bağımlılıklara göre nispeten düşük bir insidansa sahip olması ve hastaların nadiren uzman yardımını alması nedeniyle daha da zorlaşmaktadır. Tedavi sürecindeki bu

zorluklara ek olarak, egzersiz bağımlılığının ayrı bir patoloji mi (Blaydon ve Lindner, 2002) mi yoksa daha önce tartışılan yeme bozukluklarına eşlik eden bir faktör veya semptom mu (Bamber vd., 2000) olduğu konusunda fikir birliği eksikliği olabilir. Belirli türdeki madde bağımlılığı ve davranışsal bağımlılıkların tedavisinde iki tür müdahale etkilidir: motivasyonel görüşme ve bilişsel davranışçı terapi (Miller ve Rollnick, 2002). Egzersiz bağımlılığında, uygun bir tedavi planı için tam ve doğru tanı ve ayırıcı tanı esastır. Birlikte ortaya çıkan bozuklukların (özellikle yeme bozuklukları) farkında olmak ve her ikisini aynı anda tedavi etmek önemlidir. Sadece egzersiz bağımlılığı iyileştirilirse, birey düşük kilo seviyelerini düzeltmek için yemek yeme eyleminde artış gösteren yeme bozukluğuna sahip olabilir. Egzersizin sağlığa birçok faydası olduğu için egzersiz bağımlılığının tedavisi söz konusu olduğunda egzersizden kaçınmak çözüm olmayabilir. Daha uygun bir hedef, ılımlı ve kasıtlı egzersize devam etmek olabilir. Bazı durumlarda farklı bir egzersiz programı önerilebilir (Freimuth vd., 2011). Ayrıca motivasyonel görüşme teknikleri terapide yapılması gereken ilk şeylerden biridir. (Miller ve Rollnick, 2002). Bağımlı hastalar, aşırı egzersizin olumsuz sonuçlara yol açabileceğinin farkında olmalı ve egzersiz rutinlerini daha makul bir düzeye çıkarmalıdır. Bir sonraki adım bilişsel davranışçı terapi olabilir. Bilişsel terapi, uyumsuz davranışlara ve olumsuz duygulara yol açan düşüncelerin (bilişsel yeniden yapılandırma yoluyla) tanımlanması ve düzeltilmesine dayanır (Beck, 1995). Örneğin olumsuz düşünceler, egzersiz yapmadan hiçbir şey yapamayacağınız veya olumsuz duyguları azaltmanın tek yolunun egzersiz olduğu düşünceleri içerebilir (Johnston vd., 2011).

Bu nedenle, bir literatür incelemesinde egzersiz bağımlılığı ile ilgili çalışmaların gözden geçirilmesi, şu anda egzersiz bağımlılığı için tam ve kesin bir tedavi bulunmadığını ortaya koymuştur. Araştırmalar, egzersiz bağımlılığının ve farklı bozuklukların aynı anda semptomlar gösterebileceğini ve bu bozuklukların karşılıklı olarak nedensel olabileceğini düşündürmektedir. Bu durum göz önünde bulundurularak uzmanlara tavsiye edilir; insan sağlığını etkileyen birçok faktör ile mevcut tüm patolojik durumların tedavi edici bir değerlendirmesidir (Mülazımoğlu vd., 2010).

2.6. Beslenme ve Yeme Bozukluğu

Özellikle beslenme, egzersiz, iklim koşulları, çevresel faktörler, genetik gibi faktörler kişinin ruh sağlığı üzerinde önemli etkiye sahiptirler. Küreselleşen dünyada

insanların yaşam tarzları ve beslenme alışkanlıkları hızlı değişimler geçirmekte ve bu değişimler çeşitli çevrelerde sıkça tartışılan ve tartışılan bir konu haline gelmektedir (Dapi vd., 2011). Bir kişinin sağlıklı kabul edilebilmesi için fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan genel olarak iyi durumda olması ve tüm vücut fonksiyonlarının zaman içinde kusursuz bir şekilde işlemesi ve bu şekilde kalması gerekirken, beslenme ise sağlıklı kalmak, sağlıklı kalmak ve kaliteli bir yaşam sürmek için vücudun ihtiyaç duyduğu tüm besin maddelerinin doğru zamanda, yeterli miktarda ve sıklıkla alınması eylemidir. Beslenme, açlığı bastırmak, karnınızı doyurmak ya da canınız ne istiyorsa onu yemek değildir (Baysal, 2011). Aşırı yeme veya aç kalma gibi sağlıksız yeme davranışları veya fiziksel özelliklerine (kilo gibi) aşırı dikkat edilmesi ve hem fiziksel hem de zihinsel nedenlere sahip olması yeme bozuklukları olarak kendini gösterebilir. ED teşhisi konan kişiler genellikle fiziksel durumlarından memnun değildir. Örneğin; vücut kas yapılarını beğenemeyecek kadar şişman olduklarını düşünmeleri , eksik beslenme ,yemek yeme sonrasında istifar etmek veya bilerek kusturma, sindirim bozukluğuna karşı ilaç alma ve kontrol dışı egzersiz yapma gibi eylemlerde bulunabilirler (Abraham vd., 1997). Yeme durumundaki bozukluklar için risk içeren benzer grupların bir kaç belli özellikleri; toplum tarafından dayatılan zayıf olma gereksinimi, fiziksel özelliklerinden ve vücut şeklinden hoşnutsuzluk duymama, obezliğin getirdiği negatif etkilerden çekinme ve bireyin kendine olan saygısının yeterli olamaması şeklinde söylenebilir (Akgül, 2018).

2.6.1. Yeme Bozukluklarının Çeşitleri

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabında (DSM-V), pika, süpüratif (ruminasyon) bozukluk, kaçınma/kısıtlı gıda alımı bozukluğu (CKAD), anoreksiya nervoza (AN), bulimia nervoza (BN) ve tıknırcasına yeme bozukluğu (sınıflandırılmıştır) BED olarak), diğer tanımlanmış beslenme ve yeme bozuklukları ve tanımlanmamış beslenme ve yeme bozuklukları olarak yer verilmiştir (Gezer ve Kabaran, 2013).

2.6.2. Pika

Pika sendromu veya hastalığı, en az 1 ay boyunca besleyici değeri olmayan maddelerin tiksinsiz ısrarcı şekilde yenmesi olarak tanımlanır (Duca, 2011). Pika sendromunun demir, bakır ve çinko eksiklikleri ile arsında bir çeşit ilişkisel durum olduğu düşünülmektedir. Örnek olarak toprak, kum, sabun, buz, metal, kireç, saç, tırnak, kibrit ucu, kil vb. maddeler kullanılabilir. Prevalansı çocuklarda ve hamile

kadınlarda daha fazladır. Bu, özellikle bebeklik döneminde çocukların ağızlarına yeni maddeler koyduğunda ortaya çıkan pika sendromundan farklıdır. (Young vd., 2008). Zihinsel engelli insanlarda yapılan çalışmalarda, bilişsel davranışçı tedaviyle birlikte pekiştirici ve yanıt azaltma tekniğinin uygulanması sonucunda, pika hastalığının iyileştirilmesinde %70 oranında başarı sağlandığı görülmüştür (Ertekin, 2012)

2.6.3. Geri Çıkarma-Geviş Getirme Bozukluğu

Geri Çıkarma-Geviş Getirme Bozukluğu (Ruminasyon), yutulan besinlerin istem dışı, tikslenme olmaksızın ağza götürülmesi, tekrar çiğnenmesi, yutulması veya tükürülmesi durumudur. 0-1 yaş arası bebeklerde, gelişme geriliği olan kişilerde, nörolojik ve psikolojik sorunları olan hastalarda daha semptomatik olmakla birlikte her yaş ve grupta görülebilir (Green vd., 2011). Çıkarma bozukluğu en az 1 ay sürmeli ve kusma veya başka bir rahatsızlıktan kaynaklanmamalıdır. Ayrıca yoksunluk bozukluğu tanısının konabilmesi için yeme bozukluğu ile ilişkili başka bir durumun olmaması gerekir. (Alvarenga vd., 2012). Ruminasyon bozukluğu olan kişiler genellikle her yemekten sonra kronik olarak (1-3 saat) bu duruma maruz kalırlar. (Talley, 2011).

2.6.4. Kaygılı ve Kısıtlı Yiyecek Alım Bozukluğu

Yeterli olmayan besin alımı, besinlere karşı ilgisizlik, belirli yiyeceklerin tüketilmesi ve belirli yiyeceklerden ise çeşitli sebeplerle (renk, koku, tat gibi) uzak durma ile karakterize, yetersiz enerji alımı ve kilo kaybı ile sonuçlanan bir yeme bozukluğudur. Kilo almaktan korkmayan KKYAB' nda, besinler ulaşılabilir ve besine erişmede bir engel olmamasına rağmen tercih edilmez. Tüp yöntemi kullanılarak (parenteral) beslenmeye veya besin takviyelerine sadık kalma ile birlikte psikolojik ve çevresel durumlarda azalma gözlemlenebilir. Aynı anda olan diğer bozukluklarla bağlantı kurulamaz ve sağlık problemleriyle daha iyi bir şekilde tanımlanamaz (Deniz, 2019).

2.6.5. Anoreksiya Nervosa (Kısıtlayıcı ve Tıkanan Tip)

Anoreksiya nervosa, tipik olarak ergenlik ve gençlik döneminde ortaya çıkan, beden imajı ile ilgili olumsuz yargılar nedeniyle sağlık bütünlüğünü bozacak şekilde yemek yememe durumu olarak tanımlanmaktadır (Tahiroğlu vd., 2005). Kişi, fiziksel bütünlüğünden taviz verecek kadar zayıf olsa bile kendini fazla kilolu sayacak, sürekli kilo alma endişesi duyacak ve bu duygu durumlarına dayalı beslenme davranışları sergileyecektir. Kadınlarda erkeklere göre daha yaygın olduğu tartışılabilir (Lacoste,

2017). AN'li kişiler, kilo alımına neden olabilecek yüksek kalorili gıdalardan kaçınarak günlük kalori alımlarını azaltırlar (Murray vd., 2018). AN, yiyeceklere kolay erişimleri ve zayıf, zarif bir fiziğin sosyal olarak daha ilginç olduğu düşünüldüğü için üst-orta sosyoekonomik statüdeki insanlar arasında daha yaygındır. Amerikan Psikiyatri Birliği (APA), AN bozukluklarının başlangıç yaşının genellikle ergenlik olduğunu vurgulamaktadır. 40 yaş ve üzerinde insidansın çok nadir olduğu bildirilmiştir (Phillipou vd., 2019). AN'nin altında yatan nedenin net bir etiolojisi olmamakla birlikte, nedenlerin bir kombinasyonundan kaynaklandığı düşünülmektedir (Önal, 2017). Psikanalitik bakış açısıyla; AN tanısı konan kişilerin anne-çocuk ilişkisinin erken evrelerinde sorunlar yaşadıklarına dikkat çeker. Bu dönemde anne çocuğun duygusal ihtiyaçlarını algılayamaz ve empatiden yoksundur. Bu, çocuğun vücudunun ihtiyaçlarını anlamada ve gelecekte bu ihtiyaçları karşılamada sorunlara yol açabilir. Vücudunun kontrolünü kaybeden kişi, oral dürtülerini bastırarak bunu telafi etmeye çalışır (Küey, 2008). Bu hastaların ailesindeki baskın anne. Hastalar annelerini yakın görmemiş, annelerini reddedici ve düşmanca olarak tanımlamışlardır. AN'li çocuk ve ergenlerin ailelerinde yüksek oranda madde ve alkol kullanımı, ebeveyn uyumsuzluğu, boşanma ve ruhsal bozukluklar görülmektedir. (Toker ve Hoccoğlu, 2009).

2.6.6. Bulimiya Nervosa (Geri Çıkarma Olan ve Olmayan Tip)

Bulimia nervosa, tekrarlayan tıknırcasına yeme atakları, atak boyunca kontrolden çıkmış hissetme ve bu davranışların sonuçlarını telafi etmek için uygun olmayan yöntemler (açlık, aşırı egzersiz, diüretik ve müshil almak, kendi kendine kusma) ile karakterizedir. Üç ay boyunca haftada en az bir kez ortaya çıkan bu bozuklukta BN'li kişiler sıklıkla kendilerini görünümüne ve kilolarına göre değerlendirmekte ve kendilerini aşırı derecede eleştirmektedir (Birliği, 2013). Araştırmalar, BN'li kişilerin geçmişte fiziksel istismara maruz kalma olasılığının daha yüksek olduğunu ve daha az olsa bile yakın arkadaş veya akrabalarından ayrılma gibi olumsuz olaylar yaşadıklarını göstermiştir. Diğer bir risk grubu ise kronik hastalıkları (örn. gastrointestinal hastalık, diyabet) olan kişilerdir. BN'nin iki ilerlemesi vardır, biri yemeği çıkarmak, diğeri ise yemeği çıkarmadan telafi etmek. Kişi yanlışlıkla laksatif, diüretik, lavman gibi maddeleri kullanarak ve kendini kusturarak yiyecekleri çıkarma davranışları sergiler. Veya beslenme ihtiyacını karşılamama ve gereğinden fazla egzersiz yaparak kontrol dışı yeme eylemini dengelemeye çalışır (Bodner ve Kurtz,

2019). Bu bozukluk uzun bir süre boyunca durdurulmaz ve engellenmezse önemli derecede psikososyal bozukluklara ve sağlık problemlerine yol açabili. En önemli tıbbi problem olarak istifrar etmenin neden olduğu yemek borusu, diş mineleri ve midede oluşan zararlar gözlemlenmektedir. (Erol, 2019).

2.6.7. Bulimiya Nervoza (Çıkarma Olan ve Olmayan Tip)

BED, tıkanırcasına yeme ataklarının birbiri ardına meydana geldiği ve ataklar sırasında kontrolsüz yeme davranışının ortaya çıktığı bir yeme bozukluğudur. Bu, normal bir insanın belirli bir saatte yiyebileceğinden çok daha fazla yiyecek tüketmesidir. Bu tıkanırcasına yeme döneminde kişi yemek yemeyi bırakamaz ve yediği yemeğin miktarını kontrol edemez. Bu yeme davranışında bireyler normalden daha yüksek oranda yemek yiyebilir ve kendilerini rahatsız hissedene kadar yemeye devam etmek, tok olduklarında bile aşırı yemek yemek, aşırı gıda alımı nedeniyle aşırı yemek yemek gibi kontrolü kayb ettiklerine dair işaretler vardır. , şiddet olaylarından sonra suçluluk ve depresyon. Tanı için bu göstergelerden en az üçü gereklidir. BED, kilo kaybı belirtisi olmadığı için AN'den farklıdır ve BN'den farklıdır çünkü yiyecek çıkarma işlevi yoktur (Roehr, 2013).

2.6.8. Tanımlanmış Beslenme ve Yeme Bozuklukları

Bu aşama, kişilerin tıbbi bakımdan fonksiyonlarında deformelere neden olan fakat herhangi bir yeme bozukluğu için gerekli tanı özelliklerini bulundurmayan durumlarda gözlenen belirtilerin yani semptomların sebeplerini belirleme aşamasında yararlanılır. (Birliği, 2013). DSM-5 'te bu aşamaların sınıflaması şu şekildedir:

Atipik Anoreksiya Nevroza

Eşik Altı Bulimiya Nevroza

Eşik Altı Tıkanırcasına Yeme Bozukluğu

Çıkarma Bozukluğu

Gece Yeme Sendromu

2.6.9. Tanımlanamamış Beslenme ve Yeme Bozukluğu

DSM-5'te bulunmayan ve yeme sorunları için tanı koyma ölçütlerini karşılamayan, fakat kişinin hayatsal faaliyetlerine önemli bozulmalara neden olan ve bazı kötü beslenme ve yeme alışkanlıkları ile karakterize olan bozukluklar araştırma

konusu haline gelmiştir. Ancak bazen tanı koyarken yeterli bilgi yoktur. Bu kategori, bu tür bozuklukları ifade ederken kullanılır (Giovannoni vd., 2018). Örneğin; Bigoreksiya (kas deformitesi) çok bilinmeyen, tanımı yapılmamış beslenme bozukluğu ile ilişkili bir sorundur. Bu hastalıkta, ortalamanın üzerinde bir beden olmasına rağmen, kişi hala yeterince büyük olmadığını düşünür ve kaslarını büyütme çalışır. Polifaji erkeklerde kadınlara göre daha yaygın olmasına rağmen, başlangıç yaşı genellikle geç ergenlik ve erken yetişkinliktir. Bulimiye sahip kişiler, hava sıcak olduğunda bile vücutlarından rahatsız oldukları için daha büyük görünmek için üst giysiler giyebilirler. Bigoreksiyalı kişilerin ne kadar büyük kas hacmine sahip olurlarsa olsunlar görünümlemlerini hacimce küçük bulma düşüncesi onları ek besin almalarına ve illegal olan birkaç ilacı almaya ve kullanmaya teşvik etmektedir. Vakitlerinin çoğu kısmını fitness salonlarında egzersiz çalışmalarına harcayarak kullanırlar ve bu durum dışarıdaki diğer hayatlarına birtakım sınırlamalar getirmelerine sebep oluşturur. Ayriyetten bu bu durumdaki bireylerin diyetlerine çoğunlukla protein ağırlıklı besinler bulunmaktadır (Tod vd., 2016).

2.7. Ortoreksiya Nervoza

Latince bir kelime olan orthorexia, "doğru, eksiksiz, etkili" şeklinde tanımlanabilen iki kelimenin "orto"ve "iştah", "açlık" anlamına gelen "oreksis" kelimesinin birleşimidir. "Ortoreksiya Nervoza" terimine ilk olarak Dr. Steven Bratman tarafından araştırmalarda yer verilmiştir. 1997 çalışmasında, bazı hastalarda kompulsif yeme davranışlarını gözlemledi. Çalışmanın sonuçları, Amerika Birleşik Devletleri'ndeki ON frekansının çok yüksek olduğunu göstermektedir. Bratman ayrıca ortodonti hastalarının sorununun şişman ya da zayıf olmaları değil, her şey yolunda giderse diyetlerini mükemmel planladıklarına ve sağlıklı kalmak için çabalarını abarttıklarına inandıklarına dikkat çekiyor (Bratman vd., 2000). Sağlıklı beslenme veya Ortoreksiya Nervoza takıntısı, bireylerde ciddi diyet kısıtlamalarına yol açabilir ve beslenme ve psikososyal bozukluklara yol açabilir, ancak uzun vadeli gıda saflığına odaklanma durumu olarak tanımlanmaktadır. ON, patolojik olarak sağlıklı beslenme davranışları gösteren kişilerle ilgili endişe duyma sebebiyle gözlemcilerin dikkatini çekti (Dunn ve Bratman, 2016).

ON, sağlıklı beslenme konusunun bir saplantı haline geldiği ve bu kompulsif davranış kalıplarının kişinin yaşantısını her açıdan olumsuz yönde etkileyebilecek bir sorundur. ON'lu insanlar, sağlıklı yiyecekleri bulma ve bulma sürecinden bunları

hazırlama, pişirme ve yemeye kadar belirli hastalıkların önlenmesinde ve tedavisinde etkili olan yiyeceklerle yiyecekleri birleştirme konusunda takıntılıdır. Besinlerin besin değerine, kalitesine ve içeriğine önem verme durumu, insanların beden ve ruh sağlığını koruma ve iyileştirme isteğinden doğan bir davranıştır. Bu davranış tek başına hastalığın kendisini gerçekten göstermez. Ancak gün içerisinde uzun süre beslenme ile meşgul olan veya günlük aktivitelerini sosyal izolasyona neden olacak şekilde kısıtlayan bir birey zamanla ON bozukluklarına yol açabilir. BN ve AN hastalıklarının en derininde alınan besinin miktarı bulunurken, ON ise gıdaların kalitesine dikkat eder. (Donini vd., 2004). ON' nin farklı bir hastalık olarak değerlendirilip değerlendirilmeyeceği veya AN, OKB gibi başka bir hastalığın habercisi olup olmadığı ile ilgili araştırmalar devam etmektedir. (Barthels vd., 2015). Ortodontik özelliklere sahip kişiler, yiyeceğin nasıl hazırlandığı ve içine hangi malzemelerin konulduğu konusunda endişe duydukları için dışarıda yemek yemekten rahatsızlık duyabilirler. Bu, yiyicilerin sadece besin içeriğine değil, aynı zamanda yemek hazırlama ve pişirmeye de takıntılı olduğunu gösteriyor. Ayrıca bu kişiler, yemeğin kalitesini mümkün olduğunca düşürmemek için sebzeleri çiğ yemeye eğilimlidirler. Ayrıca ON, bireylerin gıda satın alma davranışlarını da etkiler. Alışveriş sürecinde gıda ambalajlarını uzun süre kontrol ettikten sonra ürünleri kanserojen, katkı maddesi, hormon vb. sağlıksız maddeler açısından kontrol etme davranışı sergilediler. Bazen bu birçok ürünün terk edilmesine yol açar. Kısıtlayıcı yeme davranışları belirli gıdaların alınımının azalmasına yol açtığından, AN hastalığında olduğu gibi zamanla kilo kaybı meydana gelebilir (Gezer ve Kabaran, 2013).

2.7.1. Ortoreksiya Nervoza Tanı Kriterleri

ON için kesin ve kesin tanı kriterleri olmasa da bazı araştırmacılar bu alanda araştırmalar yapmışlardır.

Setnick (2013), beslenme ve diyetin sağlıklı gereğinden fazla ilgilendiğini ve beslenmenin bireyin öz değerlendirmesi için anlamlı olmadığını göstermek için 2013 yılında yaptığı bir çalışmada aşağıdaki kriterleri belirlemiştir:

Sağlıksız olduğu düşünülen yiyeceklerden uzak durma veya tepki verme korkusu. Başkaları bu yiyecekleri yese bile panik yapma.

Sağlıklı olmadığını düşündükleri besinleri yedikten sonra aşırı derecede ruhsal bunalım, pişmanlık duyma veya kendini cezalandırıp canına zarar verme.

Sentetik maddelerin gıdalarda aşırı yüksek konsantrasyonlarda bulunduğuna veya gıdalarla kontamine olduğuna dair inanç nedeniyle gıda alımından ziyade beslenme takviyelerine beslenme yetersizlikleri ve/veya psikolojik bağımlılık; dengeli beslenme ihtiyaçlarının karşılanamaması.

İnsanda bulunmayan tıbbi bir durumda veya sorunu gidermede diyetin bir faydasının bulunmadığı durumlarda sağlıksız bir diyet uygulamak.

Tam tersine kanıtlanmış bilgiler bulunmasına rağmen diyetin sağlıklı olduğu fikrinde ısrarcı olmak.

Günlük yaşam aktivitelerine, yemeklerde sosyal mesafe gibi sosyal fonksiyonlara, yemekle birlikte verilen sosyal aktivitelerden kaçınma veya uzun süreler boyunca yemeğe odaklanarak iş, okul veya aile sorumluluklarını ihmal etme gibi sosyal fonksiyonlara aleni müdahale. ON, bu kriterlerin ötesinde, yiyecek eksikliğinden veya kültürel alışkanlıklardan kaynaklanan bir davranış değildir. Şahsen, sadece sağlık ve uzun ömür için kilo verme konusunda endişelenmiyorum. ON, başka bir tıbbi duruma, AN, BN veya OKB gibi başka bir zihinsel bozukluğa atfedilemez (Setnick, 2013). Moroze vd. (Moroze vd., 2015)'de yaptığı çalışmada, ON kriterlerini belirlerken insanların ilk kriter olarak diyetin kalitesine ve içeriğine odaklanması gerektiğini ve ON'un birden fazla birey olabileceğini belirterek, sağlıklı yiyecekler yeme konusunda obsesif kompulsiyonu olması gerektiğini belirtmiştir (Alina, 2020).

Aşağıdaki kriterler belirtilmiştir:

Saf gıda yeme takıntısı ve meşguliyeti nedeniyle dengesiz beslenme.

Kirli ve sağlıksız gıdaların tüketilmesi ve gıda kalitesinin fiziksel ve zihinsel sağlık üzerindeki etkisi ile ilgili endişeler.

Kişisel olarak sağlıksız olduğunu düşündüğünüz yağ, koruyucu, katkı maddesi, hayvansal ürün veya diğer bileşenleri içeren gıdalardan kesinlikle kaçının.

Gıda uzmanı olmayan kişiler, gıdaların bileşimine ve kalitesine, belirli gıda türlerini anlama, okuma ve/veya hazırlamaya odaklanarak aşırı miktarda (günde 3 saat veya daha fazla) zaman harcarlar.

Sağlıksız veya kirli yiyecekler yedikten sonra kötü bir şey yaptığınızı düşünerek suçluluk ve endişe duymak.

Diğer insanların yemek hakkındaki fikirlerine karşı hoşgörüsüz davranmak.

Bireyler kalite ve içerik algıları nedeniyle gelirlerine göre gıdaya çok fazla para harcarlar (Matera ve Brytek, 2012). Ayrıca sağlıklı beslenmeye olan bu saplantının beslenme dengesizlikleri yoluyla fiziksel sağlığa zarar verebileceğini veya sosyal, akademik ve profesyonel işleyişte bozulmaya yol açabileceğini bildirdi. ON, başka bir hastalığın semptomlarında bir artış ile ilişkili değildi (Fidan vd., 2010). Dunn ve Bratman'ın (Dunn ve Bratman, 2016) ON için tanı ölçütlerini belirlediği çalışmada; sağlıklı yeme odaklı kompulsif yeme davranışı, özellikleri değişebilen bir yeme teorisi veya inançlar dizisi olarak tanımlanırken; Aşırı duygusal sıkıntı ile karakterizedir. sağlıksız olarak kabul edilen yiyecek seçimleriyle ilişkilidir. Yine, diyet seçimleri yoluyla kilo vermek mümkün olsa da, bu birincil hedef değildir. Aşağıdaki kriterlerle kanıtlanmıştır:

Obsesif kompulsif davranışlar ve/veya insanların sağlıklarını iyileştirebileceğine inandıkları olumlu ve kısıtlayıcı beslenme uygulamalarına odaklanma (Üstündağ, 2020)

Aşırı hastalık korkusu, kişisel kirlilik duyguları ve/veya olumsuz bedensel duygular, kaygı ve utanma ile birlikte, kişinin kendine koyduğu beslenme kurallarını ihlal eder.

Zamanla, arındırabileceğine veya detoksifiye edebileceğine (algılanan zararın şiddetini azaltabileceğine) inandığı büyük ve giderek daha sık yapılan temizlemeler (kısmen yasaklanmış) dahil olmak üzere tüm gıda grupları ortadan kalkana kadar diyet kısıtlamalarını artırdı. Bu kazanç kilo kaybı ile sonuçlanır, ancak kilo verme arzusu olmadan korunur veya sağlıklı bir diyet düşünmekten daha az önemli kabul edilir. Zorlayıcı davranış ve meşguliyet, bir kişinin sağlığına zarar verebilir ve aşağıdakilerden herhangi birine sahip olabilir:

Yetersiz beslenmeye, ciddi kilo kaybına veya diğer tıbbi komplikasyonlara yol açan kısıtlı beslenme.

Sağlıklı beslenmeyle ilgili inançlar veya davranışlar nedeniyle bozulmuş sosyal, akademik veya mesleki işlevsellik veya iç sıkıntı (Röthig, 2003)

Olumlu beden imajı, benlik değeri, kimlik ve/veya tatmin, büyük ölçüde kendi tanımladığı sağlıklı beslenme davranışlarına bağlı kalmaya bağlıdır (Dunn ve Bratman, 2016).

Barthels vd. (Barthels vd., 2015) yılında yaptığı bir araştırmada, bir bireye ON teşhisi konan ilk kriterin sağlıklı beslenme, sağlıklı gıda ve sağlıklı beslenmeye sürekli ve yoğun bir şekilde odaklanması olduğunu belirledi. Sağlıksız olarak algıladıkları gıdalardan kaçınmanın yanı sıra, insanların belirli endişeleri olabilen,. ON kriterlerine, gıdanın sağlık yararları ve etkinliği hakkında en az iki fikrin fazla tahmin edilmesini ve gıda satın alma, hazırlama ve tüketmeye ritüelleştirilmiş bir odaklanma dahil edilebilir ve bu odaklanmanın nedeninin yemek pişirmeyle meşgul olmaları değil, aşırı düşünceleri olduğu vurgulanabilir (Eriksson vd., 2008). Sağlıklı beslenmeye aşırı düşkünlük, sosyal, mesleki veya hayatın diğer önemli alanlarında acı çekmeye veya klinik olarak anlamlı bozulmalara yol açabilir ve/veya çocukları olumsuz etkiler ve bozuk yeme davranışları nedeniyle eksiklik sendromları geliştiği gibi, kilo kaybı ve kilo kaybı hedeflenebilir, ancak kilo ve beden ile ilgili endişeler sendroma hakim olmamalıdır (Barthels vd., 2015).

2.7.2. Ortoreksiya Nervosa Risk Faktörleri

Psikososyal ve demografik risk faktörleri incelendiğinde; ON'da yaş faktörlerine ilişkin çalışmalar farklılıklar göstermiştir. Örneğin; Türkiye'de 16-29 yaş arası tıp öğrencileri arasında 21 yaş altı öğrencilerin 21 yaş üstü öğrencilere göre daha yaygın düzeltici davranışlar sergilediklerini bulmuştur.(Fidan vd., 2010). Aynı şekilde ON, genç İtalyan sporcular arasında yaşlı yetişkinlerden daha yaygındır. (Segura vd., 2012) Buna karşılık, Macar ve İtalyan çalışmalarının örneklerinde, ON semptomlarının olasılığı yaşla birlikte daha fazlaydı. (Donini vd.,2004 ; Varga vd., 2014). Kişilik özelliklerini inceleyen bir çalışmada benlik saygısı ile ON arasında bir ilişki bulunamamıştır. Ayrıca narsisizm ile pozitif ilişkili olan bu çalışmada, yüksek mükemmeliyetçilik ve nevrotiklik (duygusal dengesizlik) özelliklerine sahip bireylerin de ON eğiliminin daha yüksek olduğu bulunmuştur. (Oberle vd., 2017) OKB ve ON arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarda, ritüelleştirilmiş ve kural odaklı bir egzersiz düzenini takip etme ihtiyacının, yiyeceğin kalori içeriğiyle ilgili bir saplantının ve başkalarının yanında yemek yeme korkusunun ON'u olumlu yönde etkilediği düşünülmüştür (Segura vd., 2012). Başkalarını incitmekle ilgili hem obsesif hem de obsesif düşünceler, daha yüksek ON semptomları ile ilişkilendirildi. Ayrıca ON olan

bireylerde obsesif-kompulsif belirtiler ve obsesif-kompulsif belirtiler, olmayanlara göre daha belirgin bulunmuştur (Strahler vd., 2018).

Sosyal medya kullanımı ile ON arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada, Facebook, Pinterest, Google+ ve Tumblr kullanımı ON ile çok küçük etkilerle ilişkilendirilmemiş, ancak artan Instagram kullanımı ile ON semptomları daha yaygındı. Yazarlar, uygulamayı öncelikle gıda ile ilgili hesapları takip etmek için kullanan bir Instagram kullanıcısı segmenti olabileceğini tahmin ediyor (Turner ve Lefevre, 2017). Birkaç çalışma, egzersize katılımın artan ON riski ile pozitif olarak ilişkili olduğunu bulmuştur. Bireyin fiziksel aktivite düzeyi arttıkça daha fazla ON görüldüğü söylenmektedir (Segura vd., 2012). Ek olarak, fitness katılımcıları arasında, AÇIK eğilimi olanların, AÇIK olmayanlara kıyasla haftada 3 veya daha fazla kez egzersiz yapma olasılıkları daha yüksekti (Almeida vd., 2018). Ek olarak, daha yüksek düzeyde egzersiz bağımlılığı ve daha uzun egzersiz süreleri olan fitness kulübü üyeleri, daha fazla ON ile ilişkilendirilmiştir (Rudolph, 2018). Aynı şekilde başka bir çalışmada da aerobik egzersiz ve kuvvet antrenmanının kompulsif ve kural odaklı egzersiz yapan ve egzersiz bağımlılığı puanları yüksek olan bireylerle daha fazla ilişkili olduğu bulunmuştur (Oberle vd., 2018). Fiziksel memnuniyetsizlik ile ON arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada; ON'lu kişilerin, ON'lu olmayanlara göre daha yüksek düzeyde fiziksel memnuniyetsizliğe sahip oldukları ve ON'lu fitness üyelerinin, ON'lu olmayanlara göre daha fazla Görünüş memnuniyetsizliği olduğu bulunmuştur (Parra, 2018 ; Almeida vd., 2018). İnce ideallerin içselleştirilmesi ile ON arasındaki ilişkiyi araştıran başka bir araştırmacı, ince/kaslı ideallerin içselleştirilmesinin erkeklerde ON'un önemli bir yordayıcısı olmasına rağmen, kadınlarda hem ince ideallerin algılanmasının hem de içselleştirilmesinin tahmin edilebilir olduğunu buldu. (Eriksson vd., 2008).

2.7.3. Ortoreksiya Nervoza Tedavisi

Yeme bozuklukları diğer ruhsal bozukluklardan farklı olarak tedavi edilir. Bir yeme bozukluğunun altında yatan farklı nedenleri incelerken, tedavi çok yönlü olmalıdır. Bu nedenle terapide farklı yaklaşımlar, stratejiler ve yaklaşımlar bir arada kullanılmalıdır. Ortoreksiya tedavisinin başlangıcında öncelikle ortodonti ile ilgili spesifik bilgiler, özellikleri ve semptomları öğrenilmeli, ortodontik davranış sergileyen bireylerin sosyodemografik bilgileri ile fiziksel ve ruhsal sağlıkları değerlendirilmelidir (Natenshon, 2017). Uygun bir müdahale olarak, ilaç, bilişsel-

davranışçı terapi ve psikolojik eğitimin birlikte kullanıldığı ve hastaların ayakta tedavi ortamında yakından izlendiği doktorlar, psikoterapistler ve beslenme uzmanlarını içeren aşırı disiplinli bir ortamı içerir. Deneyimli bir doktorun rehberliğinde yatarak tedavi şeklinde olmalıdır. Bununla birlikte, tedavide olanzapin antipsikotikler, gıda ile ilgili düşüncelerde kompulsifliği azaltmak için başarıyla kullanılmıştır (Morozze vd., 2017). Ayrıca tedavide kullanılan ilaçlar doğal olmadığı için ortodontik bireylerin reddedilebileceği de unutulmamalıdır (Mathieu, 2005). Psikoterapinin ON için uygun bir modalite olduğu düşünüldüğünde, müdahaleler hastaya ve semptomlarına göre bireyselleştirilmelidir (Arusoğlu, 2008). Ayrıca, tedavi hedeflerini belirlerken sadece ON'lu kişinin ne yediğine değil, aynı zamanda sağladığı yiyecekleri nasıl satın aldığına ve hazırladığına da odaklanın. Hastaların sadece ne yediklerine değil, yediklerini nasıl aldıklarına, hazırladıklarına ve hissettiklerine de dikkat edilmesi gerektiğini kabul ediyor (Borgida, 2012). Mükemmeliyetçilik gibi sorunlu kişilik özellikleriyle birlikte bilişsel yeniden yapılandırma, sağlık, diyet ve gıda ile ilgili tüm bilişsel engelleri kaldırabilir. (Nancy ve Alexandra, 2015). Çeşitli gevşeme egzersizleri, yemeklerden önce ve sonra kaygı ve sağlık sorunlarının giderilmesine yardımcı olabilir (Shapiro vd., 2008 ; Schröder vd., 2013). Bir kişinin davranışını değiştirerek yemek kelime dağarcığını arttırmak, yemek sırasında sosyalleşmesini sağlamak, yemek dışındaki boş zaman aktivitelerini çeşitlendirmek mümkündür. Psikoeğitim, beslenme biliminde ampirik olarak doğrulanmıştır ve obsesif-kompulsif bozukluğu olan ve yemekle ilgili yanlış inançları olan ortodontik hastaları tedavi etmek için etkin bir şekilde kullanılabilir (Bartrina, 2007).

Araştırmalar, beslenme ve sağlık eğitiminin beslenme ve fizyoloji ile ilgili nesnel kavramları içermesi ve hastalara danışmanlık yaparken duygusal bir yaklaşımı terapiyle bütünleştirmek için hastaların gıda inançlarının ve gıda seçimlerinin derin duygusal yönlerini anlaması gerektiğini göstermektedir (Aarnio ve Lindeman, 2004). Şiddetli ortodontisi olan hastalardan hatalı yeme kavramlarını bırakmalarını istemek, aslında içselleştirilmiş ideolojiyi bırakmalarını istemektir; ister gerçekliğe ister büyümlü inançlara dayalı olsun, ideoloji kişinin hayatını şekillendirir ve sürdürmenin bir aracı olarak kaygıyı azaltır. . Bu nedenle, yerleşik ideolojilere meydan okurken psikoeğitimin hastalarda ciddi duygusal rahatsızlık yaratma potansiyeli değerlendirilmelidir (Lindeman vd., 2000).

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırma Modeli

Araştırma, Samsun ilinde düzenli olarak egzersiz yapan 350 birey katılmıştır. Farklı yaş gruplarında olan bireylerin belirli bir zamandaki durumlarını ortaya koymak amacıyla yapıldığından, kesitsel yöntem kullanılmıştır. Çalışmada veri toplama tekniği olarak ise anket tekniği kullanılmış ve anket sonuçları SPSS paket programı ile analiz edilmiştir. Çalışmaya 350 düzenli egzersiz yapan birey gönüllü katılmıştır.

3.2. Verilerin Toplanması

Çalışmaya Samsun ilinde düzenli egzersiz yapan, 16-50 yaş aralığında olan, 170 kadın 180 erkek olmak üzere toplamda 350 düzenli egzersiz yapan birey katılmıştır. Demografik özellikler olarak yaş, cinsiyet, haftalık spor yapma süresi, eğitim durumu spor salonu üyelik durumu ve fiziksel görünümünden memnun olma soruları değerlendirilmeye alınmıştır.

3.2.1. Egzersiz Bağımlılığı Ölçeği

Araştırmada bireylerin egzersiz bağımlılık düzeylerini belirlemek için veri toplama aracı olarak; Demir, Hazar ve Cicioğlu tarafından geliştirilen “Egzersiz Bağımlılığı Ölçeği (EBÖ)” kullanılmıştır (Demir vd., 2018). “Egzersiz Bağımlılığı Ölçeği” 17 maddeden ve 3 alt boyuttan oluşmaktadır. 5’li likert tipi formatında oluşturulan ölçeğin 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 maddeleri Aşırı Odaklanma ve Duygu Değişimi boyutunu; 8, 9, 10, 11, 12, 13 maddeler Bireysel-Sosyal İhtiyaçların Ertelenmesi ve Çatışma boyutunu, madde 14, 15, 16, 17 ise Tolerans Gelişimi ve Tutku boyutunu ölçmektedir (Demir 2018).

EBÖ’nin güvenirlik analizinde iki yöntem kullanılmıştır. Araştırmacılar tarafından yapılan ilk güvenirlik analizinde Cronbach Alpha Güvenirlik Katsayısı elde edilmiştir, Her alt boyut için bulunan katsayılar şu şekildedir: “Aşırı Odaklanma ve Duygu Değişimi” faktöründe 0,83; “Bireysel-Sosyal İhtiyaçların Ertelenmesi ve Çatışma” boyutunda 0,79; “Tolerans Gelişimi ve Tutku” faktöründe ise 0,77; Cronbach Alpha Toplam 0,88 olarak hesaplanmıştır. İkinci olarak yapılan bir başka güvenirlik analiz yöntemi olan test-tekrar test güvenirlik katsayısı ise testin son halinin örneklem grubuna iki hafta arayla uygulanması sonucu .90 ($p<.01$) olarak bulunmuştur. Her iki güvenirlik testinde bulunan katsayılar ölçeğin güvenilir olduğunu göstermektedir (Demir, 2018). Ölçek; Dereceleri, “1=Kesinlikle Katılmıyorum”, “2=Kısmen Katılmıyorum”, “3=Orta Düzeyde Katılıyorum”, “4=Katılıyorum”,

“5=Kesinlikle Katılıyorum” olarak puanlanmaktadır. Puan aralıkları “1-17 normal grup, 18-34 az riskli grup, 35-51 risk grubu, 52-69 bağımlı grup, 70-85 yüksek düzeyde bağımlı grup” şeklinde değerlendirilmektedir (Demir, 2018).

3.2.2. ORTO-11 Ölçeği

Bireylerde sağlıklı beslenme takıntısını belirlemek amacıyla geliştirilen bir ölçek olan ORTO-11 ölçeği, Donini ve ark. (2005) tarafından geliştirilmiş olan ORTO-11 ölçeğinin Arusoğlu ve ark. (2008) tarafından Türkçeye uyarlanmış versiyonudur. Bu çalışmada, katılımcıların ortorektik eğilimlerinin değerlendirilmesi amacıyla kullanılmıştır. Ölçeğin geliştirilmesinde Bratman (2000) tarafından ortoreksiya kendi kendini değerlendirme testi olan 10 soruluk ölçek baz alınmış, bu ölçekteki bazı soruların yeniden düzenlenmesi ve teste yeni maddelerin eklenmesiyle ölçeğin 15 soruluk formu hazırlanmıştır. ORTO-11 ölçeğinde dört dereceli likert (1- Her zaman, 4-Hiçbir zaman) türünde puanlanan 11 madde bulunmaktadır. Ölçekten alınabilecek minimum puan 15; maksimum puan ise 60 olmakla birlikte, toplam puanın yükselmesi ortoreksiya eğiliminin düşmesi anlamına gelmektedir. Ölçek Türkçeye uyarlanırken istatistiksel gücü yüksek olan maddelerin seçilmesi amaçlandığından dört madde elenerek toplamda 11 madde ve “sağlıklı beslenmeyle ilgili endişeler”, “besin seçimi ve yeme tutumu ve davranışları” ve “besin seçimi ve değeri” olacak şekilde üç faktör belirlenmiştir. Ancak faktör analizi bulguları yeni haliyle ORTO-11 Ölçeği'nin tek faktör yapısı ile ele alınmasının daha uygun olacağını göstermiştir (Arusoğlu ve ark., 2008). Ölçeğin son halinde 3 ve 6. maddelerin ters yönde puanlanacağı, 10. maddenin ise 2-4-3-1 şeklinde puanlanacağı belirtilmekte ve toplam puan tüm maddelerin toplamı ile elde edilmektedir. Ölçeğin iç tutarlılık analizinin değerlendirilmesinde Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 11 madde üzerinden hesaplanarak 0.62 olarak bildirilmiştir (Arusoğlu ve ark., 2008). Bu çalışmada ise ölçeğin Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı .53 olarak belirlenmiştir.

3.3. İstatistiksel Yöntem

Elde edilen verilere analize başlamadan normallik varsayımı ve homojenlik testleri uygulanmış, yapılan Shapiro Wilk ve Levene testleri sonucunda verilerin normal dağılıma sahip olduğu tespit edilmiştir ($p>0,05$). Katılımcıların değişkenlerine ait hesaplamalarda iki gruptan fazla olan gruplara ANOVA testi, farklılık olduğu durumlarda farklılığın yönünü tespit edilebilmesi için Scheffe çoklu karşılaştırma testi yapılmıştır. Elde edilen bulgular aritmetik ortalama, standart sapma olarak ifade

edilmiş, anlamlılık düzeyi 0,05 olarak alınmıştır. Bütün hesaplamalar SPSS 21 paket programıyla yapılmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde araştırmada elde edilen verilerin analiz sonuçları sunulmuş ve elde edilen sonuçlar ilgili tablonun alt kısmında yer almıştır.

Çalışmada elde edilen bulgular tablolar halinde sunulmuştur.

Katılımcıların yaşları tablo 4.1. de verilmiştir.

Tablo 4.1. Katılımcıların yaşlarının tanımlayıcı istatistiği

n	Ort.	S.S.	Min. Maks.	Maximum
350	26,58	4,93	16,00	50,00

Tabloya göre; Araştırmaya katılan düzenli spor yapan 350 bireyin en küçük yaşı 16 en büyük yaştaki birey ise 50 yaşında olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılan bireylerin yaşlarının ortalaması ise 26,58 olarak hesaplanmıştır.

Katılımcıların yaş grupları karşılaştırılması tablo 4.2. de verilmiştir.

Tablo 4. 2. Katılımcıların ORTO-11 puanları ve Egzersiz Bağımlılığı ve alt boyut toplam puanlarının yaş gruplarına göre karşılaştırılması

		n	Ort.	S.S.	Scheffe Testi	p	Fark
ORTO-11	18-22	61	28,15	4,57	1,784	,150	
	23-25	109	28,43	4,39			
	26-29	103	27,10	4,71			
	30 ve üzeri	77	27,39	4,84			
Aşırı Odaklanma ve Duygu Değişimi	18-22 (1)	61	21,34	7,20	9,783	<0,000*	3>1-4
	23-25 (2)	109	23,71	7,01			
	26-29 (3)	103	26,23	5,66			
	30 ve üzeri (4)	77	21,88	6,36			
Bireysel-Sosyal İhtiyaçların Ertelenmesi ve Çatışma	18-22	61	14,54	6,35	1,282	,280	
	23-25	109	14,59	5,36			
	26-29	103	15,58	5,12			
	30 ve üzeri	77	14,10	4,62			
Tolerans Gelişimi ve Tutku	18-22	61	11,11	4,74	1,365	,253	
	23-25	109	10,36	4,08			
	26-29	103	11,18	4,22			
	30 ve üzeri	77	10,13	3,89			
Egzersiz Bağımlılığı Toplam Puan	18-22 (1)	61	47,00	16,55	4,076	0,007*	3>1-4
	23-25 (2)	109	48,65	14,95			
	26-29 (3)	103	53,00	13,06			
	30 ve üzeri (4)	77	46,12	13,56			

Tablo 4.2'ye göre yaş gruplarına göre karşılaştırıldığında "Aşırı Odaklanma ve Duygu Değişimi" ve "Egzersiz Bağımlılığı Toplam Puan" puanları bakımından 26-29

yaşında olan bireyler ile 18-22 ve 30 ve üzeri yaşında olan bireyler arasında istatistik olarak fark bulunmuştur. 26-29 yaşında olan bireylerin puanları diğer kategorilere göre daha yüksek çıkmıştır ($p<0,05$). “ORTO-11”, “Bireysel-sosyal ihtiyaçların Erteleenmesi ve Çatışma” ve Tolerans Gelişimi ve Tutku” alt boyutlarında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır ($*p<0,05$).

Katılımcıların cinsiyet değişkenine göre karşılaştırılması tablo 4.3 de verilmiştir.

Tablo 4. 3. Katılımcıların ORTO-11 puanları ve Egzersiz Bağımlılığı ve alt boyut toplam puanlarının cinsiyet değişkenine göre karşılaştırılması

Cinsiyet	n	Ort.	S.S.	t	p	
ORTO-11	Erkek	180	27,74	4,82	-,088	,930
	Kadın	170	27,78	4,44		
Aşırı Odaklanma ve Duygu Değişim	Erkek	180	23,89	7,29	,731	,465
	Kadın	170	23,36	6,19		
Bireysel-Sosyal İhtiyaçların Erteleenmesi ve Çatışma	Erkek	180	15,85	5,41	3,999	<0,000*
	Kadın	170	13,62	5,01		
Tolerans Gelişimi ve Tutku	Erkek	180	11,53	4,33	3,970	<0,000*
	Kadın	170	9,78	3,90		
Egzersiz Bağımlılığı Toplam Puan	Erkek	180	51,28	15,56	2,919	,004
	Kadın	170	46,76	13,18		

Tablo 4.3’e göre cinsiyete göre “Bireysel-Sosyal İhtiyaçların Erteleenmesi ve Çatışma”, “Tolerans Gelişimi ve Tutku” ve “Egzersiz Bağımlılığı Toplam Puan” ölçekleri aralarında istatistiksel fark bulunmuştur ($p<0,05$). Diğer alt boyutlar arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır ($*p<0,05$).

Katılımcıların medeni duruma göre karşılaştırılması tablo 4.4 de verilmiştir.

Tablo 4.4. Katılımcıların ORTO-11 puanları ve Egzersiz Bağımlılığı ve alt boyut toplam puanlarının medeni durumlarına göre karşılaştırılması

Medeni Durum	n	Ort.	S.S.	t	p	
ORTO-11	Bekar	276	27,95	4,79	1,507	,133
	Evli	74	27,04	3,95		
Aşırı Odaklanma ve Duygu Değişim	Bekar	276	24,07	6,85	2,337	,020*
	Evli	74	22,01	6,26		
Bireysel-Sosyal İhtiyaçların Erteleenmesi ve Çatışma	Bekar	276	15,05	5,54	2,229	,027*
	Evli	74	13,70	4,34		
Tolerans Gelişimi ve Tutku	Bekar	276	10,95	4,31	2,492	,014*
	Evli	74	9,70	3,66		
Egzersiz Bağımlılığı Toplam Puan	Bekar	276	50,07	14,97	2,705	,008*
	Evli	74	45,42	12,59		

Tablo 4.4’e göre medeni duruma göre “Aşırı Odaklanma ve Duygu Değişim”, “Bireysel-Sosyal İhtiyaçların Erteleenmesi ve Çatışma”, “Tolerans Gelişimi ve Tutku”

ve “Egzersiz Bağımlılığı Toplam Puan” ölçekleri aralarında istatistiksel olarak fark bulunmuştur ($p<0.05$). “ORTO-11” ölçeğinde ise istatistiksel olarak fark bulunmamıştır ($*p<0,05$).

Katılımcıların sakatlık geçirme durumu tablo 4.5 de verilmiştir

Tablo 4.5. Katılımcıların ORTO-11 puanları ve Egzersiz Bağımlılığı ve alt boyut toplam puanlarının herhangi bir sakatlık geçirme durumuna göre karşılaştırılması

	Herhangi sakatlık	n	Ort.	S.S.	t	p
ORTO-11	Evet	103	25,83	4,38	-5,204	<0,000*
	Hayır	247	28,56	4,51		
Aşırı Odaklanma ve Duygu Değişim	Evet	103	25,21	6,44	2,840	,005*
	Hayır	247	22,98	6,81		
Bireysel-Sosyal İhtiyaçların Ertelenmesi ve Çatışma	Evet	103	16,07	5,28	2,985	,003*
	Hayır	247	14,22	5,27		
Tolerans Gelişimi ve Tutku	Evet	103	12,36	3,98	4,971	<0,000*
	Hayır	247	9,98	4,11		
Egzersiz Bağımlılığı Toplam Puan	Evet	103	53,64	14,00	3,840	<0,000*
	Hayır	247	47,19	14,46		

Tabloda 4.5’e göre herhangi bir sakatlık geçirme durumuna göre “ORTO-11”, “Aşırı Odaklanma ve Duygu Değişim”, “Bireysel-Sosyal İhtiyaçların Ertelenmesi ve Çatışma”, “Tolerans Gelişimi ve Tutku” ve “Egzersiz Bağımlılığı Toplam Puan” ölçeklerinde istatistiksel olarak fark bulunmuştur ($*p<0,05$).

Katılımcıların fiziksel görünüm memnuniyet durumu tablo 4.6 da verilmiştir.

Tablo 4.6. Katılımcıların ORTO-11 puanları ve Egzersiz Bağımlılığı ve alt boyut toplam puanlarının fiziksel görünümünden memnun olma durumuna göre karşılaştırılması

	Fiziksel Görünüm Memnun	n	Ort.	S.S.	t	p
ORTO11	Evet	182	26,31	4,69	-6,449	<0,000*
	Hayır	168	29,33	4,02		
Aşırı Odaklanma ve Duygu Değişim	Evet	182	24,19	7,08	1,599	,111
	Hayır	168	23,04	6,39		
Bireysel-Sosyal İhtiyaçların Ertelenmesi ve Çatışma	Evet	182	15,32	5,51	2,050	,041*
	Hayır	168	14,16	5,07		
Tolerans Gelişimi ve Tutku	Evet	182	11,38	4,46	3,291	,001*
	Hayır	168	9,92	3,79		
Egzersiz Bağımlılığı Toplam Puan	Evet	182	50,90	15,32	2,437	,015*
	Hayır	168	47,12	13,58		

Tablo 4.6’ya göre fiziksel görünümünden memnun olma durumuna göre “ORTO-11”, “Bireysel-Sosyal İhtiyaçların Ertelenmesi ve Çatışma”, “Tolerans Gelişimi ve Tutku”, “Egzersiz Bağımlılığı Toplam Puan” ölçeklerinde istatistiksel olarak fark bulunmuştur ($p<0.05$). “Aşırı Odaklanma ve Duygu Değişim” ölçeğinde ise istatistiksel olarak fark bulunmamıştır ($*p<0,05$).

Katılımcıların eğitim durumu karşılaştırılması tablo 4.7 de verilmiştir.

Tablo 4.7. Katılımcıların ORTO-11 puanları ve Egzersiz Bağımlılığı ve alt boyut toplam puanlarının eğitim durumuna göre karşılaştırılması

	Eğitim Durumu	n	Ort.	S.S.	Scheffe Testi	p	Fark
ORTO11	Orta öğretim	48	28,17	4,64	,842	,432	
	Ön Lisans	68	28,25	5,05			
	Lisans ve üzeri	234	27,53	4,51			
Aşırı Odaklanma ve Duygu Değişim	Orta öğretim (1)	48	21,60	7,44	10,807	<0,000*	3>1-2
	Ön Lisans (2)	68	21,12	7,74			
	Lisans ve üzeri (3)	234	24,79	6,03			
Bireysel-Sosyal İhtiyaçların Erteleme ve Çatışma	Orta öğretim (1)	48	14,04	5,69	3,842	,022*	3>2
	Ön Lisans (2)	68	13,43	5,55			
	Lisans ve üzeri (3)	234	15,30	5,12			
Tolerans Gelişimi ve Tutku	Orta öğretim (1)	48	10,67	4,89	2,251	,107	
	Ön Lisans (2)	68	9,74	4,07			
	Lisans ve üzeri (3)	234	10,96	4,08			
Egzersiz Bağımlılığı Toplam Puan	Orta öğretim (1)	48	46,31	16,49	6,887	,001*	3>1-2
	Ön Lisans (2)	68	44,28	15,96			
	Lisans ve üzeri (3)	234	51,05	13,39			

Tablo 4.7'ye göre eğitim durumuna göre "Aşırı Odaklanma ve Duygu Değişim" puanları bakımından lisans ve üzeri eğitim alan bireyler ile ön lisans ve orta öğretim eğitimi alan bireyler arasında istatistiksel olarak fark bulunmuştur. Lisans ve üzeri eğitim alan bireylerin puanları diğer kategorilere göre daha yüksek çıkmıştır ($p<0.05$). "Bireysel-Sosyal İhtiyaçların Erteleme ve Çatışma" puanlarına bakımından lisans ve üzeri eğitim alan bireyler ile ön lisans eğitimi alan bireyler arasında istatistiksel olarak fark bulunmuştur. Lisans ve üzeri eğitim alan bireylerin puanları ön lisans eğitimi alan bireylere göre daha yüksek çıkmıştır ($p<0.05$). "Egzersiz Bağımlılığı Toplam Puan" puanları bakımından lisans ve üzeri eğitim alan bireyler ile ön lisans ve orta öğretim eğitimi alan bireyler arasında istatistiksel olarak fark bulunmuştur. Lisans ve üzeri eğitim alan bireylerin puanları diğer kategorilere göre daha yüksek çıkmıştır ($p<0.05$). "ORTO-11" ve "Tolerans Gelişimi ve Tutku" ölçeklerinde ise istatistiksel olarak fark bulunmamıştır ($*p<0,05$).

Katılımcıların haftalık antrenman sayısına göre karşılaştırılması tablo 4.8 de verilmiştir.

Tablo 4.8. Katılımcıların ORTO-11 puanları ve Egzersiz Bağımlılığı ve alt boyut toplam puanlarının haftalık antrenman sayısına göre karşılaştırılması

	Antrenman Sayısı	n	Ort.	S.S.	Scheffe Testi	p	Fark
ORTO-11	1-3 (1)	174	29,09	4,46	17,342	<0,000*	1>2-3
	4-7 (2)	109	26,93	4,19			
	8 ve üzeri (3)	67	25,66	4,71			
Aşırı Odaklanma ve Duygu Değişim	1-3 (1)	174	21,41	6,52	24,073	<0,000*	2>3>1
	4-7 (2)	109	26,75	5,51			
	8 ve üzeri (3)	67	24,34	7,21			
Bireysel-Sosyal İhtiyaçların Ertelenmesi ve Çatışma	1-3 (1)	174	13,25	5,22	15,067	<0,000*	2-3>1
	4-7 (2)	109	16,29	4,59			
	8 ve üzeri (3)	67	16,21	5,69			
Tolerans Gelişimi ve Tutku	1-3 (1)	174	9,01	3,96	32,138	<0,000*	2-3>1
	4-7 (2)	109	12,31	3,47			
	8 ve üzeri (3)	67	12,37	4,28			
Egzersiz Bağımlılığı Toplam Puan	1-3 (1)	174	43,68	13,76	28,041	<0,000*	2-3>1
	4-7 (2)	109	55,36	12,04			
	8 ve üzeri (3)	67	52,93	15,42			

Tablo 4.8'e göre katılımcıların haftalık antrenman sayısına göre "ORTO-11" puanları bakımından haftada 1-3 defa egzersiz yapanlar ile 4-7 defa antrenman yapanlar ve 8 ve üzeri antrenman yapan bireyler arasında istatistiksel olarak fark bulunmuştur. Haftada 1-3 defa antrenman yapan bireylerin puanları diğer kategorilere göre daha yüksek çıkmıştır ($p<0.05$). "Aşırı Odaklanma ve Duygu Değişim" puanları bakımından haftada 4-7 defa antrenman yapan bireyler 8 ve üzeri antrenman yapan bireyler ve 1-3 defa antrenman yapan bireyler arasında istatistiksel olarak fark bulunmuştur. Haftada 4-7 defa antrenman yapan bireylerin puanları 8 ve üzeri antrenman yapan bireylerden, 8 ve üzeri antrenman yapan bireyler ise haftada 1-3 defa antrenman yapan bireylerden daha yüksek puana sahiptir ($p<0.05$). "Bireysel-Sosyal İhtiyaçların Ertelenmesi ve Çatışma", "Tolerans Gelişimi ve Tutku" ve "Egzersiz Bağımlılığı Toplam Puan" puanları bakımından haftada 4-7 defa ile 8 ve üzeri antrenman yapan bireyler ile haftada 1-3 defa antrenman sayısı olan bireyler arasında istatistiksel olarak fark bulunmuştur. "Bireysel-Sosyal İhtiyaçların Ertelenmesi ve Çatışma", "Tolerans Gelişimi ve Tutku" ve "Egzersiz Bağımlılığı Toplam Puan" puanları bakımından ise haftada 4-7 defa ile 8 ve üzeri antrenman sayısı olan bireyler haftada 1-3 defa antrenman yapan bireylerden daha yüksek puana sahip oldukları görülmüştür ($*p<0,05$).

Katılımcıların ORTO-11 ile Egzersiz Bağımlılığı ölçekleri arasındaki ilişkileri tablo 4.9 da verilmiştir.

Tablo 4.9. ORTO-11 ile Egzersiz Bağımlılığı alt ölçekleri ve tüm ölçekler arasındaki korelasyon katsayı değerleri

		AşırıOdaklanma	BireyselSos	Tolerans	EBÖToplam
ORTO-11	r	-,255*	-,237*	-,284*	-,286*
	p	<,001	<,001	<,001	<,001

Tablo 4.9'daki sonuçlar incelendiğinde ORTO-11 puanları ile alt ölçekler ve tüm ölçek toplamları arasında negatif yönde zayıf ilişki bulunmuştur (* $p < 0,05$). ORTO-11 puanları artarken egzersiz bağımlılığı puanları azalmaktadır.

5. TARTIŞMA

Yapılan araştırma ile düzenli spor yapan bireylerin egzersiz bağımlılık düzeyleri ile ortoreksiya nervoza belirtilerinin çeşitli değişkenler açısından incelenmesi yapılmıştır. Düzenli fiziksel aktivite sadece çocuklar ve gençler için değil, yaşlılar içinde aktif bir aktivitedir, yaşlılığı kolay atlatmak da onlar için önemlidir hatta başka bir deyişle, fiziksel faaliyetler, yaşam boyu yaşam kalitesinin iyileştirilmesi söz konusu olduğunda büyük farklılıklar gösterir. (Menteş ve Karacabey, 2011). Egzersizin sağlığa etkisi psikoloji alanı içerisinde yaklaşık 50 senedir incelenmektedir. Yapılan birçok çalışma ve araştırmada, akıl sağlığını korumak ve sürdürmek için uygun fiziksel aktivite katılımlarının önemi vurgulanmaktadır (Aşçı, 2002). Son yıllarda toplum ve sosyal medya ve sinemanın da etkisiyle fiziksel olarak iyi görünmeye artan önem, insanların yemek yeme şekline de doğrudan etki etmiştir. Neredeyse herkes kendi fotoğrafı için başkalarından olumlu bir yanıt alıp fotoğrafın güzel olduğunu onaylatmak ister. İnsanlar dış görünüşleri sebebiyle zaman zaman kendilerini keyifsiz ve endişeli hissedebilirler (Oğuz, 2005). İnsanlar bedem algısı memnuniyetsizliği nedeniyle, ince bir görünüme kavuşmak için yemek yeme şekillerini, içeriklerini değiştirebilir ve bu durum olumsuz etkilere neden olabilir.

Buna göre dengesiz ve yetersiz olan beslenme, aşırı diyet yapma ve çeşitli beslenme bozuklukları gözükülebilmektedir (Arslan, 2020). Verilen bu bilgiler neticesinde, bu çalışmaya 16-50 yaş arası düzenli egzersiz yapan bireyler dahil edildi. Bireylerin egzersiz durumuna göre sağlıklı beslenme takıntısına olan eğilimlerinin incelenmesi amaçlanmıştır. Çalışmanın bu bölümünde çalışmanın temel amaçları bağlamında elde edilen sonuçlar, bulgular ve istatistiksel analiz sonuçları, ilgili bir makale çerçevesinde ele alınmıştır. Çalışmaya 180'i erkek 170'i kadın toplam 350 kişi katılmıştır.

Çalışmamızda anketimize katılanlar arasında 26-29 yaş aralığında olanlar, 18-22 yaş ile 30 yaş üzeri olan bireylere göre aşırı odaklanma ve egzersiz bağımlılığı açısından daha yüksek puana sahiptir. İren (2021)'de çalışmasında AODD ve BSİEÇ alt boyutları puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Bu farkın sebebi çalışmayı yaptığımız illerin arasındaki demografik farklılıklar, katılımcıların yaş, cinsiyet ve eğitim durumlarının farklılıkları olabilir.

Yaptığımız çalışmada ORTO-11 ölçeği cinsiyet değişkenine göre incelendiğinde cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmediği ortaya çıkmıştır. Yıldırım (2020)'de yaptığı çalışmada 18-64 yaşları arasındaki katılımcıların ORTO-11 ölçeğinden aldıkları puanlarda cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür. Başka bir çalışmada McInerney ve Ernst (2011)'de 16-40 yaşları arasındaki bireylerle yaptığı çalışmada aynı sonuca ulaşmıştır. Bu sonuçlar ile ilgili olarak bazı çalışmalarda ORTO-11 puanı ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirtilmektedir (Brytek vd., 2015). Çalışmamızla ilgili literatür taraması yaptığımızda diğer çalışmalarla elde ettiğimiz veriler bizim çalışmamızı destekler sonuçlara rastlanmıştır.

Çalışmamızda cinsiyet değişkenine göre BSİEÇ, TGT ve EBÖ toplam puanlarına bakıldığında erkeklerin kadınlardan daha yüksek puana sahip oldukları görülmektedir. Erkek katılımcıların egzersiz yapmayı tercihlerinin her zaman ilk sıralarına koyması kadın katılımcıların egzersiz yerine günlük hayattaki diğer aktivitelere daha fazla zaman ayırması ve tercihlerini bu yönde yapmaları söylenebilir. Araştırmamızın sonuçlarını destekler nitelikte olan araştırmalarda Zmijewski (2003)'de ve Costa (2013)'de erkek katılımcıların BSİEÇ, TGT ve EBÖ puanlarını kadın katılımcılara göre daha yüksek bulmuştur. Çalışmalardaki sonuçlara bakıldığında erkeklerin düzenli egzersiz yaptığı takdirde istedikleri fiziksel görünüme ve istedikleri kas hacmine tek yönlü odaklanarak ulaşabilmeleri daha kolayken, kadınların düzenli egzersiz ile beraber fazla kilolarından kurtulma veya bölgesel olarak özel istekleri olduğu için daha fazla çabaları gerektiği için olabilir.

Çalışmamıza katılan katılımcıların ORTO-11 ve EBÖ ölçeklerine göre medeni durumlarına bakıldığında AODD, BSİEÇ, TGT ve EBÖ toplam puanlarında bekar olan bireyler evli olan bireylerden istatistiksel olarak yüksek puana sahip oldukları görülmüştür. Öner (2021)'de çalışmasında bekar bireylerin yalnızca TGT alt boyutunda anlamlı olarak fark bulamamıştır. Yapılan bir diğer çalışmada ise Demirel (2019)'da egzersiz bağımlılığının medeni durum değişkeni bakımından bir farkın oluşmayacağını belirtmiştir. Sonuçlara bakıldığında bunun sebebi yaşanan üç il arasındaki sosyalleşme düzeyi, şehir imkan ve olanaklarının daha fazla olması bireylerin tolerans gelişimi ve tutku düzeyine etkisi olarak söylenebilir.

Çalışmamıza katılan katılımcıların herhangi bir sakatlık geçirme durumuna göre ORTO-11 puanlarında sakatlık geçirmeyen bireyler daha yüksek puana sahip oldukları görülmüştür. Bavlı vd., (2011)'de yaptığı bir araştırmada çalışmamızı

destekler nitelikte sakatlık geçirmeyen bireylerin ORTO-11 ölçeğinde daha yüksek puana sahip olduğunu bulmuştur. AODD, BSİEÇ, TGT ve EBÖ toplam puanlarında ise sakatlık geçiren bireylerin daha yüksek puana sahip oldukları görülmüştür. Dalmaz (2014)'de yaptığı bir çalışmada bizim çalışmamıza paralel olarak aynı sonuçlara ulaşmıştır. Bunun bulgulara bakıldığında sağlıklı beslenmeyi takıntı seviyesine getirmiş bireylerin yeme içme alışkanlıklarının aşırıya kaçmadan orantılı ve planlı olduğu gibi egzersiz alışkanlıklarının da kontrollü bir şekilde yaptığı, egzersiz bağımlılığına yatkın bireylerin ise diğer alt boyutlar ile iç içe bir etkileşimde olduğu ve buna bağlı olarak bu alt boyutlarda anlamlı bir farkın oluşmasına yol açtığı söylenebilir.

Araştırmamızda katılımcıların fiziksel görünümünden memnun olma durumuna göre ORTO-11 puanında fiziksel görünümünden memnun olmayan bireylerin puanının yüksek olduğu görülmüştür. Altıntaş vd., (2002)'de yaptığı bir araştırmasında ise araştırmasında, fiziksel görünümünden memnun olmayan katılımcıların daha fazla ON belirtileri gösterdiğini belirtmiştir. Bunun nedeni bireylerin sağlıklı beslenme durumunun takıntı seviyesine gelmesi asla kendi fiziksel görünümünden memnun olmamaları belki de bunu da takıntı haline getirmiş olabileceği ihtimali olabilir. Araştırmamızda diğer bulgulara göre ise BSİEÇ, TGT, ve EBÖ toplam puanlarında fiziksel görünümünden memnun olan bireylerin puanları istatistiki olarak daha yüksek olduğu görülmüştür. Tatlıses (2016) yaptığı çalışmada BSİEÇ, TGT, ve EBÖ toplam puanlarında memnun olan bireyler arasında anlamlı bir fark bulmuştur buda bizim çalışmamızı destekler niteliktedir. Sonuçlar karşılaştırıldığında düzenli egzersiz yapan bireyler bunu bağımlılık derecesine getirdiği zaman bu puanlarda anlamlı bir fark ortaya çıkması normal olmakla birlikte katılımcıların egzersiz bağımlısı aday olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda katılımcıların eğitim durumuna bakıldığında AODD ve EBÖ toplam puanlarında lisans mezunu bireyler önlisans ve ortaöğretim mezunu bireylerden daha yüksek puana sahip oldukları görülmüştür. BSİEÇ alt boyutunda ise lisans ve üzeri mezun olanlar önlisans mezunlarından daha yüksek puana sahip oldukları bulunmuştur. Bunun nedeni eğitim derecesi yüksek olan katılımcıların beslenme ve egzersiz ile ilgili daha çok araştırma yaparak elde ettikleri bütün bilgileri doğru yada yanlış olmasına bakmaksızın uygulamaları olabilir. Donini vd., (2005) yaptığı çalışmada düşük eğitim seviyesine sahip bireylerin Ortoreksiya Nervoza ile arasında anlamlı bir fark olduğunu belirtmiştir. Farklı bir çalışmada ise Arusoğlu

(2006)'da lisans mezunu olan katılımcıların Ortoreksiya Nervoza belirtilerini farklı eğitim durumundaki katılımcılara göre daha düşük bulmuştur. Çiftçi (2012) ise bizim çalışmamızı destekler nitelikte olarak çalışmasında eğitim derecesi lisansüstü olan katılımcıların Ortoreksiya Nervoza derecesini düşük eğitim seviyesine sahip katılımcılardan daha yüksek bulmuştur. Yaptığımız çalışma ile bu araştırmalar neticesinde farklı katılımcılar farklı evrenler ile ilgili birbirine ters sonuçlar bulunması bireylerin eğitim dereceleri ile Ortoreksiya Nervoza ve Egzersiz bağımlılığı eğilimlerinin incelendiği daha ayrıntılı ve daha fazla çalışmalar yapılabileceğini gösterebilir.

Çalışmamızda katılımcıları antrenman sayısına göre karşılaştırdığımızda ORTO-11 puanında 1-3 defa egzersiz yapanlar 4-7 ile 8 ve üzeri antrenman yapanlardan daha yüksek puana sahiptir. Polat (2015)'de yaptığı çalışmada en yüksek ortoreksiya nervoza derecesi haftada 1 defa egzersiz yapan katılımcılarda bulunurken en düşük ortoreksiya nervoza düzeyi ise haftada 2 defa egzersiz yapan gruba ait olduğunu bulmuştur. Sonuçları bizim çalışmamızı destekler nitelikte olsa da araştırmanın sadece spor salonu üyelerine yapılması bizim çalışmamızla uyuşmamaktadır bunun daha net görülebilmesi için iki farklı ortam için daha fazla çalışmalar yapılabilir. BSİEÇ, TGT, EBÖ toplam puanlarında ise 4-7 ile 8 ve üzeri antrenman sayısı olanlar 1-3 defa antrenman sayısı olanlardan daha yüksek puana sahip oldukları görülmüştür. Katılımcıların gündelik işlerden kaçmaya çalışması ve sosyalleşme sorunlarıyla karşılaşması egzersiz süresini uzatmaya yönelik sebepler olabilir. Üstündağ (2020)'de yaptığı araştırmada spor salonunda spor yapan katılımcılarda Egzersiz Bağımlılığı ve Ortoreksiya Nervoza belirtilerini araştırmıştır. Yapılan araştırma sonuçlarına göre katılımcıların egzersiz yapması veya yapmaması durumunun ORTO-11 puanlarının üzerinde bir etkisi olmadığı sonucuna ulaşmıştır. Bir başka çalışmada Sadıq (2018) planlı bir şekilde egzersiz yapan 150 katılımcının olduğu araştırmada haftalık olarak egzersiz süresinin egzersiz bağımlılığı ile arasında ilişki olmadığını belirtmiştir. Sonuçlar incelendiğinde bu kadar zıt bulguların bulunmasının sebebi çalışmalara katılan bireylerin antrenman bilgisi seviyelerinin farklı oluşundan dolayı olabilir.

Araştırmamızda ORTO-11 ile Egzersiz Bağımlılığı arasında ORTO-11 puanları ile negatif yönde zayıf ilişki vardır. ORTO-11 puanları artarken egzersiz bağımlılığı puanları artmaktadır. Zmijewski (2013)'de yaptığı çalışmada düzenli olarak egzersiz yapan 375 kadın ve erkek katılımcının olduğu bir çalışmada, bireylerin

egzersiz bağımlılıkları ile ortoreksiya nervoza belirtilerinin durumunu araştırmış ve sonuçlarına göre iki konu arasında pozitif bir korelasyon bulmuştur. Yıldırım (2017)'de yaptığı çalışmada bu iki değişkenin birbirleriyle bağlantılı olduğunu bulmuştur. Literatür taraması yapıldığında araştırmamız ve benzer çalışmaların genelinde katılımcıların beslenme takıntısına yönelik davranışları yükseldikçe egzersize olan bağımlılık seviyelerinin de artma eğiliminde olduğu söylenebilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Düzenli egzersiz yapan bireylerin ortoreksiya nervoza ile egzersiz bağımlılığı arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan bu çalışma 180'i erkek 170'i kadın toplam 350 kişi ile gerçekleştirilmiştir.

Tablo 4.1.'deki çalışmaya katılan düzenli spor yapan 350 bireyin en küçük yaşı 16 en büyük yaştaki birey ise 50 yaşında. Çalışmaya katılan bireylerin yaşlarının ortalaması ise 26.58 olarak yer almaktadır.

Tablo 4.2.'deki "Aşırı Odaklanma ve Duygu Değişimi" ve "Egzersiz Bağımlılığı Toplam Puan" puanları bakımından 26-29 yaşında olan bireyler ile 18-22 ve 30 ve üzeri yaşında olan bireyler arasında istatistik olarak fark bulunmuştur. 26-29 yaşında olan bireylerin puanları diğer kategorilere göre daha yüksek çıkmıştır ($p<0.05$). "ORTO-11", "Bireysel-sosyal ihtiyaçların Erteleenmesi ve Çatışma" ve Tolerans Gelişimi ve Tutku" alt boyutlarında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.3.'deki cinsiyete göre "Bireysel-Sosyal İhtiyaçların Erteleenmesi ve Çatışma", "Tolerans Gelişimi ve Tutku" ve "Egzersiz Bağımlılığı Toplam Puan" ölçekleri aralarında istatistiksel fark bulunmuştur ($p<0,05$). Diğerleri arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.4.'deki medeni duruma göre "Aşırı Odaklanma ve Duygu Değişim", "Bireysel-Sosyal İhtiyaçların Erteleenmesi ve Çatışma", "Tolerans Gelişimi ve Tutku" ve "Egzersiz Bağımlılığı Toplam Puan" ölçekleri aralarında istatistiksel olarak fark bulunmuştur ($p<0.05$). "ORTO-11" ölçeğinde ise istatistiksel olarak fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.5.'deki herhangi bir sakatlık geçirme durumuna göre "ORTO-11", "Aşırı Odaklanma ve Duygu Değişim", "Bireysel-Sosyal İhtiyaçların Erteleenmesi ve Çatışma", "Tolerans Gelişimi ve Tutku" ve "Egzersiz Bağımlılığı Toplam Puan" ölçeklerinde istatistiksel olarak fark bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.6.'daki fiziksel görünümünden memnun olma durumuna göre "ORTO-11", "Bireysel-Sosyal İhtiyaçların Erteleenmesi ve Çatışma", "Tolerans Gelişimi ve Tutku", "Egzersiz Bağımlılığı Toplam Puan" ölçeklerinde istatistiksel olarak fark bulunmuştur ($p<0.05$). "Aşırı Odaklanma ve Duygu Değişim" ölçeğinde ise istatistiksel olarak fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.7.'deki eğitim durumuna göre “Aşırı Odaklanma ve Duygu Değişim” puanları bakımından lisans ve üzeri eğitim alan bireyler ile ön lisans ve orta öğretim eğitimi alan bireyler arasında istatistiksel olarak fark bulunmuştur. Lisans ve üzeri eğitim alan bireylerin puanları diğer kategorilere göre daha yüksek çıkmıştır ($p<0.05$). “Bireysel-Sosyal İhtiyaçların Erteleenmesi ve Çatışma” puanlarına bakımından lisans ve üzeri eğitim alan bireyler ile ön lisans eğitimi alan bireyler arasında istatistiksel olarak fark bulunmuştur. Lisans ve üzeri eğitim alan bireylerin puanları ön lisans eğitimi alan bireylere göre daha yüksek çıkmıştır ($p<0.05$). “Egzersiz Bağımlılığı Toplam Puan” puanları bakımından lisans ve üzeri eğitim alan bireyler ile ön lisans ve orta öğretim eğitimi alan bireyler arasında istatistiksel olarak fark bulunmuştur. Lisans ve üzeri eğitim alan bireylerin puanları diğer kategorilere göre daha yüksek çıkmıştır ($p<0.05$). “ORTO-11” ve “Tolerans Gelişimi ve Tutku” ölçeklerinde ise istatistiksel olarak fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.8.'deki katılımcıların haftalık antrenman sayısına göre “ORTO-11” puanları bakımından haftada 1-3 defa egzersiz yapanlar ile 4-7 defa antrenman yapanlar ve 8 ve üzeri antrenman yapan bireyler arasında istatistiksel olarak fark bulunmuştur. Haftada 1-3 defa antrenman yapan bireylerin puanları diğer kategorilere göre daha yüksek çıkmıştır ($p<0.05$). “Aşırı Odaklanma ve Duygu Değişim” puanları bakımından haftada 4-7 defa antrenman yapan bireyler 8 ve üzeri antrenman yapan bireyler ve 1-3 defa antrenman yapan bireyler arasında istatistiksel olarak fark bulunmuştur. Haftada 4-7 defa antrenman yapan bireylerin puanları 8 ve üzeri antrenman yapan bireylerden, 8 ve üzeri antrenman yapan bireyler ise haftada 1-3 defa antrenman yapan bireylerden daha yüksek puana sahiptir ($p<0.05$). “Bireysel-Sosyal İhtiyaçların Erteleenmesi ve Çatışma”, “Tolerans Gelişimi ve Tutku” ve “Egzersiz Bağımlılığı Toplam Puan” puanları bakımından haftada 4-7 defa ile 8 ve üzeri antrenman yapan bireyler ile haftada 1-3 defa antrenman sayısı olan bireyler arasında istatistiksel olarak fark bulunmuştur. “Bireysel-Sosyal İhtiyaçların Erteleenmesi ve Çatışma”, “Tolerans Gelişimi ve Tutku” ve “Egzersiz Bağımlılığı Toplam Puan” puanları bakımından ise haftada 4-7 defa ile 8 ve üzeri antrenman sayısı olan bireyler haftada 1-3 defa antrenman yapan bireylerden daha yüksek puana sahip oldukları görülmüştür ($p<0.05$).

Tablo 4.9.'daki ORTO-11 puanları ile negatif yönde zayıf ilişki vardır ($p<0,05$). ORTO-11 puanları artarken egzersiz bağımlılığı puanları artmaktadır.

Sonuç olarak; Sporla uğraşan bireylerin ortoreksiya nervoza belirtileri düşük egzersiz bağımlılığı düzeyleri ise yüksek seviyede bulunmuştur.

Ülkemizdeki tüm spor federasyonları, eğitim kurumları ve diğer ilgili bütün kurumlar her yaştaki bireylere sağlıklı beslenme, düzenli egzersiz yapma ve antrenman bilgisi alanlarında bireyleri bilinçlendirmek için plan ve program uygulaması yapılabilir.

Toplumumuzda yaygın olarak karşılaştığımız bir duruma örnek verecek olursak kişi karşısındaki bireyi sadece eleştirel olmak adına dış görünüşü ile yargıladığı takdirde yargılanan birey bu durumu içselleştirip yapılan eleştirinin gerçekliğini bile sorgulamadan bu durumu takıntı haline getirebilir ve bu durum bireyi ortoreksiya nervoza veya egzersiz bağımlılığı eğilimine itebilir. Bu ve bunun benzeri bir çok olayda bile yapılacak bu bilgilendirme programları sayesinde bilinçli bireylerin sayısı artabilir bu gibi durumlar en düşük seviyeye çekilebilir.

Ortoreksiya Nervoza ile ilgili daha geniş kapsamda yapılan çalışmalar Ortoreksiya Nervoza ve sağlıklı beslenme yaşam biçiminin daha anlaşılır olmasına katkı sağlayabilir.

Hangi sebeple olursa olsun spor yapan veya sağlıklı bir yaşam için gerekli çabayı gösteren kişilerin sosyal yaşamlarından kopmamaları için yakın çevrelerinden destek almalı ve yeterli olmadığında bu konuyla alakalı bir uzmana başvurabilir.

Spor veya egzersiz yapmak için gidilen kurumlardaki antrenörler bireyleri teorik olarakta bilgilendirebilir. Bu gibi kurumlarda bir eğitici veya antrenör olduğu gibi yeterli sayıda beslenme uzmanlarının da bulunması adına kurumlar bilgilendirilebilir, bu konuda bilinçlenme adına kurs ve seminer tarzı eğitimlere yönlendirilebilir.

Bundan sonra yapılacak olan çalışmalarda daha geniş örneklem grubuna ulaşmak, bilime direkt olarak yardımcı olması açısından ortoreksiya nervoza veya egzersiz bağımlısı tanısı konulmuş bireylerden bir örneklem grubu oluşturarak yapılacak çalışmalar daha yararlı olabilir.

Akademik yaşantısı olan bireylerin stres, kaygı düzeyleri yüksek olabileceği düşünülürse bu tarz bireyleri egzersiz bağımlılığına yada ortoreksiya nervosaya itebilir. Bu kişiler hem akademik derslerin içerisinde hem de medya yoluyla bilinçlendirilebilir.

KAYNAKLAR

- Aarnio, K., & Lindeman, M. (2005). Paranormal beliefs, education, and thinking styles. *Personality and individual differences*, 39(7), 1227-1236.
- Abraham, S., & Llewellyn-Jones, D. (2001). *Eating disorders: The facts*. Oxford University Press.
- Ackard, D. M., Brehm, B. J., & Steffen, J. J. (2002). Exercise and eating disorders in college-aged women: Profiling excessive exercisers. *Eating Disorders*, 10(1), 31-47.
- Adams, J., & Kirkby, R. J. (2002). Excessive exercise as an addiction: A review. *Addiction Research & Theory*, 10(5), 415-437.
- Adams, J. (2009). Understanding exercise dependence. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 39(4), 231-240.
- Akgül, P. G. (2018). *Özel bir hastanede çalışan personelin obezite önyargularının ve ortorektik davranışlarının değerlendirilmesi araştırması* (Master's thesis, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- Aksoydan, E., & Camci, N. (2009). Prevalence of orthorexia nervosa among Turkish performance artists. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 14(1), 33-37.
- Almeida, C., Vieira Borba, V., & Santos, L. (2018). Orthorexia nervosa in a sample of Portuguese fitness participants. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 23(4), 443-451.
- Altıntaş, A., AŞÇI, F. H., & ÖZENİR, B. T. (2007). Benlik cinsiyete ve egzersiz davranış parametrelerine göre incelenmesi. *Spor Bilimleri Dergisi*, 18(2), 91-99.
- Alvarenga, M. S., Martins, M. C. T., Sato, K. S. C. J., Vargas, S. V., Philippi, S. T. ve Scagliusi, F. B. (2012). Orthorexia nervosa behavior in a sample of Brazilian dietitians assessed by the Portuguese version of ORTO-15. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 17(1), 29-35.
- Annesi, J. J., & Unruh, J. L. (2008). Relations of exercise, self-appraisal, mood changes and weight loss in obese women: testing propositions based on Baker and Brownell's (2000) model. *The American journal of the medical sciences*, 335(3), 198-204.
- Arslan, M., (2020) Lise Öğrencilerinin Beden Algısı ve Yeme Tutumunun İncelenmesi ve Bunların BKİ (Beden Kütle Endeksi ile İlişkisinin Değerlendirilmesi, Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi.
- Arusoğlu, G. (2006). Sağlıklı beslenme takıntısı (ortoreksiya) belirtilerinin incelenmesi, Orto-15 ölçeğinin uyarlanması. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Diyetetik Programı Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara*.
- Arusoğlu, G., Kabakçı, E., Köksal, G., & Merdol, T. K. (2008). Ortoreksiya Nervosa ve Orto-11'in Türkçeye Uyarlama Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19(3).
- Bamber, D., Cockerill, I. M., & Carroll, D. (2000). The pathological status of exercise dependence. *British journal of sports medicine*, 34(2), 125-132.
- Barthels, F., Meyer, F., & Pietrowsky, R. (2015). Orthorexic eating behavior. A new type of disordered eating. *Ernahrungs Umschau*, 62(10), 156-161.
- Bartrina, J. (2007). Orthorexia or when a healthy diet becomes an obsession. *Archivos latinoamericanos de nutricion*, 57(4), 313-315.

- Bavlı, Ö., Kozanoğlu, M. E., & Doğanay, A. (2011). Düzenli egzersize katılımın egzersiz bağımlılığı üzerine etkisi. *Türk Spor ve Egzersiz Dergisi*, 13(2), 150-153.
- Baysal, A. (2011). Beslenme (13. baskı). Ankara: Hatiboğlu Yayınları, 9.
- Beck, J. S. (2005). *Cognitive therapy for challenging problems: What to do when the basics don't work*. Guilford Press.
- Bektaş, M. (2015). İstanbul'da zincir fitness merkezlerinde sunulan hizmetlerin üye memnuniyeti açısından değerlendirilmesi. *İlhan Odabaş. YÖK Ulusal Tez Merkezi Veri Tabanından Elde Edildi.(Tez No: 414818)*.
- Berger, B. G., & McInman, A. (1993). Exercise and the quality of life. *Handbook of research on sport psychology*, 729-760.
- Biddle, S. J. (2007). Exercise motivation across the life span.
- Blaydon, M. J., & Lindner, K. J. (2002). Eating disorders and exercise dependence in triathletes. *Eating disorders*, 10(1), 49-60.
- Bodner, S., & Kurtz, K. S. (2015). Esthetic dentistry and eating disorders. In *Esthetic Dentistry* (pp. 543-549). Mosby.
- Borgida, A. (2011). *In sickness and in health: Orthorexia nervosa, the study of obsessive healthy eating*. Alliant International University, San Francisco Bay.
- Bratman, S., & Knight, D. (2000). *Health food junkies: overcoming the obsession with healthful eating*. Broadway Books.
- Brytek-Matera, A. (2012). Orthorexia nervosa—an eating disorder, obsessive-compulsive disorder or disturbed eating habit. *Archives of Psychiatry and psychotherapy*, 1(1), 55-60.
- Brytek-Matera, A., Donini, L. M., Krupa, M., Poggiogalle, E., & Hay, P. (2015). Orthorexia nervosa and self-attitudinal aspects of body image in female and male university students. *J Eat Disord*, 3(1), 2.
- Cartwright, M. M. (2004). Eating disorder emergencies: understanding the medical complexities of the hospitalized eating disordered patient. *Critical Care Nursing Clinics*, 16(4), 515-530.
- Chaki, B., Pal, S., & Bandyopadhyay, A. (2013). Exploring scientific legitimacy of orthorexia nervosa: a newly emerging eating disorder. *Journal of Human Sport and Exercise*, 8(4), 1045-1053.
- Cornelissen, V. A., Fagard, R. H., Coeckelberghs, E., & Vanhees, L. (2011). Impact of resistance training on blood pressure and other cardiovascular risk factors: a meta-analysis of randomized, controlled trials. *Hypertension*, 58(5), 950-958.
- Dalmaz, M., & Tekdemir Yurtdaş, G. (2015). Spor salonunda spor yapanlarda ortoreksiya nervoza belirtilerinin incelenmesi.
- Dapi, L. N., Hörnell, A., Janlert, U., Stenlund, H., & Larsson, C. (2011). Energy and nutrient intakes in relation to sex and socio-economic status among school adolescents in urban Cameroon, Africa. *Public health nutrition*, 14(5), 904-913.
- Demetrovics, Z., & Kurimay, T. (2008). Exercise addiction: a literature review. *Psychiatria Hungarica: A Magyar Pszichiatriai Tarsasag tudomanyos folyoirata*, 23(2), 129-141.
- Demir, G. T., & TÜRKELİ, A. (2019). Spor bilimleri fakültesi öğrencilerinin egzersiz bağımlılığı ve zihinsel dayanıklılık düzeylerinin incelenmesi. *Spor Bilimleri Araştırmaları Dergisi*, 4(1), 10-24.
- Demir, G. T., HAZAR, Z., & CİCİOĞLU, H. İ. (2018). Egzersiz bağımlılığı ölçeği (EBÖ): Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Kastamonu Eğitim Dergisi*, 26(3), 865-874.

- Demirel, H. G., & Cicioğlu, H. İ. (2020). Üst düzey sporcuların egzersiz bağımlılık düzeylerinin incelenmesi. *Gaziantep Üniversitesi Spor Bilimleri Dergisi*, 5(3), 242-254.
- Deniz, B. Ç. (2019). Düzenli egzersiz yapan beslenme eğitimi alan ve almayan bireylerde karbonhidrat tüketimi ve beslenme alışkanlıklarının değerlendirilmesi (Master's thesis, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü).
- Donini, L. M., Marsili, D., Graziani, M. P., Imbriale, M., & Cannella, C. (2004). Orthorexia nervosa: a preliminary study with a proposal for diagnosis and an attempt to measure the dimension of the phenomenon. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 9(2), 151-157.
- Duca, MA (2011). Beslenme sorunları, Nicola Andria'daki hipokondri ve mesmérisme. *Psikofeni: Ricerca ed Analisi Psicologica*, (24), 65-84.
- Dunn, T. M., & Bratman, S. (2016). On orthorexia nervosa: A review of the literature and proposed diagnostic criteria. *Eating behaviors*, 21, 11-17.
- Eriksson, L., Baigi, A., Marklund, B., & Lindgren, E. C. (2008). Social physique anxiety and sociocultural attitudes toward appearance impact on orthorexia test in fitness participants. *Scandinavian journal of medicine & science in sports*, 18(3), 389-394.
- Erol, İ. (2019). *Üniversite öğrencilerinde sosyodemografik verilere göre mükemmeliyetçilik algısı ve ortoreksiya nervosa arasındaki ilişkinin incelenmesi* (Master's thesis, Sosyal Bilimler Enstitüsü).
- Ertekin, H. (2012). Farklı Bir Pika Hastalığı Olgusu . *Ankara Tıp Dergisi*, 12 (3) , 158-159 .
- Ertürk, E. (2018). Spor Merkezine Devam Eden Bireylerin Beslenme Durumları ve Yeme Davranışlarının Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Fabricatore, A. N., Wadden, T. A., Higginbotham, A. J., Faulconbridge, L. F., Nguyen, A. M., Heymsfield, S. B., & Faith, M. S. (2011). Intentional weight loss and changes in symptoms of depression: a systematic review and meta-analysis. *International journal of obesity*, 35(11), 1363-1376.
- Fidan, T., Ertekin, V., Işııkay, S., & Kırpınar, I. (2010). Prevalence of orthorexia among medical students in Erzurum, Turkey. *Comprehensive psychiatry*, 51(1), 49-54.
- Freimuth, M. (2008). Addicted. *Recognizing destructive behavior before it's too late*. Latham, MD: Rowman & Littlefield.
- Freimuth, M., Moniz, S., & Kim, S. R. (2011). Clarifying exercise addiction: Differential diagnosis, co-occurring disorders, and phases of addiction. *International journal of environmental research and public health*, 8(10), 4069-4081.
- Gezer, C., & Kabaran, S. (2013). Beslenme ve diyetetik bölümü kız öğrencileri arasında görülen ortoreksiya nervosa riski. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(1), 14-22.
- Giovannoni, G., Bermel, R., Phillips, T. ve Rudick, R. (2018). NEDA'nın kısa bir tarihi. *Multipl skleroz ve ilgili bozukluklar*, 20 ,228-230.
- González-Hernández, J., Baños, R., Morquecho-Sánchez, R., Pineda-Espejel, H. A., & Chamorro, J. L. (2021). Perfectionism Patterns, Dark Personality, and Exercise Addiction Trend in High-Intensity Sports. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 1-13.
- Green, A. D., Alioto, A., Mousa, H., & Di Lorenzo, C. (2011). Severe pediatric rumination syndrome: successful interdisciplinary inpatient management. *Journal of pediatric gastroenterology and nutrition*, 52(4), 414-418.

- Griffiths, M. (1997). Exercise addiction: A case study. *Addiction Research*, 5(2), 161-168.
- Griffiths, M. (2000). Does Internet and computer" addiction" exist? Some case study evidence. *CyberPsychology and Behavior*, 3(2), 211-218.
- Griffiths, M. (2005). A 'components' model of addiction within a biopsychosocial framework. *Journal of Substance use*, 10(4), 191-197.
- Hausenblas, H. A., & Downs, D. S. (2002). How much is too much? The development and validation of the exercise dependence scale. *Psychology and health*, 17(4), 387-404.
- Heo, M., Pietrobelli, A., Fontaine, K. R., Sirey, J. A., & Faith, M. S. (2006). Depressive mood and obesity in US adults: comparison and moderation by sex, age, and race. *International journal of obesity*, 30(3), 513-519.
- Işık, U. (2009). Medya bağımlılığı teorisi doğrultusunda internet kullanımının etkileri ve internet bağımlılığı, *İletişim Kuram ve Araştırma Dergisi*, (28), 29-55.
- İren, G. (2021). Egzersiz yapmanın genç yetişkinlerde Ortoreksiya Nervosa eğilimi ve beden memnuniyetine yönelik tutumlarıyla ilişkisi (Master's thesis, İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü).
- İT, U. (2009). Madde bağımlılığı. *Silahlı Kuvvetler Dergisi*, 399, 99-115.
- Jacobi, L., & Cash, T. F. (1994). In pursuit of the perfect appearance: Discrepancies among self-ideal percepts of multiple physical attributes 1. *Journal of applied social psychology*, 24(5), 379-396.
- Jakicic, J. M., & Otto, A. D. (2005). Physical activity recommendations in the treatment of obesity. *Psychiatric Clinics*, 28(1), 141-150.
- Johnston, O., Reilly, J., & Kremer, J. (2011). Excessive exercise: From quantitative categorisation to a qualitative continuum approach. *European Eating Disorders Review*, 19(3), 237-248.
- Kohut, H., & Elson, M. E. (1987). *The Kohut seminars on self psychology and psychotherapy with adolescents and young adults*. WW Norton & Company.
- Koven, N. S., & Abry, A. W. (2015). The clinical basis of orthorexia nervosa: emerging perspectives. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 11, 385.
- Kramer, A. (2020). An overview of the beneficial effects of exercise on health and performance. *Physical Exercise for Human Health*, 3-22.
- Kuey, A. G. (2008). Ergenlerde yeme bozuklukları. *Cocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı (Eds F Cuhadaroglu, A Coskun, E Iseri, S Miral, N Motovalli, B Pehlivanurk et al.)*, 407-423.
- Lacoste, S. M. (2017). Looking for the origins of anorexia nervosa in adolescence-A new treatment approach. *Aggression and violent behavior*, 36, 76-80.
- LaRose, R., Lin, C. A., & Eastin, M. S. (2003). Unregulated Internet usage: Addiction, habit, or deficient self-regulation?. *Media psychology*, 5(3), 225-253.
- Larson, E. B., Wang, L. I., Bowen, J. D., McCormick, W. C., Teri, L., Crane, P., & Kukull, W. (2006). Exercise is associated with reduced risk for incident dementia among persons 65 years of age and older. *Annals of internal medicine*, 144(2), 73-81.
- Lindeman, M., Keski-Vaara, P., & Roschier, M. (2000). Assessment of magical beliefs about food and health. *Journal of Health Psychology*, 5(2), 195-209.
- McInerney-Ernst, E. M. (2011). Orthorexia nervosa: Real construct or newest social trend. University of Missouri-Kansas City.

- Menteş, E., Mentş, B & Karacabey K. (2011) Adölesan Döneminde Obezite ve Egzersiz, İnsan Bilimleri Dergisi.
- Miller, K. J., & Mesagno, C. (2014). Personality traits and exercise dependence: Exploring the role of narcissism and perfectionism. *International Journal of Sport and Exercise Psychology*, 12(4), 368-381.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). Motivational interviewing: Preparing people for change. Book Review.
- Moroze, R. M., Dunn, T. M., Holland, J. C., Yager, J., & Weintraub, P. (2015). Microthinking about micronutrients: a case of transition from obsessions about healthy eating to near-fatal "orthorexia nervosa" and proposed diagnostic criteria. *Psychosomatics*, 56(4), 397-403.
- Murray, S. B., Strober, M., Craske, M. G., Griffiths, S., Levinson, C. A., & Strigo, I. A. (2018). Fear as a translational mechanism in the psychopathology of anorexia nervosa. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 95, 383-395.
- Mülazimoğlu-Balli, Ö., Koca, C., ve Aşçi, F. (2010). An examination of social physique anxiety with regard to sex and level of sport involvement. *Journal of Human Kinetics*, 26, 115-122.
- Natenshon, A. H. (2017). Eating Disorders: A Treatment Apart. The Unique Use of the Therapist's Self in the Treatment of Eating Disorders. *Eating disorders: A paradigm of the biopsychosocial model of illness*, 159-192.
- National Eating Disorders Association. (2018). Unspecified Feeding or Eating Disorder. <https://www.nationaleatingdisorders.org/> 27.11.2020.
- Oberle, C. D., Samaghabadi, R. O., & Hughes, E. M. (2017). Orthorexia nervosa: Assessment and correlates with gender, BMI, and personality. *Appetite*, 108, 303-310.
- Oberle, C. D., Watkins, R. S., & Burkot, A. J. (2018). Orthorexic eating behaviors related to exercise addiction and internal motivations in a sample of university students. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 23(1), 67-74.
- Oğuz, G (2005) Bir Güzellik Miti Olarak İncelik ve Kadınlarla İlgili Beden İmgesinin Televizyonda Sunumu, Anadolu Üniversitesi İletişim Bilimleri Fakültesi.
- Ögel, K. (1997). *Uyuşturucu maddeler ve bağımlılık*. İletişim.
- Öner, B. (2021). Spor merkezi üyelerinin egzersiz bağımlılıkları ile ortoreksiya nervoza (Sağlıklı Beslenme Takıntısı) belirtilerinin incelenmesi. Yayınlanmamış Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalı, Elazığ.
- Parra-Fernández, M. L., Rodríguez-Cano, T., Onieva-Zafra, M. D., Perez-Haro, M. J., Casero-Alonso, V., Fernández-Martinez, E., & Notario-Pacheco, B. (2018). Prevalence of orthorexia nervosa in university students and its relationship with psychopathological aspects of eating behaviour disorders. *BMC psychiatry*, 18(1), 1-8.
- Pastor, Y., Balaguer, I., Pons, D., & García-Merita, M. (2003). Testing direct and indirect effects of sports participation on perceived health in Spanish adolescents between 15 and 18 years of age. *Journal of adolescence*, 26(6), 717-730.
- Phillipou A, Castle DJ, Rossella S. (2019). Direct comparisons of anorexia nervosa and body dysmorphic disorder: A systematic review. *Psychiatry Research*. 2019; 274: 129-137.
- Polat, C., & Şimşek, K. Y. (2015). Spor merkezlerindeki bireylerin egzersiz bağımlılığı düzeylerinin incelenmesi: Eskişehir İli Örneği. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 3(15), 354-369.
- Powers, P. S., & Thompson, R. A. (2007). Athletes and eating disorders.

- Roehr, B. (2013). American psychiatric association explains DSM-5. *Bmj*, 346.
- Röthig, P. (1992). *Sportwissenschaftliches Lexikon* (Vol. 49). Hofmann.
- Rudolph, S. (2018). The connection between exercise addiction and orthorexia nervosa in German fitness sports. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 23(5), 581-586.
- Sadıq, B. J. S. (2018). Investigation of the exercise dependence of athletes' kick boxing, taekwondo and muay thai/Kickboks, taekwondo ve muay thai sporcularının egzersiz bağımlılığının araştırılması.
- Schröder, A., Heider, J., Zaby, A., & Göllner, R. (2013). Cognitive behavioral therapy versus progressive muscle relaxation training for multiple somatoform symptoms: results of a randomized controlled trial. *Cognitive therapy and research*, 37(2), 296-306.
- Seferoğlu, S., & Yıldız, H. (2013). Dijital çağın çocukları İlköğretim öğrencilerinin Facebook kullanımları ve internet bağımlılıkları üzerine bir araştırma. *İletişim ve Diplomasi*, (2).
- Segura-García, C., Papaiani, M. C., Caglioti, F., Procopio, L., Nisticò, C. G., Bombardiere, L., ... & Capranica, L. (2012). Orthorexia nervosa: a frequent eating disordered behavior in athletes. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 17(4), e226-e233.
- Setnick, J. (2013). *The eating disorders clinical pocket guide: quick reference for healthcare providers*. Snack Time Press.
- Sevilmiş, A., & ŞİRİN, E. F. (2019). *Fitness merkezleri standart ve kalite belgelendirme sürecinde almanya modeli ve Türkiye'de uyarlanabilirlik çalışması*. Akademisyen Kitabevi.
- Sevindik, F. (2011). Fırat üniversitesi öğrencilerinde problemlerli internet kullanımı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi.
- Shapiro, J. R., Pisetsky, E. M., Crenshaw, W., Spainhour, S., Hamer, R. M., Dymek-Valentine, M., & Bulik, C. M. (2008). Exploratory study to decrease postprandial anxiety: Just relax!. *International Journal of Eating Disorders*, 41(8), 728-733.
- Sönmez, A. Ö. (2017). Çocuk ve ergenlerde yeme bozuklukları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 9(3), 301-316.
- Spano, L. (2001). The relationship between exercise and anxiety, obsessive-compulsiveness, and narcissism. *Personality and Individual Differences*, 30(1), 87-93.
- Strahler, J., Hermann, A., Walter, B., & Stark, R. (2018). Orthorexia nervosa: A behavioral complex or a psychological condition?. *Journal of behavioral addictions*, 7(4), 1143-1156.
- Sussman, S., Lisha, N., & Griffiths, M. (2011). Prevalence of the addictions: a problem of the majority or the minority?. *Evaluation & the health professions*, 34(1), 3-56.
- Szabo, A., & Griffiths, M. D. (2007). Exercise addiction in British sport science students. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 5(1), 25-28.
- Tahiroğlu, A. Y., Fırat, S., Diler, R. S., & Avcı, A. (2005). Erkek çocuklarda yeme bozuklukları; bir anoreksiya nervosa vakası. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 48, 151-157.
- Talley, N. J. (2011). Rumination syndrome. *Gastroenterology & hepatology*, 7(2), 117.
- Taşdemir, B. (2015). *Fitness merkezlerinde üye beklentileri üzerine bir araştırma* (Doctoral dissertation, Bahçeşehir Üniversitesi).

- Taşkent, A. (2010). *Alkol ve/veya madde bağımlıları ile bağımlılığı olmayan bireylerin savunma mekanizmaları açısından karşılaştırılması, çocukluk çağı travmaları, disosiyatif yaşantılar ve bağımlılık şiddetinin savunma mekanizmaları üzerindeki etkisinin incelenmesi* (Master's thesis, Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü).
- Terry, A., Szabo, A., & Griffiths, M. (2004). The exercise addiction inventory: A new brief screening tool. *Addiction Research & Theory*, 12(5), 489-499.
- Thompson, P. D., Arena, R., Riebe, D., & Pescatello, L. S. (2013). ACSM's new preparticipation health screening recommendations from ACSM's guidelines for exercise testing and prescription. *Current sports medicine reports*, 12(4), 215-217.
- Thornton, E. W., & Scott, S. E. (1995). Motivation in the committed runner: Correlations between self-report scales and behaviour. *Health Promotion International*, 10(3), 177-184.
- Thornton, E. W., & Scott, S. E. (1995). Motivation in the committed runner: Correlations between self-report scales and behaviour. *Health Promotion International*, 10(3), 177-184.
- Toker, D. E., & Hocaoğlu, Ç. (2009). Yeme bozuklukları ve aile yapısı: Bir gözden geçirme. *Düşünen Adam*, 22(1-4), 36-42.
- Tuncer, A., Enzin, F., İri, F., Dinler, E., Pelin, Z., & Bayramlar, K. (2020). Uyku Bozukluklarında egzersiz tedavisinin önemi. *Zeugma Sağlık Araştırmaları Dergisi*. 2020; 2 (2): 89, 97.
- Turner, P. G., & Lefevre, C. E. (2017). Instagram use is linked to increased symptoms of orthorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 22(2), 277-284.
- Uğur, E., & Baysaling, Ö. (2002). Herkes İçin Spor: Vücut Geliştirme. *Fitness ve Formda Kalma, İstanbul: İpress Basım ve Yayın*.
- Ünalın, D., Öztop, D. B., Elmalı, F., Öztürk, A., Konak, D., Pırlak, B., & Güneş, D. (2009). Bir grup sağlık yüksekokulu öğrencisinin yeme tutumları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki. *Journal of Turgut Ozal Medical Center*, 16(2), 75-82.
- Üstündağ, E. G. (2020). *Spor salonunda spor yapan bireylerde yeme farkındalığı ile ortoreksiya nervoza belirtileri arasındaki ilişkinin incelenmesi* (Master's thesis, Sosyal Bilimler Enstitüsü).
- Varga, M., Thege, B. K., Dukay-Szabó, S., Túry, F., & van Furth, E. F. (2014). When eating healthy is not healthy: orthorexia nervosa and its measurement with the ORTO-15 in Hungary. *BMC psychiatry*, 14(1), 1-11.
- Veale, D. (1995). Does primary exercise dependence really exist?. In *Exercise addiction: Motivation for participation in sport and exercise: Proceedings of British Psychology, sport and exercise Psychology section* (pp. 71-75). British Psychological Society.
- Wienke, K. (2014). *Welchen Einfluss hat Social Media auf einen möglichen Erfolg von Fitnessstudios?: eine Bestandskundenanalyse von Fitnessstudios* (Doctoral dissertation, Hochschule Mittweida).
- Yeltepe, H. (2005). *Egzersiz Bağımlılığının Tanımlanması Ve 'Egzersiz Bağımlılığı Ölçeği-21'in Geçerlilik Ve Güvenilirlik Çalışmasının Yapılması* (Doctoral dissertation, Marmara Üniversitesi (Turkey)).
- Yeltepe, H. (2011). *Egzersiz psikolojisi ve zihinsel sağlık*. Nobel Akademik Yayıncılık.

- Yıldırım, İ., Yıldırım, Y., Ersöz, Y., Özkan, Işık ., Saraçlı, S., Karagöz, Ş., & Yağmur, R. (2017). Egzersiz bağımlılığı, yeme tutum ve davranışları ilişkisi. *CBÜ beden eğitimi ve spor bilimleri dergisi*, 12(1), 43-54.
- Young, K. S. (1999). Internet addiction: Evaluation and treatment. *Bmj*, 319(Suppl S4).
- Young, S. L., Wilson, M. J., Miller, D., & Hillier, S. (2008). Toward a comprehensive approach to the collection and analysis of pica substances, with emphasis on geophagic materials. *PLoS One*, 3(9), e3147.
- Zmijewski, C. F., and Howard, M. O. (2003). Exercise dependence and attitudes toward eating among young adults. *Eating behaviors*, 4(2), 181-195.

EKLER

Ek-1: Ortoreksiya Nervoza Ölçeği-11

ORTOREKSİYA NERVOZA ÖLÇEĞİ- 11 (ORTO-11)

	Her zaman	Sık sık	Bazen	Hiçbir zaman
1- Son üç ay içerisinde tükettiğiniz besinleri düşünmek endişelenmenize neden oldu mu?	1	2	3	4
2- Sağlığınızla ilgili endişeleriniz besin seçiminizi etkiler mi?	1	2	3	4
3- Yiyeceklerinizin sağlıklı olması sizin için lezzetinden daha mı önemlidir?	1	2	3	4
4- Daha sağlıklı besinlere daha fazla para harcar mısınız?	1	2	3	4
5- Sağlıklı beslenme ile ilgili düşünceler sizi günde üç saatten fazla meşgul eder mi?	1	2	3	4
6- Sağlıksız olduğunu düşündüğünüz besinleri yediğiniz olur mu?	4	3	2	1
7- Besinler içerisinde sadece sağlıklı olanlarını tüketmek kendinize olan güveninizi artırır mı?	1	2	3	4
8- Sağlıklı beslenmek yaşam tarzınızı değiştirir mi? (dışarıda yemek, arkadaşlarla yemek gibi)	1	2	3	4
9- Sağlıklı beslenmenin dış görünümünüzü daha iyi hale getirebileceğini düşünür müsünüz?	1	2	3	4
10- Sağlıksız beslendiğinizde kendinizi suçlu hisseder misiniz?	2	4	3	1
11- Süpermarketlerde sağlıksız besinlerin de satıldığını düşünür müsünüz?	1	2	3	4

Ek-2: Egzersiz Bağımlılığı Ölçeği

EGZERSİZ BAĞIMLILIĞI ÖLÇEĞİ (EBÖ): GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

Tekkursun-Demir, G., Hazar, Z. ve Cicioğlu, H. İ. (2018). "Egzersiz Bağımlılığı Ölçeği (EBÖ): Geçerlik ve Güvenirlilik Çalışması." *Kastamonu Eğitim Dergisi*, 26(3): 865-874.

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1.Kendimi kötü hissettiğimde egzersiz yapmak beni rahatlatır.	1	2	3	4	5
2.Egzersiz yapmak bende heyecan ve coşku uyandırır.	1	2	3	4	5
3.Egzersiz yaptığımda mutlu olurum.	1	2	3	4	5
4.Tükenmiş hissettiğimde egzersiz yapmak bana iyi gelir.	1	2	3	4	5
5.Egzersiz yaptığımda zamanın nasıl geçtiğinin farkına varmam.	1	2	3	4	5
6.Egzersiz araçlarına gereğinden fazla para harcadığımı düşünüyorum.	1	2	3	4	5
7.Egzersiz yapmadığım bir hayat düşünemiyorum.	1	2	3	4	5
8.Egzersiz yapmadığım zaman kendimi yorgun/enerjisiz hissedirim.	1	2	3	4	5
9.Egzersiz yapmak için okulumu/işimi aksattığım zamanlar olur.	1	2	3	4	5
10.Egzersize çok fazla zaman ayırdığım için diğer sosyal faaliyetlere (kültürel, sanatsal, vb..) zamanım kalmaz.	1	2	3	4	5
11.Arkadaşlarımla/ailemle zaman geçirmek mi yoksa egzersiz yapmak mı noktasında çatışma yaşıyorum.	1	2	3	4	5
12.Egzersiz yaparken beslenme ihtiyacımı ertelemeye çalışırım.	1	2	3	4	5
13.Sakatlandığım durumlarda bile egzersiz yapmayı sürdürürüm.	1	2	3	4	5
14.Planladığımdan daha uzun süre egzersiz yapmaktan kendimi alamıyorum.	1	2	3	4	5
15.Egzersiz yapacağım zamanın gelmesini sabırsızlıkla beklerim.	1	2	3	4	5
16.Egzersiz yapmadığım zamanlarda bile egzersiz yapmayı hayal ederim.	1	2	3	4	5
17.Her defasında aynı sürede egzersiz yapmak beni tatmin etmez.	1	2	3	4	5

EK-3:Etik Kurul Kararı



ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER ARAŞTIRMALARI ETİK KURUL KARARLARI

KARAR TARİHİ	TOPLANTI SAYISI	KARAR SAYISI
25.02.2022	2	2022-110

KARAR NO: 2022-110
Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü öğrencisi Mustafa TURHAN 'ın Doç. Dr. Egemen ERMIŞ danışmanlığında "Sporla Uğraşan Bireylerin Egzersiz Bağımlılıkları ile Ortoreksiya Nervoza Belirtilerinin İncelenmesi" isimli yüksek lisans tezine ilişkin anket ve bilgisayar ortamında anket/test çalışmalarını içeren 51731 sayılı dilekçesi okunarak görüşüldü.

Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü öğrencisi Mustafa TURHAN 'ın Doç. Dr. Egemen ERMIŞ danışmanlığında "Sporla Uğraşan Bireylerin Egzersiz Bağımlılıkları ile Ortoreksiya Nervoza Belirtilerinin İncelenmesi" isimli yüksek lisans tezine ilişkin anket ve bilgisayar ortamında anket/test çalışmalarının kabulüne oy birliği ile karar verildi.

ÖZ GEÇMİŞ

Mustafa Turhan 2012 yılında Küçükalyalı Anadolu Teknik Lisesini bitirdi. 2015 yılında Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Yaşar Doğu Spor Bilimleri Fakültesinde Antrenörlük bölümüne başladı. 2019 yılında Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Yaşar Doğu Spor Bilimleri Fakültesinde Antrenörlük Eğitimi Ana Bilim Dalında Yüksek Lisans Programına girdi. Futbol branşında geçmişi olup, Futbol ve Futsal branşında antrenörlük yapmaktadır.

TARİH: 15/07/2022

Yayınlar: CUKUROVA 8th INTERNATIONAL SCIENTIFIC RESEARCHES CONFERENCE held on April 15-17,2022 / Adana, Turkey

İletişim Bilgileri

ORCID ID : 0000-0002-3146-3778