



**T.C.**  
**ACIBADEM MEHMET ALİ AYDINLAR ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ADÖLESAN SPORCULARDA YEME TUTUMU VE BEDEN  
ALGILARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**GONCA YILDIRIM**  
**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**BESLENME VE DİYETETİK**

**DANIŞMAN**  
**Dr. Öğr. Üyesi Süheyla Aylın Büyükkaragöz**

**İSTANBUL-2018**



**T.C.**  
**ACIBADEM MEHMET ALİ AYDINLAR ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ADÖLESAN SPORCULARDA YEME TUTUMU VE BEDEN  
ALGILARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**GONCA YILDIRIM**  
**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**BESLENME VE DİYETETİK**

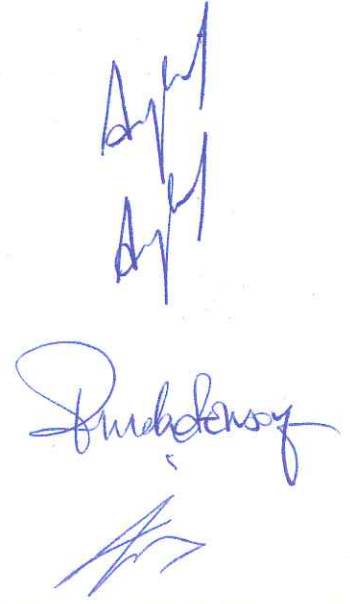
**DANIŞMAN**  
**Dr. Öğr. Üyesi Süheyla Aylin Büyükkaragöz**

**İSTANBUL-2018**

Anabilim Dalı: Beslenme ve Diyetetik  
Program: Beslenme ve Diyetetik Tezli Yüksek Lisans Programı  
Tez Başlığı: Adölesan Sporcularda Yeme Tutumu ve Beden Algıları Arasındaki  
İlişkinin Değerlendirilmesi  
Öğrencinin Adı-Soyadı: Gonca Yıldırım  
Savunma Sınavı Tarihi: 12/ 07 / 2018

Bu tez çalışması jürimiz tarafından Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı	Yrd.Doç.Süheyla Aylin Büyükkaragöz Acıbadem Üniversitesi
Tez Danışmanı	Yrd.Doç.Süheyla Aylin Büyükkaragöz Acıbadem Üniversitesi
Üye	Yrd.Doç.Dr.Funda Şensoy Fenerbahçe Üniversitesi
Üye	Prof.Dr.Murat Baş Acıbadem Üniversitesi



Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca bu tez yukarıdaki jüri tarafından onaylanmış ve Sağlık Bilimleri Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Uğur Özbek

Enstitü Müdürü

## BEYAN

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

12/07/2018

Gonca YILDIRIM

## TEŞEKKÜR

Çalışmanın planlanmasında, yürütülmesinde ve sonuçlandırılmasında bana yol gösteren, bilimsel bilgilerini ve manevi desteğini esirgemeyen ve bana her zaman ilham kaynağı olan çok değerli danışmanım Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü öğretim üyesi Dr. Öğr. Üyesi Süheyla Aylin Büyükkaragöz'e ve diğer bölüm hocalarıma, yüksek lisans eğitimim süresince bana destek olan arkadaşlarım Bera Şen, Kübra Doğruer ve Bircan Topbaş'a, tez yazım sürecinde bilimsel ve manevi yardımlarını esirgemeyen arkadaşım Arş. Gör. Özlem Çetiner'e ve eğitim hayatımın başlangıcından itibaren her zaman bana destek olan canım aileme sonsuz teşekkür ederim.

## **İÇİNDEKİLER**

<b>BEYAN</b> .....	iii
<b>TEŞEKKÜR</b> .....	iv
<b>SİMGELER VE KISALTMALAR</b> .....	ix
<b>TABLO DİZİNİ</b> .....	xi
<b>ÖZET</b> .....	1
<b>SUMMARY</b> .....	2
<b>1.GİRİŞ VE AMAÇ</b> .....	3
<b>2.GENEL BİLGİLER</b> .....	5
2.1. Adölesan Dönem (Ergenlik) .....	5
2.2. Adölesan Dönemde Gerçekleşen Değişiklikler .....	5
2.2.1. Fizyolojik Değişimler.....	5
2.2.2. Psikolojik ve sosyal değişimler .....	8
2.3. Adölesanlarda Beslenme Durumu .....	9
2.4. Adölesanlarda Egzersiz ve Spor Yapmanın Önemi .....	10
2.5. Yeme Bozuklukları .....	11
2.5.1. Adölesan Sporcularda Görülen Yeme Bozuklukları.....	11
2.5.1.1. Anoreksiya Nervoza.....	12
2.5.1.2. Bulimia Nervoza .....	13
2.5.1.3. Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu.....	14
2.5.1.4. Sınıflandırılmayan yeme bozuklukları .....	16
2.5.2. Kadın Sporcu Üçlemesi .....	16
2.5.3. Anoreksiya Atletika .....	17
2.5.4. Egzersiz Bağımlılığı.....	18
2.5.5. Kas dismorfisi (Bigoreksiya) .....	19
2.5.6. Ortoreksiya nervoza .....	21
2.5.7. Adölesan Sporcularda Yeme Bozukluğu Prevelansı.....	22
2.5.8. Yeme Bozukluğu Oluşumundaki Risk Faktörleri .....	23
2.5.8.1. Genetik .....	23
2.5.8.2. Kişisel sebepler .....	24
2.5.8.3. Sporcunun Çevresi .....	25
2.5.8.4. Spor türü.....	25

2.5.8.5. Spor ortamı.....	26
2.5.9. Sporcularda Yeme Bozukluğu Saptama Yöntemleri .....	26
2.5.9.1. Mülakatlar .....	27
2.5.9.2. Vücut ağırlığının değerlendirilmesi: antropometrik indeksler .....	27
2.5.9.3. Beden Algısı.....	28
2.5.9.4. Gözlemler.....	28
2.5.9.5. Anketler.....	29
2.5.10. Yeme Bozukluklarından Korunma .....	29
2.5.11. Tedavi.....	32
2.6. Beden algısı.....	32
2.6.1. Adölesan Sporcularda Beden Algısını Etkileyen Faktörler .....	33
2.6.1.2. Fiziksel ve Biyolojik Faktörler.....	33
2.6.1.3. Aile, Arkadaşlar, Yaşlılar.....	34
2.6.1.4. Antrenör ve Takım Arkadaşları .....	36
2.6.1.5. Medya.....	37
2.6.1.6. Spor Türü ve Spora Katılım .....	38
2.6.2. Beden Algısını Değerlendirme ve Ölçme İçin Kullanılan Yöntemler .....	40
2.6.2.2. Figürlü ölçekler .....	40
2.6.2.3. Davranışsal Yöntemler.....	41
2.6.2.4. Algı Ölçümü.....	42
2.6.2.5. Anketler ve Mülakatlar .....	42
2.6.3. Koruma ve Tedavi.....	43
2.7. Adölesan Sporcularda Beden İmajı ve Yeme Tutumu İlişkisi.....	44
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM.....</b>	<b>46</b>
3.1. Araştırma Yeri, Zamanı ve Örneklem Seçimi.....	46
3.2. Araştırmanın Genel Planı .....	46
3.3. Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi.....	47
3.3.1. Kullanılan Ölçekler .....	47
3.3.1.1. Yeme Tutumu Testi -26 (Eating Attitude Test-26).....	47
3.3.1.2. Yeme Bozukluğunu Değerlendirme Ölçeği (Eating Disorder Examination Questionnaire).....	48
3.3.1.3. Sosyal Fizik Kaygı Envanteri (Social Physique Anxiety Scale).....	49
3.3.2. Antropometrik Ölçümler.....	50
3.4. Verilerin İstatistiksel Olarak Değerlendirilmesi .....	52

<b>4. BULGULAR</b> .....	53
4.1. Katılımcılara Ait Tanımlayıcı Bulgular .....	53
4.2. Sporla İlişkili Bulgular .....	57
4.3. Katılımcıların Antropometrik Ölçümlerine Ait Bulgular .....	58
4.4. Vücut Ağırlığı ve Görüntüsüyle İlgili Bulgular .....	63
4.5. Katılımcıların Uyku Sürelerine Ait Bulgular .....	74
4.6. Katılımcıların Yeme Tutumu Testi-26'ya Göre Değerlendirilmesi.....	77
4.7. Katılımcıların Yeme Bozukluğunu Değerlendirme Ölçeğine (EDE-Q) Göre Değerlendirilmesi.....	83
4.8. Menstruasyonla İlişkili Bulgular .....	92
4.9. Katılımcıların Sosyal Fizik Kaygı Envanterine Göre Değerlendirilmesi .....	95
4.10. Ölçek Puanlarının İlişkisinin Değerlendirilmesi .....	101
4.11. Sporcuların Spora Başlama Yaşı ve Günlük Antrenman Süreleri ile Ölçek Puanlarının İlişkisi .....	101
4.12. Ölçek Puanları ile BKİ Z Skor İlişkisinin Değerlendirilmesi .....	102
4.13. Ölçek Puanları ile Vücut Ağırlığının İlişkisi .....	102
4.14. Katılımcıların Ağırlık Kaybetmeyi İsteme ve Vücut Görüntüsünden Memnun Olma Durumuyla Ölçek Puanlarının İlişkisi.....	103
4.15. Ağırlık Kaybetmesi Gerektiği Söylenen Katılımcıların Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi ve Ağırlık Kaybet Diyen Kişilerin Ölçek Puanlarına Etkisinin Değerlendirilmesi.....	105
4.16. Katılımcıların Tartılma Sıklığının Ölçek Puanlarıyla İlişkisi .....	108
4.17. Katılımcıların uyku süresi ve ölçek puanlarının ilişkisi.....	110
<b>5. TARTIŞMA</b> .....	112
5.1. Katılımcıların Antropometrik Ölçülerinin Değerlendirilmesi .....	112
5.2. Katılımcıların Kronik Hastalıklarının Sıklığının Değerlendirilmesi.....	113
5.3. Sporcuların Antrenman Süreleri ve Ölçek Puanlarıyla İlişkisi .....	120
5.4. Vücut Ağırlığı ve Görüntüsüyle İlgili Bulguların Değerlendirilmesi .....	122
5.5.1. Ağırlık Kaybetme İsteği, Ağırlık Kaybetmek İçin Kullanılan Yöntemler, Vücut Görüntüsünden Memnun Olma ve Ölçek Puanlarıyla İlişkisi .....	122
5.5.2. Ağırlık Kaybetmesi Gerektiği Söylenen Katılımcıların Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi.....	125
5.5. Tartılma Sıklığı ve Ölçek Puanlarıyla İlişkisi .....	127
5.6. Uyku Süresi ve Ölçek Puanlarıyla İlişkisi .....	128
5.7. Sporcu ve Sedanterlerin Yaş Ortalamalarının Çalışmanın Sonucuna Etkisinin Değerlendirilmesi.....	129



5.8. Menstrual Düzensizlikler ve Yeme Bozukluğu .....	131
<b>6. SONUÇLAR .....</b>	<b>134</b>
<b>7. ÖNERİLER .....</b>	<b>152</b>
<b>8. KAYNAKLAR .....</b>	<b>153</b>
<b>9.EKLER.....</b>	<b>174</b>



## SİMGELER VE KISALTMALAR

AA: Anoreksiya Atletika

AN: Anoreksiya Nervoza

BDAS: Gençler İçin Vücut Memnuniyeti Değerlendirme Ölçeği

BKİ: Beden Kütle İndeksi

BN: Bulimia Nervoza

BSQ: Vücut Şekli Anketi

CDC: Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezleri

DSM: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

EAI: Egzersiz Bağımlılığı Envanteri

EAT-26: Yeme Tutumu Testi -26

EDE: Yeme Bozukluğu İncelenmesi

EDE-Q: Yeme Bozukluğunu Değerlendirme Ölçeği

EDI: Yeme Bozukluğu Envanteri

EDQ: Egzersiz Bağımlılığı Ölçeği

EOQ: Egzersiz Oryantasyon Anketi

FGR: Fiziksel Görünüm Rahatlığı

FSH: Folikül Stimüle Edici Hormon

GnRH: Gonadotropin Salınım Hormonu

KMY: Kemik Mineral Yoğunluğu

LH: Luteinize Edici Hormon

NCAA: Amerikan Kolej Sporları Kurumu

ODB: Olumsuz Değerlendirilme Beklentisi

ON: Ortoreksiya Nervoza

SST: Gençler İçin Siluet leği

TBSA: Türkiye Sağlık ve Beslenme Araştırması

TÜBER: Türkiye Beslenme Rehberi

TYB: Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu

YB: Yeme bozukluğu



## TABLO DİZİNİ

Tablo 3.3.2.1. TÜBER 5-19 yaşlarındaki çocuklar için yaşa göre vücut ağırlığı persentil sınıflandırması.....	50
Tablo 3.3.2.2. TÜBER 5-19 yaşlarındaki çocuklar için yaşa göre boy persentil sınıflandırması.....	51
Tablo 3.3.2.3. DSÖ' nün 5-19 yaşlarındaki çocuklar için BKİ z-skor sınıflaması.....	51
Tablo 4.1.1. Katılımcıların Cinsiyet Dağılımlarına Ait Bulgular.....	53
Tablo 4.1.2. Katılımcıların Yaşlarına Ait Bulgular.....	53
Tablo 4.1.3 Cinsiyete Göre Sporcu ve Sedanterlerde Yaş ortalamasının Değerlendirilmesi.....	55
Tablo 4.1.4 Spor Yapma Durumuna Göre Kız ve Erkek Katılımcılarda Yaş Ortalamasının Değerlendirilmesi.....	55
Tablo 4.1.5. Katılımcıların Kronik Hastalık Durumlarına Ait Bulgular.....	56
Tablo 4.1.6. Katılımcıların İlaç Kullanımlarına Ait Bulgular.....	56
Tablo 4.2.1.Spor Türlerine Ait Bulgular.....	57
Tablo 4.2.2.Sporcuların Sportif Hayatlarına Ait Bulgular.....	58
Tablo 4.3.1.Katılımcıların Ağırlık, Boy, Beden Kütle İndekslerine Ait Bulgular.....	58
Tablo 4.3.2. Spor Yapma Durumlarına Göre Kız ve Erkek Katılımcıların Antropometrik Ölçülerinin Değerlendirilmesi.....	60
Tablo 4.3.3. Katılımcıların Yaşa Göre Vücut Ağırlığı Persentil Sınıflandırması.....	62
Tablo 4.3.4. Katılımcıların Yaşa Göre Boy Persentil Sınıflandırması.....	62
Tablo 4.3.5. Katılımcıların Yaşa göre BKİ Z Skor Sınıflandırılması.....	62
Tablo 4.4.1. Katılımcıların Ağırlık Kaybetme/Kazanma isteklerine Ait Bulgular.....	63
Tablo 4.4.2. Kız ve Erkek Katılımcıların Spor Yapma Durumuna Göre Ağırlık Kaybetme/Kazanma İsteklerinin Değerlendirilmesi.....	65

Tablo 4.4.3. Cinsiyete Göre Sporcu ve Sedanterlerin Ağırlık Kaybetme/Kazanma İsteklerinin Değerlendirilmesi.....	65
Tablo 4.4.4. Katılımcıların Kazanmak/Kaybetmek İstedikleri Ağırlık Ortalamaları...66	
Tablo 4.4.5. Kız ve Erkek Katılımcıların Spor Yapma Durumuna Göre Kaybetmek İstedikleri Ağırlık Ortalamaları.....	68
Tablo 4.4.6. Kız ve Erkek Katılımcıların Spor Yapma Durumuna Göre Kazanmak İstedikleri Ağırlık Ortalamaları.....	68
Tablo 4.4.7. Cinsiyete Göre Sporcu ve Sedanterlerin Kaybetmek İstedikleri Ağırlık Ortalamaları.....	69
Tablo 4.4.8. Cinsiyete Göre Sporcu ve Sedanterlerin Kazanmak İstedikleri Ağırlık Ortalamaları.....	69
Tablo 4.4.9. Katılımcılara Kilo Vermesini Söyleyen Kişilerin Dağılımı.....	70
Tablo 4.4.10. Katılımcılara Kilo Almasını Söyleyen Kişilerin Dağılımı.....	70
Tablo 4.4.11. Katılımcıların Son 12 Aydaki Ağırlık Değişimine Ait Bulgular.....	71
Tablo 4.4.12. Ağırlığı Değişen Katılımcıların Son 12 Ayda Kaybettikleri/Kazandıkları Ağırlık Ortalamalarına Ait Bulgular.....	72
Tablo 4.4.13. Katılımcıların Vücut Görüntülerinden Memnun Olup Olmama Durumu.....	72
Tablo 4.4.14. Katılımcıların Ağırlık Kaybetmek İçin Kullandıkları Yöntemler.....	73
Tablo 4.4.15. Katılımcıların Tartılma Sıklığı.....	73
Tablo 4.4.16. Katılımcıların Tartılma Sıklığına Göre Sınıflandırılması.....	74
Tablo 4.5.1 Katılımcıların Uyku Sürelerine Ait Bulgular.....	74
Tablo 4.5.2. Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Uyku Sürelerinin Değerlendirilmesi.....	76
Tablo 4.5.3. Kız ve Erkek Katılımcıların Spor Yapma Durumlarına Göre Uyku Sürelerinin Değerlendirilmesi.....	76

Tablo 4.5.4 Katılımcıların Uyku Sürelerine Göre Sınıflandırılması.....	77
Tablo 4.6.1. Katılımcıların Yeme Tutumu Testi-26 Puanlarına Ait Bulgular.....	78
Tablo.4.6.2. Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Yeme Tutumu Testi-26 Puanları.....	80
Tablo 4.6.3. Kız ve Erkek Katılımcıların Spor Yapma Durumuna Göre Yeme Tutumu Testi-26 Puanları.....	80
Tablo 4.6.4. Kız ve Erkek Sporcuların Spor Tipine Göre Yeme Tutumu Testi-26 Puanlarına Ait Bulgular.....	82
Tablo 4.7.1. Katılımcıların Yeme Bozukluğunu Değerlendirme Ölçeği Puanlarına Ait Bulgular.....	84
Tablo 4.7.2. Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Yeme Bozukluğunu Değerlendirme Ölçeği Puanları.....	87
Tablo 4.7.3. Kız ve Erkek Katılımcıların Spor Yapma Durumuna Göre Yeme Bozukluğunu Değerlendirme Ölçeği Puanları.....	87
Tablo 4.7.4. Kız ve Erkek Sporcuların Spor Tipine Göre Yeme Bozukluğunu Değerlendirme Ölçeği Puanlarına Ait Bulgular.....	89
Tablo 4.7.5. Katılımcılarda Yeme Bozukluğunu Değerlendirme Ölçeğinde Bulunan Yeme Bozukluğu Davranışlarının Görülme ve Düzenli Görülme Durumunun Değerlendirilmesi.....	91
Tablo 4.8.1. Katılımcıların Menstrual Düzenlerine Ait Bulgular .....	92
Tablo 4.8.2. Katılımcıların Menstrual Düzenlerinin Ölçeklerle İlişkisi.....	93
Tablo 4.8.3. Sporcu ve Sedanter Kızların Menstrual Düzenlerinin Ölçeklerle İlişkisi.....	94
Tablo 4.9.1. Katılımcıların Sosyal Fizik Kaygı Envanteri Puanlarına Ait Bulgular....	96
Tablo 4.9.2. Katılımcıların Cinsiyete Göre Sosyal Fizik Kaygı Envanteri Puanları...	98
Tablo 4.9.3. Kız ve Erkek Katılımcıların Spor Yapma Durumuna Göre Sosyal Fizik Kaygı Envanteri Puanları.....	98

Tablo 4.9.4. Kız Ve Erkek Sporcuların Spor Tipine Göre Sosyal Fizik Kaygı Envanteri Puanlarına Ait Bulgular.....	100
Tablo 4.10.1. Sporcu ve Sedanterlerde Ölçek Puanları Arasındaki İlişki.....	101
Tablo 4.11.1. Sporcuların Spora Başlama Yaşı ve Günlük Antrenman Süreleri ile Ölçek Puanlarının İlişkisi.....	102
Tablo.4.12.1. Ölçek Puanları ile BKİ Z Skor İlişkisi.....	102
Tablo 4.13.1. Ölçek Puanları ile Vücut Ağırlığının İlişkisi.....	103
Tablo 4.14.1. Katılımcıların Ağırlık Kaybetmeyi İsteme Durumuyla Ölçek Puanlarının İlişkisi.....	104
Tablo 4.14.2. Katılımcıların Vücut Görünümlerinden Memnun Olma Durumuyla Ölçek Puanlarının İlişkisi.....	104
Tablo 4.15.1. Ağırlık Kaybetmesi Gerektiği Söylenen Katılımcıların Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi.....	106
Tablo 4.15.2. Sporculara “Kilo Ver” Diyen Kişilerin Ölçek Puanlarına Etkisi.....	107
Tablo 4.15.3. Sedanterlere “Kilo Ver” Diyen Kişilerin Ölçek Puanlarına Etkisi.....	107
Tablo 4.16.1. Katılımcıların Tartılma Sıklığının Ölçek Puanlarıyla İlişkisi.....	109
Tablo 4.17.1 Katılımcıların Uyku Süresi ile Ölçek Puanlarının İlişkisi.....	111

## ÖZET

Bu çalışmanın temel amacı, adölesan sporcularda yeme bozukluklarının ve beden algısı kaygılarının varlığını ve ilişkisini belirlemek ve bu ilişkinin adölesan sporcularla sedanterlerdeki benzerlik ve farklarını ortaya koymaktır. Çalışmaya 219 adölesan sporcu ve 219 adölesan sedanter dahil edilmiştir. Yeme tutumları, Yeme Tutumu Testi-26 (EAT-26) ve Yeme Bozukluğunu Değerlendirme Ölçeği (EDE-Q) ile, beden algıları ise Sosyal Fizik Kaygı Envanteri (SPAS) ile ölçülmüştür. Çalışma sonucunda, EAT-26 toplam puanı ve alt ölçeklerinde sporcu ve sedanterler arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). EDE-Q toplam puanı ve kısıtlama, yeme endişesi ve kilo endişesi alt ölçeği puan ortalamaları açısından sporcularla sedanterler arasında fark yokken ( $p>0.05$ ), sedanterlerin beden şekli alt ölçeği puanı ortalamaları sporculara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Sedanterlerin SPAS ve alt ölçekleri ortalamaları sporculara göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Sonuç olarak, spora katılımın adölesanları bozuk beden algısından koruduğu görülmektedir. Korelasyon analizine göre beden algısı ve yeme davranışının en kuvvetli etkileşim içinde olduğu grubun sedanter kızlar olduğu görülmüştür. Sedanter kızlar, yeme davranışını vücut görüntüsü için düzenliyor gibi görünmektedir. Sporcu kızlarda, sedanter kızlardan daha zayıf bir ilişki görülmesi yeme davranışının düzenlenmesine beden algısının yanında performans kaygısı gibi başka faktörlerin de katkıda bulunduğunu düşündürmektedir. Sporcu erkeklerde sedanter erkeklere göre beden imajı ve yeme bozukluğu ilişkisinin daha kuvvetli olması sedanter erkeklerin beden imajı kaygılarını yeme düzenlerine daha az yansıttığını, yeme bozukluğu riskinden en uzak grup olduklarını göstermektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Adölesan dönem, adölesan sporcular, beden algısı, yeme bozukluğu, yeme tutumu



## **SUMMARY**

### **Assessment of Relationship Between Eating Attitudes and Body Image in Adolescent Athletes**

The main purpose of this study is to determine the presence and association of eating disorders and body image concerns in adolescent athletes and to demonstrate similarities and differences in this relationship between adolescent athletes and sedantaries. 219 adolescent athletes and 219 adolescent sedantaries were included in the study. Eating attitudes were measured by Eating Attitude Test-26 (EAT-26) and Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) and body perceptions were measured by Social Physique Anxiety Scale (SPAS). No statistically significant difference was found between the athletes and sedantaries in the EAT-26 total score and subscales ( $p > 0.05$ ). There was no difference between the athletes and sedantaries for EDE-Q global score and restriction, eating concern and weight concern subscales. However, sedantaries scored statistically higher than athletes in body shape concern subscale ( $p < 0.05$ ). The mean scores of SPAS and subscales of sedantaries were significantly higher than athletes ( $p < 0.05$ ). As a result, involving in sport seems to protect adolescents from the distorted body image. According to correlation analysis, sedantary girls had the strongest correlation between body image and eating behavior. Sedantary girls seemed to regulate their eating behavior for the body image. The weaker relationship between body image and eating behaviour in female athletes according to sedantary females, suggesting that other factors such as performance concerns also contributed to regulation of eating behavior. The stronger relationship between body image and eating disorder in male athletes than in sedantary males indicated that their body image concerns effects their eating attitude less than male athletes' and they run the risk of having eating disorders less than all the other groups.

**Keywords:** Adolescence, adolescent athletes, body image, eating disorders, eating attitude

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Yeme bozuklukları (YB), beden şekli ve ağırlığı ile ilgili bozulan algıları ve endişeleri içeren yeme davranışlarındaki patolojik rahatsızlıklar olup sağlıksız ağırlık kontrolü davranışlarıyla birlikte, halk sağlığı problemlerinin başlıca konularından biridir (1,2).

Dünya çapında yeme bozukluğu oranları göreceli olarak düşük olmakla birlikte (% 1-5), ciddi fiziksel ve psikososyal sonuçları bulunmaktadır (2).

Yeme bozukluğunun en güçlü göstergelerinden biri, beden imajındaki memnuniyetsizliktir (2). Beden imajı, bireylerin kendilerini nasıl algıladıklarını, kendi bedenleri ile ilgili hissettiklerini ve davranış biçimlerini sembolize eden karmaşık bir kavramdır (3). Beden imajı bozukluğu 1995'de Thompson tarafından “fiziksel görünümün bir yönü ile doğrudan ilgili olan herhangi bir duygusal, bilişsel, davranışsal veya algısal rahatsızlık biçimi” olarak tanımlanmıştır. Çocuklarda ve adölesanlarda beden imajı bozuklukları oldukça yaygındır. Örneğin, yapılan son çalışmalardan birinde, erkeklerin %57'sinin ve kızların %57.7'sinin bedenlerinden memnun olmadığı gösterilmektedir (4).

Beden imajı memnuniyetsizliği, yeme bozukluklarından daha yaygın olan sağlıksız kilo kontrol davranışları açısından önemli bir risk faktörüdür. Örneğin, daha yüksek düzeyde beden tatminsizliği olan adölesanların, diyet, sağlıksız kilo kontrol davranışları ve tıkmırcasına yeme davranışı gibi alışkanlıklara daha çok sahip oldukları gösterilmiştir (2).

Sporcularda yeme bozuklukları konusu, özellikle son yıllarda artan bir şekilde dikkati çekmektedir (5). Sporcularda beden imajı kaygılarının yeme bozukluğu gelişme riskini artırdığını göstermektedir (6). Genellikle sporcular performanslarını optimize edecek bir vücut kompozisyonu elde etmek için, gelen baskıların etkisi ile yeme bozuklukları açısından daha fazla risk altına girmektedir. Sporcu olmayanlar ile karşılaştırıldığında, hem kadın hem de erkek sporcularda, yeme bozukluğunun gelişim riski fazladır. Bu durum özellikle düşük vücut ağırlığının ve vücut yağının rekabet

avantajı kazandırdığı sporcularda daha büyük bir risk taşımaktadır (7). Örneğin, daha düşük vücut yağı istenen sporlarda (ritmik jimnastik vb.), düşük vücut ağırlığı gerektiren sporlarda (kürek, kısa mesafe koşu vb.) ve spesifik ağırlık sınıflaması olan sıklet sporlarında (boks, judo vb.) vücut ağırlığının azaltılmasına yönelik baskılar artmaktadır (8).

Adölesan sporcularda; büyüme süreci, müsabakalara katılma ve sakatlıklar gibi ek yükler bulunmaktadır. Bu bağlamda elit sporcularda yeme bozukluğu sadece vücut ağırlığını ya da şeklini değiştirme isteğinden ortaya çıkmamakta, psikososyal zorlukların da bir sonucu olabilmektedir (9). Yeme bozukluğu tanısı almış yetişkin sporcuların, puberte veya adölesan dönemde diyet yapmaya ve yeme bozukluğu geliştirmeye başladıkları ve özellikle kadınlarda, vücut kompozisyonlarının ve şekillerinin değiştiği adölesan dönemde, yeme bozukluğu görülme durumunun zirve yaptığı rapor edilmiştir (10).

Adölesan sporcular fiziksel mükemmellik ideali barındıran bir grubu temsil etmektedir. Bu nedenle farklı branşları kapsayan, adölesan sporcuları temsil eden bir popülasyonu içeren ve katılan tüm sporcuların aynı değerlendirilmelere tabi tutulacağı çalışmalara ihtiyaç vardır (11). Olası bir yeme bozukluğu olan sporcunun erken tespiti komplikasyonların ve sonuçların önlenmesi açısından büyük önem taşımaktadır (12).

Bu çalışmanın temel amacı, kız ve erkek lisanslı adölesan sporcularda, yeme bozukluğunun ve bozuk beden algısının görülme durumunu saptamak, yeme bozukluğu ve beden algısı ilişkisini değerlendirmek, risk faktörlerini tanımlamak ve aynı yaş sporcu olmayan adölesanlarla karşılaştırma yapmaktır.

## **2. GENEL BİLGİLER**

### **2.1.Adölesan Dönem (Ergenlik)**

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), adölesanları 10 ila 19 yaş arasındaki bireyler olarak tanımlamaktadır. Adölesan dönem, belirli sağlık ve gelişim ihtiyaçları ve hakları olan bir yaşam dönemidir. Ayrıca, bilgi ve becerileri geliştirmek, duygu ve ilişkileri yönetmeyi öğrenmek ve yetişkin rolleri üstlenmek için önemli olan nitelikleri ve yetenekleri kazanmanın gerçekleştiği bir dönemdir (12).

Günümüzde adölesan çağda olan yaklaşık 1.2 milyar insan yaşamakta ve dünya nüfusunun altıda birini oluşturmaktadır (13). DSÖ adölesan dönemi; erken (10-15 yaş), orta (14-17 yaş) ve geç (16-19 yaş) olmak üzere 3 döneme ayırmıştır. Bu yaş grupları kabaca, çocukluktan yetişkinliğe geçişte fiziksel, sosyal ve psikolojik gelişme aşamaları ile örtüşmektedir. İlk aşama, erken ergenlik, aileden ayrılma ve bir akran grubu ile özdeşleşme ile karakterizedir. Ergenlik döneminin ikinci ve üçüncü (orta ve geç) aşamaları, sosyal ve ekonomik bağımsızlığa doğru ilerlemeyi içermektedir (14).

### **2.2.Adölesan Dönemde Gerçekleşen Değişiklikler**

#### **2.2.1. Fizyolojik Değişimler**

Ergenlik, insan gelişiminin en hızlı aşamalarından biridir. Gelişim aşamaları evrensel gibi görünse de, zamanlaması ve hızı, bireysel (cinsiyet vb.) ve çevresel (beslenme durumu vb.) bazı faktörlerin etkisiyle değişmektedir (15).

Fiziksel büyüme, bebeklik, çocukluk ve ergenlik döneminin tamamında devam eden dinamik, karmaşık ve uzun bir süreç olarak düşünülmektedir (16).

Genel olarak, vücut ağırlığı ve boy uzunluğu, çocukların ve ergenlerin fiziksel gelişimini ve beslenme durumunu ölçmek için kullanılan en yaygın parametrelerdir. Bu değerler büyüme ve motor gelişim süreçleri için fizyolojik ihtiyaçların karşılanma derecesinin belirlenmesine yardımcı olmaktadır (17). Bununla birlikte, klinisyenlerin çocuklarda ve adölesanlarda beklenen büyüme yansıtan persentil eğrilerini kullanmaları son derece önemlidir. Dünya Sağlık Örgütü, persentil eğrilerinin, tüm dünyadaki çocukların nasıl gelişmesi gerektiğini açıklarken, değerleri yargılama

imkânı veren ve istenilen standardı veya hedefi sağlayan araçlar olduğunu düşünmektedir (16).

Standartlar, çocukların belirli bir yerde ve zamanda nasıl büyüdüğünü gösteren referanslardan farklıdır. DSÖ, standartlarından sapmaların, 'anormal büyümenin' kanıtı olarak değerlendirilmesi gerektiğini not etmiştir (18).

Adölesan dönem boyunca puberte, gelişmekte olan vücutta belirgin ve karmaşık bir takım fizyolojik değişiklikler dizisini başlatmaktadır. Adölesan bireyler, boy ve kiloda bir artışa ve olgunlaşan üreme kapasitesine ulaşmalarına ek olarak, vücut yağ dağılımında ve proporsiyonunda değişiklikler ile sekonder cinsel özelliklerin gelişimini tecrübe etmektedirler. Adölesan dönem üzerinde yapılan çalışmalar, üç temel değişkene ve bunların etkileşimine dayanmakta olup bunlar; kronolojik yaş, pubertal durum ve pubertal zamanlamadır. Pubertal durum, belirli bir noktadaki pubertal gelişimin mevcut seviyesini işaret etmektedir. Pubertal zamanlama, ergenlerin fiziksel olgunlaşmasını aynı cinsiyetteki yaşlılarına kıyasla erken, zamanında ya da geç gerçekleşip gerçekleşmediğini göstermektedir. Pubertal zamanlama üzerine yapılan çalışmalar, erken pubertal zamanlamanın özellikle önemli olduğunu göstermekte ve madde bağımlılığı, suçluluk, düşük benlik saygısı ve depresyon da dahil olmak için psikolojik sonuçların dışı dönüştürülmesinin farklı türleri ile ilişkilendirilmektedir (19).

Puberte; hipotalamusta gonadotropin salınım hormonunun (GnRH) nokturnal nabızlarının sıklığı ve amplitüdindeki artışlar tarafından tetiklenmektedir. GnRH pulsaları, luteinize edici hormon (LH) ve folikül stimüle edici hormon (FSH) pulsalarının pituitar salınımını artırarak, gonadları aktifleştirmektedir. Bu durum kızlarda, östradiol, progesteron ve yumurtalık ovaryum androjenlerinin sekresyonuna ve sonunda menstrual siklusun gelişimine yol açmaktadır. Erkeklerde, LH atımları androjenlerin testiküler salınımına yol açmaktadır. Adölesan dönem ayrıca adrenal androjenlerdeki artışlar, vücut büyüklüğündeki hızlı büyüme, vücut yağ dağılımındaki değişiklikler ve ikincil cinsiyet özelliklerinin gelişimi gibi önemli değişiklikleri içermektedir (20). Hem erkeklerde hem de kızlarda kasık ve kol altlarında kıllar gelişmekte ve cinsiyete özgü büyüme paterni almaktadır. Erkeklerde cinsel organlarda genişleme, sakal ve bıyık görülmekte ve vücut tipik erkeksi bir şekle sahip olmaya

başlamaktadır. Kızlarda göğüs gelişmekte, menstruasyon başlamakta, cinsel organ yetişkin bir şekil almakta ve vücut dışıl bir türe dönüşmeye başlamaktadır (21).

Yağ kütlesi, ergenlik öncesine kadar hem erkekler hem de kızlarda nispeten sabittir. Adölesan dönemde kızlar erkeklerden daha fazla yağ kütlesi kazanmaya başlamakta, dönemin sonuna gelindiğinde 5-6 kg daha fazla yağ kütlesine sahip olmakta, bu da yılda ortalama 1.14 kg artış anlamına gelmektedir (22).

Kızlarda, boy uzaması ortalama 10 yaşında, telarştan (meme dokusunun görünümü) kısa süre bir süre sonra ivme kazanmaktadır. Yaklaşık 11.5 yaşında, menarştan 6 ila 12 ay önce boy uzaması yılda 8 cm olacak şekilde pik yapmakta, menarştan hemen sonra yavaşlamakta ve menarş sonrası ortalama boy uzaması 7 cm olmaktadır. Erken adet gören kızlar menarş sonrasında daha fazla büyümekte (örneğin, 10 yaşında adet olan bir kız için yılda 10 cm), buna karşılık, menarşı geciken kızlar menarş sonrası daha az büyümektedir (örneğin, menarşın 15 yaşında gerçekleştiği kız için ortalama 5 cm boy artışı olmaktadır). Pubertede olduğu gibi büyüme de, erkeklerde kızlara göre geç başlamaktadır. Önce genital gelişme başlamakta, boy uzaması ivme kazanmakta, en yüksek hızına (yılda 9 cm) yaklaşık 13.5 yaşında ulaşılmaktadır. Bundan sonra, boyun uzama hızı yavaşlamakta, büyüme genellikle birkaç yıl sonra tamamlanmaktadır. Erkeklerde büyüme kızlardan 2 yıl sonra başlamakta ve bu durum onlara 2 yıl ek pubertal büyüme süreci kazandırmaktadır. Boy uzama hızı erkeklerde kızlara göre daha yüksektir ve dolayısıyla daha fazla büyümektedirler. Sonuç olarak erkeklerde pubertal büyüme süresinin daha uzun, hızının daha yüksek olması, erkeklerin genellikle kadınlara göre daha uzun olmasını açıklamaktadır (23).

Planlama, duygusal düzenleme, karar verme, çoklu görev uygulaması ve benlik bilinci dahil olmak üzere, yürütme kontrol işlevlerini sağlayan prefrontal korteks, insanoğlunun en uzun süreli gelişime maruz kalan beyin bölgelerinden biridir. Prefrontal korteks, erken yaşamda gelişmeye başlamakta ve 20'li yaşlara kadar devam etmektedir. Bu beyin gelişimi, çocukluktan yetişkinliğe kadar geçen dönemde kendi kendini kontrol etme konusundaki sürekli gelişmeyi açıklayabilmektedir. Buna karşılık, ödül, iştah ve zevk ile ilgili olan limbik sistem, ergenlik döneminde prefrontal korteksten daha erken gelişmektedir. Limbik sistem ile prefrontal korteks arasındaki

olgunlaşmada en büyük farklılık, erken ila orta adölesan dönem süresince gerçekleşmektedir. Bu süreçte; risk alma durumunun artması, davranışların rasyonel karar verme mekanizmasıyla değil de duygularla yönlendirilmesiyle açıklanabilmektedir (24).

### **2.2.2. Psikolojik ve sosyal değişimler**

Adölesan dönemde oluşan hormonal ve nörogelişimsel değişikliklere bağlı olarak psikososyal ve duygusal değişiklikler ile bilişsel ve zihinsel kapasite artmaktadır. Adölesan dönemdeki bireyler ikinci on yıl boyunca daha güçlü akıl yürütme becerileri, mantıksal ve manevi düşünce yeteneğini geliştirmekte, soyut düşünme ve rasyonel kararlar verme konusunda daha yetenekli hale gelmektedir. Ayrıca, diğer insanların bakış açılarını daha iyi ele alabilmekte ve hayatlarında karşılaştıkları toplumsal sorunlarla ilgili bir şeyler yapma isteği içine girmektedirler. (25).

Çocukların değişen sosyal rollerine uyum sağlaması nedeniyle ergenlik, stres ve zorlukların arttığı bir zamandır. Bu nedenle zihinsel sağlık sorunları genellikle ergenlik döneminde ortaya çıkmaktadır. Daha küçük yaştaki çocuklar ve daha az sosyal ve duygusal kaynaklara sahip olanlar, bu süreci daha zor atlatabilmekte, bu da zihinsel sağlık problemlerin riskini artırmaktadır (26).

Hayvan çalışmalarından elde edilen bulgular, ergenlikte amigdala (duygusal işleme ile ilgili bir limbik yapı) ile ön lobları oluşturan korteks arasındaki nöral bağlantıların arttığını göstermektedir. Bu bağlantılar, duygusal ve bilişsel süreçleri bütünleştirmekte ve genellikle "duygusal olgunluk" (örneğin duyguları düzenleme ve yorumlama yeteneği) ile sonuçlanmaktadır. Kanıtlar, bu entegrasyon sürecinin yetişkinlikte de gelişmeye devam ettiğini göstermektedir (27).

Adölesan döneme eşlik eden fiziksel değişikliklerle hem erkek hem de kızlar görünüşleri ile meşgul olma eğilimindedirler. Frontal korteksin gelişimine bağlı olarak, duyguları farklı bir şekilde göstermeye başlamaktadırlar (28). Adölesan dönem, yeteneklerin, muhakeme yapabilmenin ve karmaşık yetişkin davranışlarının olgunlaştığı son gelişme dönemidir (29).

Adölesan dönemin başlangıcı belirgin ve çarpıcı fizyolojik değişikliklerle karakterize olmasına rağmen, ergenlik döneminin sonunun biyolojik yönleri daha az

açıktır. "Yetişkinliğe" kavuşmak, sosyal rollerdeki ve sorumluluklardaki değişiklikleri içermekte, kısmen kültürel olarak tanımlanmakta ve genellikle yirmili yaşların başına kadar uzanmaktadır. Bağımsız ve sorumluluk sahibi bir yetişkin olma yolundaki bu geçiş, doğal olarak kişisel hedefler ve motivasyonlarla iç içe geçmiş durumdadır. Örneğin, kariyer, kimlik, arkadaşlar, duygusal hisler, aile, toplum, dini veya felsefi inançlarla ilgili önceliklerin geliştirilmesi bu duruma dahildir. Bu gelişimsel geçiş, dikkat, duygu ve davranış gibi bilişsel kontrol becerilerinin daha fazla kullanılmasını içermektedir. Bununla birlikte, sosyal ve duygusal süreçlerin bu olgunlaşma değişikliklerinde önemli rolleri vardır. Adölesan bir bireyin uzun vadeli akademik, sportif veya sanatsal hedefleri takip etmesi motivasyonu gerektirmekte, bu motivasyonlar toplumsal deneyimlerle şekillenmekte ve kişinin hisleriyle iç içe geçmektedir. Ergenlikte sosyal etkileşimlerin doğasındaki başlıca değişikliklerden biri, kendine odaklı davranıştan diğer odaklı (sosyal açıdan) davranışa doğru geçişin gerçekleşmesidir. Bu değişiklikler, daha karmaşık sosyal ilişkilerin oluşumunu mümkün kılmakta olup özellikle akran gruplarında arkadaşlık işleyişi için önemli olmaktadır (30).

### **2.3.Adölesanlarda Beslenme Durumu**

Erken çocuklukla (0-4 yaş) ilgili elde edilen uluslararası kanıtlar, kızlar ve erkekler arasındaki beslenme durumundaki farklılıkların, Güney Asya hariç tüm bölgelerde istatistiksel olarak ihmal edilebilir düzeyde olduğunu belirtmektedir. Bununla birlikte, yıllar geçtikçe kızların, özellikle anemi gibi beslenme sorunları açısından daha büyük bir risk taşıdıkları da görülmektedir. Gelişmekte olan 14 ülkeden elde edilen veriler, 15-19 yaşlarındaki kız adölesanlarda anemi görülme sıklığının, erkek yaşlarına göre oldukça yüksek olduğunu göstermektedir. Dokuz ülkede (Hindistan, Batı ve Orta Afrika'da), 15-19 yaşlarındaki kızların yarısından fazlası anemiktir. Mevcut verilerle, ülkeler arasında ergen kızlarda en yüksek zayıflık prevalansı ise %47 ile Hindistan'dır. 2000-2009 döneminde, 20-24 yaşlarındaki Hintli kadınların yaklaşık %47'sinin 18 yaşına kadar evlendiği göz önüne alındığında, bu ülkedeki adölesan kız çocukları için etkilerinin ciddiyetini göstermektedir. Adölesan gebelik, çocuk yaşta evliliğinin beklenen bir sonucu olup düşük kilolu annelerin mortalite veya morbidite riskini artırmaktadır (31).



Öte yandan obezite hem sanayileşmiş ülkelerde hem de gelişmekte olan ülkelere giderek büyüyen bir endişe kaynağıdır. Gelişmekte olan 10 ülkenin verilerine göre, 15-19 yaşları arasında kızların kilolu olma durumu (beden kütle indeksi 25.0'in üzerinde olan) %21-36 arasında değişmektedir (32).

Türkiye Sağlık ve Beslenme Araştırması'ndaki (TÜBER), verilere göre ise, Türkiye genelinde 6-18 yaş grubu çocukların %8.2'sinin şişman (obez), %14.3'ünün hafif şişman, %14.9'unun zayıf ve %3.9'unun ise çok zayıf olduğu görülmektedir. Veriler hafif şişmanlık durumunun oldukça önemli bir sorun olduğunu ve gerekli önlemler alınmadığında, şişmanlık sorununa doğru kaymanın olabileceğini göstermektedir. Zayıflık da dikkatle izlenmesi gereken bir sorun olup, hafif şişmanlık ile benzer değerlerdedir. Yaş gruplarına göre bakıldığında ise şişmanlığın en sık 12-14 yaş grubunda (%9.8), en az 9-11 yaş grubunda (%6.0) ve çok zayıf olanların oranının ise en az 15-18 yaş grubunda (%2.6), en fazla 12-14 yaş grubunda (%5.6) olduğu saptanmıştır (33).

#### **2.4.Adölesanlarda Egzersiz ve Spor Yapmanın Önemi**

Düzenli fiziksel aktivitenin çocuklar ve adölesanlarda fiziksel uygunluğun artmasını, vücut yağlarının azalmasını, kemik sağlığının gelişmesini, depresyon ve anksiyete belirtilerinin azalmasını desteklediği gösterilmiştir (34).

Ayrıca, spor sadece beceri ve denge gibi fonksiyonel becerileri değil, aynı zamanda liderlik, takım çalışması, sosyalleşme gibi becerileri de artırmaktadır. Gençlerin karakterini oluşturmaya yardımcı olmakta, motivasyon, disiplin, azim, rekabet, sorumluluk, güven ve özsaygı gibi davranışsal alışkanlıkları öğretmektedir. Bu davranışsal yönler ayrıca, okulda başarılı olma isteğinin artmasını ve diğer öğrencilerle sosyal etkileşimi de teşvik etmektedir (35).

Araştırmacılar, spor alanının önemli bir gelişimsel bağlam olduğunu öne sürmektedir. Çünkü duyguların kontrolü, akran ilişkilerinin düzenlenmesi, akademik olmayan yetkinlikler gibi fırsatlar sağlamaktadır (36).

## **2.5.Yeme Bozuklukları**

Yeme bozukluğu, yetersiz ya da aşırı gıda alımını içerebilen, diğer yandan ruhsal etkilere dayanan ve fiziksel sonuçlara yol açabilen bir hastalıktır. Yeme bozukluğu hastalıkları, yeme alışkanlıklarında kalıcı rahatsızlık veya fiziksel, sağlık ve psikososyal fonksiyonlarda anlamlı derecede zarar verici sonuçları olan ağırlık kontrol davranışları ile karakterize psikiyatrik hastalıklar olarak tanımlanmaktadır. Tedavileri uzun sürede olmakta, ayrıca sıklıkla depresyon, madde bağımlılığı, anksiyete bozuklukları gibi diğer mental bozukluklarla beraber meydana gelmektedir. Zaman içerisinde yeme bozukluklarının psikopatolojik özellikleri, tanı ve sınıflandırma bakımından bazı değişikliklere maruz kalmıştır (37).

Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı 5'te (DSM-5) yeme bozukluğu, "Beslenme ve Yeme Bozuklukları" olarak adlandırılmıştır. Anoreksiya nervoza (AN), bulimia nervoza (BN) ve tıkınırcasına yeme bozukluğu (TYB) olmak üzere üç yeme bozukluğu ile pika, ruminasyon bozukluğu ve önleyici / kısıtlayıcı besin alımı bozukluğu olmak üzere de üç beslenme bozukluğu belirtilmiştir.

DSM-5, DSM-4'teki başka türlü sınıflandırılmayan yeme bozukluğu sıklığını azaltmayı amaçlamıştır. Bu amaca ulaşmak için anoreksiya nervoza ve bulimia nervoza kriterleri genişletilmiş ve tıkınırcasına yeme bozukluğu tanımlanarak bir yeme bozukluğu olarak belirtilmiştir (38).

### **2.5.1. Adölesan Sporcularda Görülen Yeme Bozuklukları**

Egzersiz ve yeme bozuklukları, son yirmi yılda her geçen gün artan bir şekilde dikkati çekmektedir. Sporcu ve sporcu olmayan popülasyonlarda yeme bozukluklarının, kadınlarda erkeklere göre daha sık olması, kadınlarda yeme bozuklukları tehlikeleri üzerine daha fazla odaklanılmasına yol açmıştır. Bununla birlikte, yeme bozuklukları sporcu olmayan erkeklere oranla sporcu erkeklerde daha sık görülmekte, erkeklerde de aynı şekilde tehlikeli olabilmektedir. Dolayısıyla, sporcularda yeme bozuklukları konusunu cinsiyet açısından iyice incelemek çok önemlidir. Yeme bozukluklarının ciddiyeti ve sporculardaki sıklığı nedeniyle sporcuların neden sporcu olmayanlara göre daha fazla riske sahip olduğunu belirlemek ve anlamak önemlidir (5). Yetişkin sporculara kıyasla genç elit sporcular, yeme

bozukluğu patolojisinin gelişimine daha eğilimli olabilmektedir. Çünkü sporcuya özgü risk faktörlerinin yanı sıra genel olarak savunmasız bir gelişim dönemine girmiş bulunmaktadır. Ayrıca müsabakalara katılan adölesan sporcular için, büyüme süreci, ilerideki kariyerleri ile ilgili düzenlemelere yönelik yaşanan baskılar ve yaralanmalara bağlı antrenmanlardan uzak kalma da dahil olmak üzere farklı zorluklar bulunmaktadır (9). Dolayısıyla, yeme bozukluğu için "risk altında" olarak sınıflandırılan sporcuların prevalansını inceleyen, birçok spor branşını kapsayan ve genç elit sporcuları temsil edebilecek bir örnekleme içeren çalışmalara ihtiyaç duyulmakta ve daha sonra tanısal kriterleri karşılayan sporcuların belirlenmesi gerekmektedir (39).

### **2.5.1.1. Anoreksiya Nervosa**

Anoreksiya Nervosa (AN) yaş ve boya göre normal vücut ağırlığını korumanın reddedilmesi, düşük kilolu olmaya rağmen ağırlık kazanımına karşı yoğun bir korku, vücut şekli ve ağırlığına dair bozulmuş algılar, özdeğerlendirme üzerinde vücut ağırlığı ve şeklinin aşırı etkileri ve amenore (post menarş kadınlarda) ile karakterizedir. AN' yı tecrübe eden, yoğun vücut tatminsizliği ve kilo alma korkusu yaşayan bireyler, son derece kısıtlayıcı ve ritüelleşmiş yeme davranışlarının yanı sıra mantıksız gıda inançları ile de ilişkilendirilmiştir (40).

DSM 5'in AN için tanı kriterleri aşağıda belirtilmiştir (41).

A. Yaş, cinsiyet, gelişim süreci ve fiziksel sağlık bağlamında önemli ölçüde düşük bir vücut ağırlığına yol açan enerji alımının kısıtlanması (önemli ölçüde düşük ağırlık, normalden daha az olan veya çocuklar ve adölesanlar için minimumdan daha az olan bir ağırlık olarak tanımlanmaktadır).

B. Çok düşük kiloda bile, kilo alma ya da yağlanmaktan korkma ya da kilo alımını engelleyen ısrarcı davranışlar sergileme.

C. Kişinin vücut ağırlığı veya şekline dair algısındaki bozukluk, vücut ağırlığının veya şeklinin özdeğerlendirme üzerindeki aşırı etkisi ya da mevcut düşük vücut ağırlığının ciddiyetinin farkında olmama şeklinde düzenlenmiştir (41).

Holtkamp ve ark. (42) DSM-4'e göre AN tanısı almış 30 adölesanda aktivite düzeylerini incelemek yolu ile, aşırı egzersiz durumunu ele almıştır. Hastaların %56'sı, beş puanlık aktivite ölçeğindeki en yüksek iki kümede olduklarını, çok sık ve aşırı egzersiz yaptıklarını ve egzersiz yapmaları engellendiğinde, kendilerini belirgin ölçüde rahatsız hissettiklerini tanımlamıştır. Aktivite düzeyi; gıda kısıtlama düzeyi ve anksiyete ile anlamlı bir ilişki gösterirken, beden kütle indeksi, bedene yönelik memnuniyet, depresyon veya obsesif kompulsif belirtiler ile bir ilişki saptanmamıştır.

### **2.5.1.2. Bulimia Nervosa**

Bulimia nervosa, nüfusun yaklaşık %1-1.5'ini etkileyen bir yeme bozukluğu olup, birincil tanısız özelliği tekrarlayan şiddetli yemek yeme aşamalarının ardından kilo alımını önlemek için telafi edici yöntemlere başvurmadır. Telafi edici yöntemler arınma davranışları olarak da adlandırılmaktadır. En yaygın arınma davranışı kusma olup laksatif kullanımı, yiyecek alımını kısıtlama veya aşırı egzersiz gibi diğer yöntemler de yaygın olarak görülmektedir (43).

DSM 5'in BN için tanı kriterleri aşağıda belirtilmiştir (41):

A. Tekrarlayan tıknırcasına yeme ataklarının olması. Tıknırcasına yeme atağı aşağıdaki iki madde ile karakterizedir:

1. Ayır zamanlarda (örneğin herhangi bir 2 saatlik süre içinde), benzer koşullar altında ve benzer bir sürede çoğu insanın yiyeceği yiyecek miktarından fazla olan yiyecek miktarını tüketmek.

2. Atak sırasında yemek yeme üzerinde kontrol eksikliği hissi (örneğin, kişinin yemek yemeyi durduramama ya da ne veya ne kadar yediğini kontrol edememesi hissi).

B. Kilo alımını önlemek için tekrarlayan uygunsuz telafi edici davranışlar (kendini kusturma, laksatif, diüretik veya diğer ilaçların yanlış kullanımı, açlık, aşırı egzersiz gibi).

C. Tıknıma ve uygunsuz telafi edici davranışların birlikte olarak, en az 3 ay boyunca haftada bir kez gerçekleşmesi.

D. Vücut ağırlığı ve şeklinden gereğinden fazla etkilenme.

E. Bu durumların yalnızca AN atakları sırasında ortaya çıkmaması.

Bulimia nervoza tipik olarak ergenlik çağında ya da erken erişkinlikte gelişmekte, vakaların çoğunluğunu kadınlar oluşturmaktadır. Bulimia nervoza tıknıma ve arınma davranışları genellikle gizlilik içinde yürütüldüğünden nadiren fark edilmektedir. Sporcularda bulimia nervoza görülme sıklığı, anoreksiya nervoza'ya göre daha düşüktür. Bazı spor branşlarında, yemenin fiziksel olarak imkansızlaştığı zaman (yarış öncesi, sırası veya sonrası) kontrolü kaybetme, tıknırcasına yeme ataklarının rekabet gerginliğinden kurtaran bir form teşkil etmesi ve sonrasında uygun olmayan ağırlık kaybı metodlarının denenmesi sporcular arasında yaygın görülmektedir (43).

Birçok sporcu, arınmanın hızlı ve etkili bir şekilde ağırlık kaybı sağlayacağına, özellikle tıknıma epizotlarından sonra ağırlık kazanımını engellediğine ve ağırlık kontrolü için etkili bir araç olduğuna inanmaktadır. Kişinin kendini kusturması, ağırlık kontrolünde nispeten etkisizdir çünkü yutulan yiyeceklerin sadece bir kısmı dışarı atılmaktadır. Laksatiflerin besin emiliminde çok az etkisi vardır, çünkü bağırsakta emilim gerçekleştikten sonra işlev göstermektedirler. Diüretiklerin besin emiliminde herhangi bir etkisi yoktur, çünkü sıvıyı sadece idrar formunda ortadan kaldırmaktadır. Arınma yöntemleri; negatif enerji dengesi oluşturarak, dehidratasyon ve dolayısıyla hipokalemiye neden olmakta, erken yorgunluk, kas krampları ve sıcak çarpması riskini artırarak spor performansını olumsuz etkilemektedir (44).

### **2.5.1.3. Tıknırcasına Yeme Bozukluğu**

Tıknırcasına yeme kavramı, Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından belirli bir zaman içinde, benzer koşullarda ve benzer sürede, çoğu kişinin yiyebileceğinden daha fazla miktarda yemek tüketme şeklinde tanımlanmıştır. Yemek sırasında kişinin yediklerinin miktarını kontrol edememesi ve yemeyi durduramaması şeklinde kontrol kaybı hissinin oluşması, tıknırcasına yeme atağının bir diğer özelliğidir (45). Bu sendromu BN' den ayıran en temel özellik ise kendini kusturma, laksatif, diüretik ve lavman kullanımının olmaması, aşırı egzersiz davranışının görülmemesi gibi arınma eylemlerinin bulunmamasıdır. Tıknırcasına yeme eyleminin altı ay süresince en az haftada iki kez olması bireylerde tıknırcasına yeme bozukluğu (TYB) sendromu

teşhisi için gereklidir. Bu bireyler; yüksek kan basıncı, yüksek kolesterol seviyesi, kalp-damar hastalıkları, diyabet ve safra kesesi hastalıkları açısından risk altındadırlar. TYB'nin kadınlarda prevalansı %3.5 ve erkeklerde %2 olduğu belirtilmiştir. Genetik faktörlerin olmasının yanında, diğer yeme bozukluklarından farklı olarak daha geç yaşlarda ortaya çıkması, erkeklerde görülme sıklığının yaygın olması ve tedaviye cevap verme oranının daha fazla olması sebebiyle, TYB özgül bir yeme bozukluğu olarak düşünülmüştür (46).

Vücut kompozisyonuna ilişkin ağırlık ve performans artışı için sıkı şartlar (katı diyetler, lezzetli besinlerden uzak kalma vb.) nedeniyle tıknırcasına yeme bozukluğunun sporcular arasında görülme olasılığının normal popülasyona göre oldukça yüksek olduğu düşünülmektedir. Bir çok çalışmada stres, depresif ruh hali ve öfke, tıknıma ve zorlayıcı yemenin tetikleyicisi olarak tanımlanmış ve kişiler tarafından bu ruh halini düzeltmek için bir yol olarak kabul edilmiştir. Bu durum özellikle yorucu ve/veya aşırı fiziksel egzersiz ve kalori kısıtlaması yapan, rekabet baskısı yaşayan, rekreasyonel fırsatları olmayan, finansal ve sosyal problemler ve aşırı seyahat nedeniyle stres altında olan sporcular için geçerli olabilmektedir (47).

Adolesan kız çocuklarının (n:496) katıldığı 5 yıllık prospektif bir çalışmada, belirgin kalori kısıtlamasının ve aç kalmanın, tekrarlayan tıknıma epizotlarının bir göstergesi olduğu bulunmuştur (48). Birçok araştırma, geçmişte vücut kütlelerinin azalmasınaneden olan yeme bozukluklarına (örneğin AN) odaklanmış olsa da, aşırı kilolu ve obez sporcuların yaygınlığı üzerine olan yeni araştırmalar, bozuk yeme davranışını önlemeye yönelik daha kapsamlı yaklaşımlara duyulan gereksinimi ortaya çıkarmıştır. Örneğin Amerikan futbolu oynayan sporcuların %74'ünün, hacim olarak büyüme amaçlı kasıtlı olarak tıknıma ve anabolik steroid kullanma gibi sağlıksız uygulamalara başvurduğu gösterilmiştir (49).

Tıknırcasına yeme bozukluğu çalışmaları genel nüfusa dayalıdır bu yüzden önemli bilişsel ve diyet sınırlamaları yapan sporcular için TYB gelişimi tam olarak incelenememiştir. Şu anda, sporcularda TYB yönetimi için herhangi bir kılavuz yoktur ve mevcut tedaviler, sporcuların bireysel gereksinimlerine hitap etmemektedir. Sporcularda TYB'nin kalori kısıtlaması ve çoklu stres ile tetiklendiğinin bilinmesi TYB başlama riskini ve komorbiditelerini azaltmaya yardımcı olacaktır (47).

#### **2.5.1.4. Sınıflandırılmayan yeme bozuklukları**

APA anoreksiya nervoza, bulimia nervoza ve tıkınırcasına yeme bozukluğu kriterlerini tam olarak karşılamayan beslenme bozukluklarını, sınıflandırılmayan yeme bozuklukları olarak tanımlamaktadır. Yapılan bazı araştırmalar, başka türlü tanımlanamayan yeme bozuklukları sonrasında, anoreksiya ve bulimia nervozanın geliştiğini göstermektedir. Hastalık prevalansının genel olarak tüm toplumlarda %4-6 arasında olduğu düşünülmektedir (50).

DSM-4'ün sınıflandırılmayan yeme bozuklukları için tanı kriterleri aşağıda belirtilmiştir (50).

- Kadınlarda tüm anoreksiya kriterlerinin olması fakat menstruasyonun düzenli olması.
- Ağırlık kaybı hariç (normal beden kütle indeksine sahip olma) diğer tüm anoreksiya kriterlerinin olması.
- Normal vücut ağırlığına sahip bireyin az miktarda besin tüketimi sonrasında bile bunların vücuttan atılması için düzenli olarak uzaklaştırma yöntemlerini kullanması.
- Tüm bulimia kriterleri olması fakat aşırı yeme ve bunları uzaklaştırma mekanizmalarının haftada 2 den az ve süresinin 3 aydan kısa olması.
- Çok miktarda yiyeceği, uzun süre çiğneyip yutmama.
- Bulimiada görülen aşırı yemenin saptanması fakat bunların vücuttan düzenli olarak uzaklaştırılmaması.

Başka türlü tanımlanamayan yeme bozuklukları, tüm yeme bozukluklarının %80'ini oluşturmakta olup, adölesanların klinik ve toplum içindeki örneklemelerinde en sık görülen yeme bozukluklarıdır (38).

#### **2.5.2. Kadın Sporcu Üçlemesi**

Kadın sporcu üçlemesi; yeme bozuklukları, amenore ve osteoporozun bir arada görüldüğü durum anlamına gelmektedir (40).

Genellikle başlangıcında ağırlık kaybetme isteği yatmakta ve önlem alınmadığında anoreksia nervoza ya da bulimia nervoza gibi yeme bozuklukları ortaya

çıkılmaktadır. Yeme bozukluklarını takip eden süreç ise menstrual düzensizlikler ve amenore ile devam etmektedir. Uzun süren yeme bozuklukları ve amenorenin sonucunda ise geri dönüşü olmayan bir sağlık sorunu olarak premenopozal osteoporoz ve stres kırıkları ortaya çıkmaktadır. Kadın sporcu üçlemesinin görülme sıklığı tam olarak bilinmemektedir. Sporcular genellikle yeme bozukluklarını inkâr etmekte ve olası menstrual düzensizlikleri ve amenoreyi performans için bir avantaj olarak algılamaktadırlar. Özellikle vücut ağırlığının düşük olmasının avantaj sayıldığı jimnastik, bale ve buz pateni gibi branşlarda, yoğun dayanıklılık antrenmanları gerektiren uzun mesafe koşusu ve yüzme gibi sporlarda ve spora başlama yaşının çok düşük olduğu sporcularda görülme oranı daha yüksektir. Kadın Sporcu Üçlemesi atletik performansı ve sağlığı olumsuz yönde etkilemekte bu durum ancak eğitim ve erken tanı ile önlenmektedir (51).

Kadın sporcu üçlemesi enerji eksikliği, adet düzensizlikleri ve düşük kemik kütlesi arasındaki ilişkiyi içermektedir. Erkeklerde enerji eksikliğinin azalmış testosteron düzeylerine ve düşük kemik kütlesine neden olabileceği bildirilmiştir. Bu nedenle, erkek sporcu üçlemesi de bulunmakta ama nadiren dikkat çekmekte olup üreme sonuçları erkekler tarafından algılanmamaktadır. Erkek sporcular arasında farklı üçlü bileşenlerin varlığı nedeniyle gelecekteki çalışmaların bu olguyu daha derinlemesine incelemesi gerekmektedir (5).

### **2.5.3. Anoreksiya Atletika**

Anoreksiya Atletika (AA), bazen aktivite anoreksisi olarak adlandırılan, yüksek fiziksel performansa rağmen düşük enerji alımı ve düşük vücut ağırlığında olma durumudur. Anoreksiya atletika kriterleri;

- Uygun vücut ağırlığının %5'inden fazlasının kaybı,
- Gastrointestinal şikayetler,
- Ağırlık kaybını açıklamak için hastalık veya bozukluğun olmaması,
- Kısıtlı kalori alımı,
- Şişman olmaya karşı aşırı bir korku olarak belirtilmektedir (40).



Ayrıca gecikmiş puberte, adet düzensizliği, bozulmuş beden algısı, tıknırcasına yeme, arınma ve aşırı egzersiz dahil bir ya da daha fazlasının bulunması gereken birkaç görelî kriter de tespit edilmiştir (40). Sundgot-Borgen ve Torstveit (52) elit erkek sporcuların %1'inin, elit kadın sporcuların %4'ünün anoreksiya atletika tanı ölçütlerini karşıladığını saptamıştır.

Herbrich ve ark. (53) spora özel beslenme bozuklukları sıklığını belirlemek amacıyla bir çalışma yapmıştır. Bu prospektif saha çalışması, bir deney grubu ve iki kontrol grubunu (hasta ve sağlıklı) içermektedir. 13-20 yaş arası 52 profesyonel bale dansçısı klinik yeme bozuklukları, AA kriterleri, yeme bozukluğu ile ilgili psikopatoloji ve benlik kavramı açısından test edilmiş, aynı yaş grubundaki anoreksiya nervozalı 52 hasta ve 44 sporcu olmayan kontrol grubu ile karşılaştırılmıştır. Klinik yeme bozukluğu lise öğrencileri üzerinde %0, bale dansçılarında %1.9, anoreksiya atletika ise öğrencilerin %2.3'ünde, dansçıların %5.8'inde saptanmıştır. Bale dansçıları AN olan hastalara göre yeme bozukluğuna dair psikopatoloji ile ilgili daha düşük ve benlik kavramı ile ilgili daha yüksek puan almışlardır. Çalışmanın sonucunda, spora spesifik yeme, AA ve klinik yeme bozuklukları arasında ayırım yapabilmek için daha duyarlı araçlara ihtiyaç olduğu belirtilmiştir.

#### **2.5.4. Egzersiz Bağımlılığı**

Egzersiz bağımlılığı ya da zorunlu egzersiz, egzersiz ile meşgul olma ve egzersiz yapılmadığında kaygı ve suçluluk hissetme anlamına gelmektedir. Araştırmalar bir bağımlılık biçimi olarak egzersizin üstünde durmuşlardır (40).

DSM-4'ün egzersiz bağımlılığı için kriterleri aşağıdaki gibidir:

- Arzulanan etkiyi hissetmek için egzersiz miktarını artırarak başarı hissi oluşturmak.
- Egzersiz yokluğunda kişinin anksiyete, sinirlilik, huzursuzluk ve uyku sorunları gibi olumsuzluklar hissetmesi.
- Egzersiz seviyesini azaltmaya veya belirli bir süre egzersizin durdurulmasına yönelik girişimlerde başarısız olmak.
- Egzersiz için ayrılan süreyi aşmak veya sürekli olarak istenilen miktarın üzerine çıkmak suretiyle kendine kanıtlamak.

- Egzersize hazırlanmak, katılmak ve toparlanmak için çok zaman harcamak
- Egzersizin doğrudan bir sonucu olarak, sosyal, mesleki ve / veya rekreasyonel faaliyetlerin sıklığını azaltmak veya durdurmak.
- Bu etkinliğin fiziksel, psikolojik ve/veya kişiler arası problemleri yarattığı veya daha da kötüleştirdiği bilinmesine rağmen egzersiz yapmaya devam etmek (54).

Vardar ve ark. (55) düzenli spor yapan bireyler arasında egzersiz bağımlılığını ve yeme davranışı özelliklerini inceledikleri çalışmalarında, son bir yıldır haftada en az üç kez egzersiz yapan 115 gönüllü bireyi değerlendirmişlerdir. Bireyler, Egzersiz Bağımlılık Ölçeği-21, Belirti Tarama Listesi ve Yeme Tutum Testi ile değerlendirilmiş, Egzersiz Bağımlılık Ölçeği-21 sonuçlarına göre, egzersiz bağımlısı olanlar, bağımlı olmayan semptomatikler ve bağımlı olmayan asemptomatikler olarak üç gruba ayrılmıştır. Katılımcılar arasından 14 kişide (%12) egzersiz bağımlılığı olduğu belirlenmiştir. Egzersiz bağımlılığı olanların %85'i fizyolojik bağımlılık ölçütlerini karşılamışlardır. Egzersiz bağımlılığı olanlar ile diğer iki grup arasında psikopatolojik belirtiler ve yeme davranışı özellikleri açısından fark bulunmamıştır. Bu çalışmada belirlenen egzersiz bağımlıları, yeme bozukluğu belirtileri göstermemeleri nedeniyle birincil egzersiz bağımlısı olarak tanımlanmıştır. Aşırı egzersiz yapan kişilerde birincil egzersiz bağımlılığının tanısı açısından, psikolojik faktörler ile yeme davranışı özelliklerinin birlikte değerlendirilmesi ve birincil egzersiz bağımlılığının yeme bozukluklarından ayırıcı tanısının yapılması gerektiği not edilmiştir.

### **2.5.5. Kas dismorfisi (Bigoreksiya)**

Yıllardır beden imajı çalışmalarının odak noktasını kadınlar oluşturmuştur ancak erkeklerin de vücut görünüşleriyle daha fazla ilgilenmeye başladıkları görülmektedir. Kas dismorfileri (bigoreksiya) dikkat kazanan vücut dismorfik bozukluklarının alt kategorisi olarak tanımlanmaktadır (56).

Bigoreksiya; kas geliştirmeye ilgili takıntılı olmak ve sürekli bunu düşünmektir. Bireyler yetersiz kaslarıyla ilgili takıntılıdır. Genellikle kas geliştirmeye ilgilenen erkeklerde görülmektedir. Etiyolojisinde; düşünsel, davranışsal, sosyo-çevresel,

duygusal ve psikolojik faktörler bulunmaktadır. Bu bireyler genellikle proteinli besinleri tercih etmekte ve vakitlerinin büyük çoğunluğunu egzersiz ve spor merkezlerinde geçirmektedirler. Bigoreksiyada vücut kütlesi kazanmak için aşırı arzuya karakteristik tutum ve davranışlar sergilenmektedir. Bu tutumlar; kişinin mevcut vücut şeklinden hoşlanmama, artan kas kütlelerine güçlü bir arzu duyma, yüksek proteinli gıdaları aşırı tüketme, supleman ve anabolik steroid kullanma ve ağırlık egzersizleri yapma gibi davranışlardır (57).

Kas disformisi için tanı kriterleri şunlardır (58):

(a) Vücudunun yeterince zayıf ve kaslı olmadığı fikri ile meşgul olma

(b) Aşağıdaki dört kriterden en az ikisinin bulunması:

1. Bireyin, egzersiz ve diyet programını sürdürmek için zorlayıcı bir ihtiyaç nedeniyle sıklıkla önemli sosyal, mesleki veya rekreasyonel faaliyetlerden vazgeçmesi
2. Bireyin, vücudunun başkalarına maruz kaldığı durumlardan kaçınması veya bu gibi durumlara belirgin sıkıntı ya da yoğun endişe duyması
3. Vücut büyüklüğünün veya kas yapısının yetersizliği ile ilgili endişenin, sosyal, mesleki veya diğer önemli alanlarında klinik olarak önemli derecede sıkıntı veya bozulmaya neden olması
4. Kişinin, olumsuz fiziksel veya psikolojik sonuçlarını bilmesine rağmen ergojenik maddeleri kullanmaya veya diyet yapmaya devam etmesi.

(c) Hacim olarak küçük veya yeterince kaslı olmama endişesi ya da vücut görüntüsünün diğer yönleriyle de ciddi meşgul olma (58).

Medyada kaslı vücuda verilen önem göz önüne alındığında, sporcu olan ve olmayan gençler arasında kas güçlendirici davranışların kullanımı hakkında sorular ortaya çıkmaktadır. Mevcut araştırmalar, ağırlıklı olarak bu davranışların yaygınlığının en yüksek olduğu sporcular olan vücut geliştiriciler üzerinde yoğunlaşmıştır. Ancak ABD'li genç popülasyonlarda yapılan son araştırmalarda, kadınların %8.0'inin ve erkeklerin %10.2'sinin protein takviyesi, kadınların %1'inin

ve erkeklerin %11'inin kreatin, kadınların %2.2'sinin ve erkeklerin %4.3'ünün steroid kullandığını göstermiştir (59).

Kas dismorfisinin sıklıkla adölesan çağda gelişiyor olması erken tanıyı en iyi tedavi yöntemi haline getirmiştir. Ancak hastalığın yeni tanımlanmasından ve tedavi için bu sendromdan muzdarip kişilerin nispeten azlığından dolayı, kanıta dayalı kılavuzlar bulunmamaktadır (60).

### **2.5.6. Ortoreksiya nervoza**

Ortoreksiya nervoza (ON), aşırı şekilde sağlıklı beslenme tutkusu ve davranışları olarak tanımlanmaktadır. Bilimsel makalelerde özellikle medyada sürekli çıkan sağlıklı gıda ile ilgili söylemler, ON'nin temel besin sıkıntısını oluşturmakta ve bu davranışlar nedeniyle sosyal ilişkilerdeki değişikliklerle birlikte, bazen sıkı diyetlerin yapılmasına yol açabilmektedir (57). DSM'de yer almayan ortoreksiya nervozanın bir bozukluk olarak tanımlanıp tanımlanamayacağı konusu dikkatlerin yoğunlaştığı bir konudur (61). Ortoreksiya nervozası olan kişiler, sağlıklı gıdalar tüketmenin patolojik saplantısı ile karakterizedir. Bu durum, sağlığa olan zararlarının dışında her gıdanın besin değerini ve içerdiği malzemeleri irdeleme noktasına kadar ulaşmaktadır. AN ve BN gibi besinlerin miktarında obsesif olmanın yanı sıra, ortoreksiya besinlerin kalitesiyle de ilişkilidir (43).

Ortoreksiyalı genç sporcuların, diyetten elimine ettikleri besinler sonucunda enerji ve besin ögesi yetersizliği oluşmakta, zaman içerisinde performansları düşmektedir. Ortoreksiyalı genç bir sporcu, sosyal açıdan yalnız ve endişeli hissetmekte, tedavi edilmeyen ortoreksiya zamanla anoreksiya haline dönüşebilmektedir (62). Sporcular içerisinde bu bozukluğun yaygınlığını araştıran bir çalışma bulunmamaktadır. Bununla birlikte, elit sporcular ve uzun süredir spor yapanların, gıda maddelerinin bileşenlerinin üzerinde saplantılı olduğu görülmekte, antrenman ve/veya müsabakaya katkıda bulunabilirliğine göre değerlendirme yaptıkları görülmektedir. Bu yüzden gelecekte yüksek riskli popülasyon olarak sporcular üzerinde çalışmaların yapılması önerilmektedir (43).

### 2.5.7. Adölesan Sporcularda Yeme Bozukluğu Prevelansı

DSM-4, yeme bozukluklarının sporcu olmayan kontrollere göre, hem erkek hem de kadın yetişkin elit sporcular arasında daha yaygın görüldüğü belirtilmektedir (63).

Martinsen ve arkadaşlarının (11) yaptığı çalışmada, 15-16 yaşlarında 606 sporcu ve 355 sporcu olmayan bireye, Yeme Bozukluğu Envanteri-2 uygulanmış, sporculara göre kontrol grubunda yeme bozukluğu prevelansı daha yüksek bulunmuştur. Vücut görüntüsünün düzeltilmesi amacıyla diyet yapmak sporculara kıyasla sporcu olmayanlar arasında daha yaygın bulunmuştur. Yağsızlığı teşvik eden sporlarla diğer branşlar arasında diyet yapma ve yeme bozukluğu açısından bir fark gözlemlenmemiştir. Thein-Nissenbaum ve ark. (64), yaş ortalaması  $15.4 \pm 1.2$  olan lise çağındaki 311 kadın sporcu Yeme Bozukluğunu Değerlendirme Ölçeği'ne tabii tutmuş ve yeme bozukluğu sıklığını %35.4 olarak tespit etmiştir.

Yetişkin sporculardaki bulguların aksine adölesan elit sporcular üzerinde yapılan bir çalışmada, yeme bozukluğu görülme sıklığında spora spesifik bir farklılık bulunmamıştır. Bu durumun, adölesan sporcuların yetişkin olanlara kıyasla diyete karşı baskı, tartılma prosedürleri, kilo dalgalanmaları ve sübjektif değerlendirme sayısı gibi spora spesifik taleplere daha kısa süredir maruz kalmalarından dolayı olabileceği belirtilmiştir (65).

Pustivsek ve arkadaşlarının (66) 15-17 yaş aralığındaki 351 (228 sporcu, 123 kontrol) adölesan üzerinde gerçekleştirdiği bir çalışmada, erkeklerde yeme bozukluğu riski 24.8% olarak saptanmış, vaka ve kontrol grupları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bu çalışmada en yüksek sıklık %37.2 ile aerobik spor branşlarında (kros kayağı, uzun mesafe koşusu, kürek, triatlon, bisiklet, uzun mesafe yüzme, tırmanma branşlarının dahil edildiği grup) olduğu bildirilmiştir. Kilo vermek için daha fazla girişim, her grupta (sporcular ve kontroller) YB riskinde artış ile ilişkilendirilmiştir. Yeme bozukluğu riskinin diğer belirleyicileri olarak aerobik sporcular için kahvaltının atlanması ve vücut kompozisyonu, anaerobik (yüksek atlama, uzun atlama, üçlü atlama, cimnastik, kayak, sprint judo branşlarının dahil edildiği grup) sporcular için öğün sayısı ve antrenman sıklığı dikkat çekmiştir. Spor

performansını artırma amacı ve yüksek özgüven sahibi olmak da diyet yapmak için ortak sebepler arasında bulunmuştur.

Yeme bozukluğunun saptanmasına yönelik çalışmalarda, mevcut yayınların değerlendirme araçlarının ve kullanılan tanımların çeşitliliği bazı zorluklara sebep olmaktadır. Bozulmuş yeme davranışının, anoreksiya nervoza, bulimia nervoza ve tanımlanmamış yeme bozuklukları için belirsiz işaret ve semptomlarından, çok katı DSM-4 kriterlerine kadar geniş bir tanım yelpazesi vardır. Bu durum, farklı çalışmalar arasında karşılaştırma yapmayı çok zorlaştırmaktadır. Mevcut çalışmaların çoğu Yeme Tutum Testi, Yeme Bozuklukları Envanteri, Yeme Bozuklukları İnceleme Anketi gibi anketler aracılığıyla öz bildirim yolunu kullanmış ve prevalans tahmininde, farklı kesme noktası seçimlerinden ötürü farklılıklar oluşmuştur. Tanımların böyle geniş aralıklarda olması, bazı çalışmalarda hem kontrol grubu hem de sporculardaki prevalans çeşitliliğini açıklayabilmektedir (5).

Birçok çalışma sporcularda YB prevalans çalışmalarının sınırlamalarına da değinmiştir. Bunların başlıcaları çalışma örneklemelerinin yetersiz oluşu, çalışmaların çoğunun sadece elit sporcularla yapılması, çalışmalarda uygulanan kriterlerin uyumsuz olmasından dolayı çalışmaların kıyaslanabilirliğinin azalması, sporcuların spor yaşamlarına negatif etkisi olabileceği korkusuyla YB ile ilgili yanlış bilgilendirme yapma ihtimali ve sonuçların eğitim seviyesi ile ebeveyn ve koç tutumlarından etkilenebilecek olması olarak sayılmaktadır (67).

### **2.5.8. Yeme Bozukluğu Oluşumundaki Risk Faktörleri**

"Risk faktörü" terimi, bir bozukluğun başlangıcından önce ölçülebilen bir özelliğini ifade etmektedir. Yeme bozuklukları, genetik ve çevresel faktörler de dahil olmak üzere çoklu biyolojik ve psikososyal risk faktörlerine sahiptir. "Değişken" risk faktörleri, spontan olarak veya müdahale ile değişebilen faktörlerdir ve bu nedenle önleme ve erken müdahale büyük önem taşımaktadır (68).

#### **2.5.8.1. Genetik**

Anne babadan yeme bozukluğuyla ilgili aktarılan genler, bozulmuş yeme davranışını (kısıtlama ve zorlama gibi) ve tutumlarını (beden memnuniyetsizliği, ağırlık kaybı için sürekli çaba gibi) çocukta modelleyebilmektedir. Bu şartlardaki

çocuklar, hem genetik hem de çevresel maruziyetlerin bir sonucu olarak yeme bozukluğu açısından artmış risk teşkil etmektedir. Öte yandan, yeme bozukluğu açısından genetik yatkınlığa sahip bir kişi, ebeveynlerden veya akranlardan orantısız bir şekilde görünüşü ile ilgili yorumlar almakta ve bu yorumlar yeme bozukluğu davranışlarının başlamasını teşvik edebilmektedir (69).

Bir başka risk faktörü, yeme bozukluğuna genetik açıdan yatkın olan bir bireyin, modellik veya jimnastik gibi görünüme güçlü bir vurgu yapan ortamlar araması durumunda ortaya çıkmaktadır. Bale ortamında düzensiz beslenmenin sıklığı sadece balenin yeme bozukluğu üstündeki etkisiyle değil, aynı zamanda yeme bozukluklarına yatkın bireylerin kendilerini bu yüksek riskli ortama doğru seçtikleri gerçeğini de yansıtabilmektedir (69).

Aynı zamanda kişinin genotipi çevresel risk faktörlerine maruz kalındığında verilen cevabı da etkilemektedir. Örneğin, sürekli ağırlığa vurgu yapan bir antrenörün, koçluk yaptığı sporcuların yeme davranışlarına etkisi, sporcuların genotipinin bir fonksiyonu olarak değişebilmektedir (69).

#### **2.5.8.2. Kişisel sebepler**

Epidemiyolojik araştırmalar, bir adölesan ya da genç yetişkin bir kadın olmanın, yeme bozukluğu geliştirmek için bir risk faktörü olduğunu kanıtlamaktadır. Kadınlarda YB gelişme riski erkeklere göre daha fazladır ve adölesan dönemde bu risk en üst seviyededir (70). Özellikle kadın sporcular, ağırlıklarını kontrol etmek için sağlıksız yeme davranışları ya da yeme bozukluğu geliştirme riski taşıyan bir gruptur. Bu sporcular, yalnızca batı dünyasındaki tüm kadınların maruz kaldığı tipik sosyal baskılara değil, aynı zamanda bedenlerinin görünümü ve performans üzerine odaklanan sosyal baskılara da maruz kalmaktadır (71). Erkeklerde cinsiyete özgü risk faktörleri ise kaslılık için çaba, anabolik steroid kullanımı ve eşcinsellik gibi kavramları içermektedir (5).

Performansı etkileyebilecek tüm faktörleri kontrol etme ihtiyacı nedeniyle mükemmeliyetçilik, sporcular arasında yaygın bir psikolojik özelliktir. İnce görünme arzusu ve azalan kiloların performansı artırdığı düşüncesi ile mükemmeliyetçilik, yeme bozukluğu gelişim riskini artırmaktadır (72).

Mükemmeliyetçilik, genellikle, yüksek hedefler belirlemek ve bunlara ulaşmak için çok çalışmakla ilişkili olup, bu da sporcuların başarılı olmasını sağlamaktadır. Antrenörler, ebeveynler, takım arkadaşları, arkadaşlar veya diğer önemli kişilerin ağırlıkla ilgili endişelerinin farkında olan sporcuların, subklinik yeme bozuklukları geliştirme olasılığı daha yüksektir (72).

### **2.5.8.3. Sporunun Çevresi**

Bir adölesan sporcu için YB riski oluşturacak sosyokültürel baskıların kaynakları çoktur. Bu kişiler medya, takım arkadaşları, kardeşleri ve ebeveynleri tarafından açık veya kapalı mesajlara maruz kalabilmektedirler (73).

Ebeveynin vücut ağırlığı ile ilgili tutumu, vücut şekli hakkındaki olumsuz yorumları, ağırlık kaybetme için sürekli baskı yapması ve diyet için teşvik etmesi, hem kadınlar hem de erkekler arasında beden memnuniyetsizliği, diyet yapma, bozuk yeme davranışları ve yeme bozukluklarıyla ilişkilendirilmiştir (74).

İnce olmanın önemi ile ilgili baskıcı mesajlar, adölesan bireyin beden memnuniyeti üzerinde, ağırlık ile ilişkili alaycı tutuma göre daha olumsuz etkilere sahip olabilmektedir. Adölesan bireyin benlik saygısı düzeyine bağlı kalmaksızın aileden ve yaşlılarından ağırlık ve görüntüsü ile ilgili baskı görmesi, yeme bozukluğunun gelişmesinde büyük öneme sahiptir (75). Aynı şekilde vücut görüntüsünün medyadaki görüntülerle kıyaslanmasından çok, çevredeki bireylerle kıyaslanmasının sonuçları daha ciddi olabilmektedir (76).

### **2.5.8.4. Spor türü**

Özellikle ağırlığın performans üzerinde belirgin bir etkisinin olduğu sporlarda, yeme bozukluğu daha sık görülmektedir. Bunun üç temel nedeni bulunmaktadır. Öncelikle, uzun mesafe koşusu gibi dayanıklılık sporlarında zayıflık, fizyolojik nedenlerden ötürü performans ile ilgilidir. Optimum performans ağırlıklarının üzerinde bir kaç kilogram fazlası olan koşucular, daha düşük performans göstermektedir. İkincisi, judo, boks ve güreş gibi sıklet sporlarında, sporcuların ağırlıkları bu kategorideki sınırlar içinde değilse sporcu müsabakaya dahil olamayacaktır. Bu durum, çok kısa sürede gerekli ağırlık kaybını sağlamak için önemli bir baskı unsurudur. Üçüncü olarak, jimnastik ve atlama (su sporu) gibi sporlarda,



estetik bir değerlendirme etkili olduğundan, yeme bozukluğu riski teşkil etmektedir. Bu spor gruplarında daha yüksek yeme bozukluğu oranları bildirilmektedir (77).

Reinking ve Alexander (78) tarafından yapılan bir çalışmada, uzun mesafe koşusu, yüzme, jimnastik, dans ve dalış sporcularının bozuk yeme davranışları açısından basketbol, softbol ve voleybol gibi sporlara katılanlara kıyasla daha büyük bir risk taşıdıkları belirlenmiştir.

#### **2.5.8.5. Spor ortamı**

Spor ortamı, antrenörlerden gelen baskılar, takım arkadaşlarıyla sosyal karşılaştırmalar, ekip ile birlikte tartılma, performans beklentileri, fiziki ifşa eden formalar ve değerlendirme kriterleri gibi faktörler nedeniyle, sporcuların vücut ve ağırlık ile ilgili endişeleri artabilmektedir (71).

Spora özgü antrenmanlara erken başlayan sporcuların, vücut tipi için uygun olmayan bir spor seçebilme ihtimalini artırmaktadır. Erken ve savunmasız bir yaşta siklet sporları gibi aşırı derece ağırlıkla meşgul sporlarla uğraşmanın, yeme bozuklukları riskini artırdığı da belirlenmiştir (77).

Travmatik olaylar sporcular ve sporcu olmayanlar arasında önemli tetikleyici faktörlerdir. Ancak, bazı olaylar yalnızca spora özgü bağlamda yeme bozuklukları için travmatik ve tetikleyici faktörler olarak karakterize edilmiştir. Sporcu olmayan birinin birkaç hafta veya ay süresince egzersiz yapamamasına neden olacak bir yaralanma yaşaması, bir sporcu için profesyonel hayatında aynı etkiye sahip değildir. Yaralanma yaşayan sporcular, genellikle istenmeyen ağırlık artışı deneyimlemekte ve bu durum yaralanmanın olumsuz etkisiyle birleşerek yeme bozukluğu riskini artırabilmektedir (5).

#### **2.5.9. Sporcularda Yeme Bozukluğu Saptama Yöntemleri**

Yeme bozukluklarını tespit etmek kolay olmayıp, sporcular için ek tanımlama zorlukları bulunmaktadır. Yeme bozuklukları olan bir çok sporcunun diğer bireylere göre vücut yağ oranı daha düşüktür. Vücut kompozisyonunu, yaptığı spor yerine bozulmuş yeme davranışlarıyla şekillendiren bir sporcuyu fark etmek çok zor olabilmektedir. Bozuk yeme davranışları ile sporcu beslenmesini ayırt etmek zor

olabilmekte ve net bir kesim noktası bulunmamaktadır. Sporcu beslenmesinin ağırlık kaybı veya vücut şeklini değiştirmeye yönelik olmasından çok, geliştirilmiş performansa yönelik olması ayırt edici bir özellik olarak değerlendirilebilmektedir. Sezon dışında ve sporu bıraktıktan sonra, yeme alışkanlıkları normalleşmekte ve yasak olandan çok gerekenleri yeme üzerine daha çok vurgu yapılmaktadır. Bazı sporlarda beden kütle indeksi ya da vücut ağırlığının ölçülmesi, olası yeme bozukluğu için güvenilir bir gösterge olabilmektedir (77).

#### **2.5.9.1. Mülakatlar**

Görüşmeler yeme bozukluğu semptomlarının varlığını değerlendirmek için tasarlanmış olmalı, yeme davranışları ve beden algısı ile ilgili bazı yönleri açıklığa çıkarmayı sağlamalıdır (44).

Benzer doğrultuda, bedenlerinin hangi bölümlerini sevip/sevmedikleri ve nedenleri, beden algılarını hangi duyguları provoke ettiği, bedenlerinden memnun olup olmadıkları gibi sorular mülakata dahil edilmelidir (77).

Tarama programları, neyin izlendiğine dair açık bir anlayış sağlıyorsa faydalı olabilmektedir. Olası yeme bozukluğu olan bir sporcu, destekleyici bir şekilde, gizli, doğrudan ve erken ele alınmalıdır (77).

#### **2.5.9.2. Vücut ağırlığının değerlendirilmesi: antropometrik indeksler**

Anoreksiya nervoza için DSM-4 kriterleri, bireyin kendi ideal ağırlığının en az %15'i kadar altında olması gerektiğini şart koşmuştur. Bununla birlikte, bazı spor branşlarının özellikleri dolayısıyla bazı sporcular bir yeme patolojisi yaşamadan bu kriteri karşılamaktadır. Bu nedenle bunu yeterli bir şekilde değerlendirmek için spor psikologlarının, spor için uygun antropometrik indeksleri kullanmaları konusunda dikkatli olmaları gerekmektedir. Görüşmeler boyunca sporcular, antrenörler ve velilere, antropometrik indekslerden elde edilen sonuçlar hakkında kendi algıları sorulmalıdır (43).

Antropometrik tanımlar karşılaştırma yolu ile konulmalı, sporcuların normal veya standarttan sapmış olduklarını belirlenmelidir. Bu anlamda, referans tabloları cinsiyet

ve yaşa göre değişkenlik göstermektedir. Bununla birlikte genel vücut ölçüleri, yeterince açık olmadığından, diğer ölçülerle zenginleştirmek gerekebilmektedir (43).

Bazı çalışmalar, yeme bozuklukları ile vücut kompozisyon indeksleri arasındaki ilişkileri değerlendirmiştir. Babio ve ark.nın (79) 12-18 yaş aralığındaki adölesanlar üzerinde yaptığı bir çalışmada, artan yeme bozukluğu riski, beden kütle indeksi (BKİ) ve yağ yüzdesi ile pozitif olarak ilişkili, bel-kalça oranı ile negatif ilişkili bulunmuştur.

İki yaş grubunda (11-14 ve 15-19 yaşlar arasında) kadın yüzücüler üzerinde yapılan bir araştırmada, her iki grupta da bozuk yeme tutumu sergileyen sporcularda, düzensiz yeme alışkanlığı olmayan sporculara göre daha yüksek yağ yüzdesi olduğu saptanmıştır (80).

### **2.5.9.3. Beden Algısı**

Yeme bozukluğu olan birçok kişi bu durumu tanımlayabilmekte ve beden algılarının ruh durumuna, stres düzeyine ve güncel yiyecek tüketimine bağlı olarak önemli ölçüde değiştirdiğini kabul edebilmektedir. Bazı adölesanlar, başkalarının bedenlerini kendilerinden daha ince olarak gördüklerini kabul etmektedirler. Örneğin zayıflayan bir kişinin obez olduğu konusunda ısrarcı olması da bu duruma uyan göstergelerden biridir (81).

### **2.5.9.4. Gözlemler**

Yeme bozukluklarının tespiti zor olmasına rağmen, belirtileri gözlemek teşhis için yardımcı olabilmekte, bu nedenle gözlem, psikolojik değerlendirme sürecinde önemli bir teknik olarak kullanılmaktadır. Standart bir gözlem stratejisi içerisinde her bir bireyi gözlemlemek her zaman mümkün olmasa da spor bağlamında gözlemlenen parametreler; diyet yapma, telafi edici davranışlar, aşırı egzersiz, tıknırcasına yeme, kilo vermek için motivasyon, antropometrik indeksler, beden imajı, genel ve spor açısından psikolojik tutumlar ve duygusal üçgen (ebeveyn ve koç ile ilişki) dir. Öte yandan, ilk bakışta görülebilir karakteristik fiziksel özellikler, aynı zamanda yeme sorunlarını tespit etmek için de kullanılmaktadır. Kuru ve soğuk cilt, gevşek ve kırılğan saçlar, lanugo (yüz ve kollarda ince tüyler), diş ve diş eti hastalıkları, zayıf tırnak gibi belirtiler bu özelliklerden sayılmaktadır. Davranışsal gözlem sırasında, beslenme alışkanlıkları ve davranışları ile ilgili aileden bilgi almak önemlidir. Bulimia ve

anoreksiyayı belli eden bazı davranışlar arasında spor sezonu dışında sürekli kilo kaybı, ya da aşırı kilo dalgalanmaları sıralanabilmektedir. Klinisyenlerin hastanın aile, arkadaş ve eğitimci öykülerine hakim olması ve yeme bozukluklarının fiziksel ve kişisel belirtilerinin farkında olması gerekmektedir. Bu belirtiler; arınma davranışları, beklenmedik ağırlık değişimi, nutrisyonel desteğe rağmen ağırlık kaybı, normal ağırlığının altında olmasına rağmen vücut yağı konusunda ısrarlı açıklamalar, sürekli vücudunu kontrol etme, sık tartılma, ağırlık kazanmaktan korkma, vücut görüntüsüne veya şekline aşırı değer verme, gizli yemek yeme, yemek saatlerinde sonra ortadan kaybolma, öğünü yalnız yapamadığı zamanlarda belirgin sinirlilik hali, banyoya gittikten sonra kızaran gözler ve takımın geri kalanıyla yemek yemeyi reddetme gibi davranışlardır (43,82).

#### **2.5.9.5. Anketler**

Şu anda, sporcuların yeme bozuklukları tespit etmek için kullanılan anketler genellikle genel nüfusta teşhis için kullanılanlardır. Kullanılan bazı araçlar, bazı sporcular için uygun olmasına rağmen, spor aktivitesi özelliklerine uygun sorular da gerekmektedir (43).

Sporcularda yeme bozuklukları değerlendirmek için Yeme Bozukluğunu Değerlendirme Ölçeği (EDE-Q), Vücut Şekli Anketi (BSQ), Egzersiz Bağımlılığı Ölçeği (EDQ), Egzersiz Oryantasyon Anketi (EOQ), Egzersiz Bağımlılığı Envanteri (EAI) kullanılmaktadır (43).

Bu anketler, yapılandırılmış psikolojik görüşmelerden daha ucuz ve verimlidir. Bu nedenle, aynı anda geniş bir grup insanı test etme ihtiyacı olduğunda kullanılmaktadırlar. Skorlar çoğunlukla toplanmakta ve kesme puanlarıyla karşılaştırılmaktadır. Yukarıdaki anketleri kullanarak yeme bozukluklarını değerlendirmek yaygın olmakla birlikte, tek başına bu değerlendirmelerin resmi olarak bir tanı için kullanılamayacağına dikkat etmek önemlidir. Yeme bozukluğu teşhisinin, yapılandırılmış klinik görüşmeler yoluyla konulması önerilmektedir (83).

#### **2.5.10. Yeme Bozukluklarından Korunma**

Sporcular arasında düzensiz yeme davranışlarını önlemek için gösterilen çabalar sporcular, antrenörler, spor yöneticileri ve ebeveynlere yönelik olmalıdır. Birincil

önleme yaklaşımı sağlıklı beslenme, patolojik yeme davranışları ve bunların sonuçları hakkında sporcunun bilgilerini artırmak ve kendisi veya takım arkadaşına yeme bozukluğu teşhisi konduğunda ne yapması gerektiğini aktarmaktır. Sporcular diyet kısıtlaması, optimal ağırlık ve vücut kompozisyonu peşinde olmanın spor performansını olumsuz etkileyeceği ve istenmeyen sağlık sonuçları doğuracağı konusunda eğitilmelidir. Yapılan bir çalışmada, sporcular için verilen eğitim programının 1 yıl sonra bulimik davranışları iyileştirdiği gözlemlenmiş, araştırmacılar kadın sporcu triadı belirtileri için tıbbi bakım arayan sporcu sayısında bir artış olduğunu kaydetmiştir. Aynı şekilde sporcular, antrenörler ve ebeveynler, menstruasyon kaybının yüksek yoğunluklu antrenmana ve spora olumlu bir adaptasyon olmadığı, kasıtlı veya kasıtsız diyet kısıtlamasından kaynaklanan düşük enerji alımını temsil ettiği konusunda bilgilendirilmelidir. Antrenörlere yönelik eğitim programlarının, tanı ve tedavi de dahil olmak üzere, yeme bozuklukları konusunda sporcuların bilgisini artırmada başarılı olduğunu gösterilmiştir. Ancak, bu artan farkındalığın, sporcular arasında farklı sonuçlara sebep olup olmadığı bilinmemektedir (7).

National Collegiate Athletic Association (NCAA) tarafından sporcularda yeme bozukluklarını azaltmak amacıyla, antrenörler ve yöneticiler için 10 strateji belirlenmiştir (7).

1. Yeme bozuklukları belirtilerinin farkında olun.
2. Optimum beslenmeyi reçetelendirmeleri için spor konusunda uzmanlaşmış bir diyetisyene danışın.
3. Ağırlığı vurgulamayın. Ağırlık ve performans hakkında sporcularla nasıl iletişim kurulacağını farkında olun. Sporcular için ağırlığı içermeyen, performansı artıracak yollar üzerinde durun.
4. Beslenmenin ve optimum performans için yaralanmanın önlenmesinin önemi hakkında sporcularla açık bir diyalog halinde olun.
5. Optimal sağlık ve performans için gerekli olan vücut kompozisyonu ve antrenmanın, tüm sporcular için aynı olmadığını farkında olun.
6. Sporcuları, geçerli bir tarama aracı kullanarak düzensiz yeme risk faktörleri yönünden sezon başlamadan önce kontrol edin.

7. Tüm çalışanların (antrenörler, yöneticiler ve personel) sporcularda yeme bozukluğu riski taşıyan faktörler hakkında eğitimi olduğundan emin olun.
8. Beslenme veya yeme bozukluğu sorunlarına dair yardıma ihtiyacı olan öğrenciler/sporcular için kurumunuzun sevk protokolünü anlayın.
9. Yeme bozukluğu dahil olmak üzere tüm ruh sağlığı kaygıları için yardım arayışını teşvik edin.
10. Diğer paydaşlarla (üniversite danışmanlık hizmetleri ya da bir spor diyetisyeni gibi) yeme bozukluğu olan öğrenci-sporcuların nasıl belirleneceği ve tedavi edileceği konusunda bir plan geliştirin.

Ayrıca yeme bozukluğu ve ortak sağlık sonuçları hakkında genç sporcuların ebeveynlerini eğitmek, performans ve sağlık üzerinde optimize beslenmenin etkisini vurgulamak sağlıklı diyet manipülasyonlarını önlemek için önemli bir stratejidir (7).

Bu amaçlara ulaşmak için, sporcuların sağlığını korumak ve performansını desteklemek için gerekli beslenme desteğini göz önüne almak gereklidir. Sporcunun optimum performans ağırlığının ne olduğuna dair mutabık kalınan bir anlayışa ihtiyaç vardır ancak sıklet sporları bu durumun dışında kalmaktadır. Bu spor dallarında sürekli kilo vermek için mücadele eden sporcular, beslenme stratejileri ile ek destek almalı veya farklı bir ağırlık kategorisinde yarışmayı düşünmelidir. Ağırlığını değiştirmeye ihtiyaç duyan sporcular, düşük riskli stratejileri kullanmaları için teşvik edilmeli ve desteklenmelidir (77).

Sporcuların herkesin içinde tartılması, takım arkadaşlarıyla olumsuz karşılaştırmalar yapmasına ve sonucunda yeme bozukluğu geliştirmesine sebebiyet vereceğinden bu durumdan kaçınılmalıdır (77).

Medyanın, yeme davranışının değiştirilmesi de dahil olmak üzere, ergenlikte yaşanan bir çok durum üzerinde güçlü bir etkisi vardır. Beslenme eğitiminde medya okur yazarlığı, gençlere yiyecek tercihlerini ve yeme davranışlarını etkileyen faktörleri öğrenmelerinde yardımcı olacaktır. Sınıflarda beslenme eğitimi verilmesi de obezite ve yeme bozukluğunun önlenmesinde etkilidir (84).

Adölesan sporcularla birlikte çalışan spor eğitimcilerinin, bu yaş grubundaki potansiyel sorunların düzenli izlenmesi ve tanınmasının gerekliliğini ve gerektiğinde tıbbi personele derhal sevk edilmesinin önemini farkında olması gerekmektedir. Adölesanlar için pek çok spor türü, sınırlı miktarda kaynağa sahiptir ve sporcularla ilgili potansiyel problemler ortaya çıktığında temel destek personeline erişmek zor olabilmektedir. Spor eğitimcilerine ek olarak, aile ve okul personeline (örneğin okul hemşireleri, rehberlik danışmanları) bu süreçte yer verilmesi önemlidir. Psikoterapistler ve diyetisyenler gibi bu grup için fayda gösterecek kaynakların belirlenmesi de önemlidir (85).

### **2.5.11. Tedavi**

Performansı geliştirmek için diyet yapmak, yeme bozukluğu gelişmesinde birinci basamak olarak tanımlanmaktadır. Özellikle kadın sporcular için anormal davranışların değerlendirilmesi ve düzensiz beslenme alışkanlıklarının tanımlanması konusunda diyetisyenlere büyük sorumluluk düşmektedir. Adölesan sporcular biyolojik, psikolojik ve sosyokültürel değişim yaşadıkları bir dönemde olduklarından dolayı, beden memnuniyetsizliği nedeniyle diyetel sınırlamalara yatkın olup, bu durum yeme bozukluklarının gelişiminde onları savunmasız hale getirmektedir (86).

Bundan dolayı hastanın yeme bozukluğu tedavisi; doktor, beslenme uzmanı ve psikiyatristler olmak üzere multidisipliner bir ekip tarafından yapılmalı ve düzenli görüşmeler sağlanmalıdır. Ayrıca tedavi süresince, hastanın ağırlık değişimleri, besin tüketimi ve fizyolojik durumu değerlendirilmeli, beslenme uzmanı tarafından izlenen besin tüketim kayıtları, tedavinin önemli bir parçasını oluşturmalıdır (87).

### **2.6. Beden algısı**

Beden algısı kişinin kendi bedeninin belli bölümlerine ve onların işlevlerine karşı olumlu ve olumsuz duygularının kendisi tarafından değerlendirilmesi olarak tanımlanmaktadır (88). Beden algısı kavramı 1920 yılında Paul Schilder tarafından ilk kez psikolojik ve sosyolojik açıdan değerlendirilmiştir. Schilder'den önceki çalışmalar, ağırlıklı olarak beyin hasarına bağlı gelişmiş bozuk beden algılarıyla sınırlı kalmıştır. Beden algısının sadece bir bilişsel yapı olmadığını, hatta başkalarıyla ilişkilerin ve tavırların yansımaları olduğunu belirtildiği bir kitapta, beden algısının

esnekliği ile ilgilenmiş olan Schilder, beden imajını “zihnimizde biçimlendirdiğimiz kendi vücudumuzun resmidir, yani kendimize nasıl göründüğümüzdür” şeklinde tanımlamıştır (89).

Kişinin kendi bedenini nasıl algıladığı ve diğer insanların kişinin bedenini nasıl algıladığı düşüncesi, o kişinin fiziksel ve psikososyal sağlığı için önemli etkiler oluşturabilmektedir. "Beden imajı", vücudun bu gibi içsel temsilleri için kullanılan klinik terimdir. Bir kişinin beden imajı olumlu ya da olumsuz olabilmektedir. Klinik olarak "beden memnuniyeti" olarak adlandırılan pozitif beden imajı, bir kişinin vücut bölümü / vücut alanının beğenisini yansıttığını ve kabul ettiğini göstermektedir. Buna karşın, beden imajındaki memnuniyetsizlik, dikkate alınan vücut bölümünün algılanmış haliyle olan mutsuzluğu ve hatta belki de bu bölümleri göz ardı etmeyi yansıtmaktadır (90).

Beden algısı bozukluğu, kişinin ideal ve gerçek vücudu arasında tutarsızlıklara neden olmaktadır. Araştırmalar, negatif beden imajının; depresyon, obezite, düşük benlik saygısı ve yeme bozukluğu gibi diğer sağlık sorunlarına yol açtığını göstermektedir. Beden imajıyla ilgili memnuniyetsizlikler, genellikle olumsuz psikolojik işlevsellik ve düşük yaşam kalitesine yol açabilmektedir (91).

Genel olarak beden imajı; kişinin vücuduyla ilgili algı, düşünce ve duygular olup, gerçek olan ve algılanan beden özelliklerini içermektedir. Kişinin beden şekli ya da ölçüsü ile ilgili negatif ya da pozitif duyguları ve fiziksel görüntünün zihinsel imajı olarak tanımlanmaktadır (92,93).

Beden algısı birçok yapıyı kapsayan genel bir terim olup, aynı zamanda ağırlıktan memnun olma/olmama, vücuttan memnun olma/olmama, vücuttan utanma, dış görünüşten memnun olma/olmama, görünüm değerlendirilmesi, vücut saygısı, beden ile övünme, vücut dismorfisi ve vücut şeması gibi kavramları içermektedir (94).

## **2.6.1. Adölesan Sporcularda Beden Algısını Etkileyen Faktörler**

### **2.6.1.2. Fiziksel ve Biyolojik Faktörler**

Ergenliği karakterize eden çeşitli kültürel, sosyal, fiziksel ve psikolojik değişiklikler etkileşime girerek, beden algısını şekillendirmektedir. Psikolojik açıdan bakıldığında ergenlik, olası benlikleri keşfedip, ideolojik (meslek, din, politika, gibi



değerler) ve kişilerarası alanlar (aile, arkadaşlıklar, romantik ortaklıklar ve cinsiyet rolleri) da dahil olmak üzere yaşamın yönlerini belirleyen ve önemli yaşam kararları üreten bir kimlik geliştirme dönemi olarak tanımlanmıştır. Kanıtlar bu kimlik geliştirme süreçlerinin beden imajıyla bağlantılı olduğunu ortaya koymaktadır. Araştırmalar, geleneksel cinsiyet rollerine bağlı kalan ergenlerin, medya tabanlı vücut idealleriyle daha fazla meşgul olduklarını ortaya koymaktadır (95).

Ergenlik yıllarına eşlik eden fiziki gelişme, herhangi bir başka yaşam dönemine göre daha kapsamlıdır. Ergenlik çağında kızların hızlı ağırlık kazanımı ile yaşadığı fiziksel değişiklikler, onları kültürel güzellik ideallerinin uzağına taşımaktadır. Kızların pubertal gelişimlerinin akranlarına göre zamanı da önemli olup, daha önce ergenliğe girenler daha fazla ağırlık kazanma eğilimi ve daha ciddi beden memnuniyetsizliği yaşamaktadır. Bununla birlikte, ergenlik sonrası erkekler, ergenlik öncesi veya ergenlik yaşayan erkeklerden daha fazla beden memnuniyetine sahip olma eğilimindedir. Bu nedenle ergenlik, erkeklerde beden imajı için de bir risk faktörü oluşturabilmektedir (96).

Ergenlikle ilişkili önemli fiziksel değişim, vücut kompozisyonundaki değişimdir. Ergenlik döneminde her iki cinsiyette de vücut yağları artarken, kızlar için artış daha fazla ve hızlıdır. Bu nedenle, sağlıklı bir ağırlık aralığında oldukları zaman bile, adölesan dönemdeki kızlar ağırlıkları ve görünümleri ile aşırı derecede meşgul olabilmektedir. Ergenlik döneminde bilişsel değişikliklerden dolayı, ergenlerin düşünce yapıları tümdengelimli akıl yürütme temeline dayalıdır. Böylece başkaları tarafından birey olarak kabul edilmelerinin, arzu edilen davranış veya imajı taklit edip etmediklerine bağlı olarak değiştiğine inanmaktadırlar (97).

### **2.6.1.3. Aile, Arkadaşlar, Yaşlılar**

Bireylerin beden algısı, çevredeki kişiler ve faktörlerden etkilenmektedir (98). Dikkat çeken ilk mekanizma, ebeveynlerden çocuğa ağırlık ile ilgili tutum ve görüşlerin doğrudan iletilmesiyle ilgilidir. Ergenlik öncesi ve ergenlik çağındaki bireyler üzerinde yapılan çalışmalar, yeme ve ağırlık hakkında olumsuz eleştirilerin, beden imajı memnuniyetsizliği, ağırlık kaygısı ve yeme bozukluğu belirteçleri olduğuna işaret etmektedir. Aslında bu etki, sadece vücut memnuniyetsizliği ve düzensiz

beslenme üzerine değil, aynı zamanda benlik saygısı ve depresif belirtiler üzerinde de uzun vadede etki edebilmektedir (99).

Ebeveyn etkisinin bir diğer önemli mekanizması, yanlış yeme tutumu ve davranış modellemesidir. Adölesan çağındaki kızlar ve aileleri ile yapılan birçok araştırma, anne ve kız çocuklarının anormal yeme tutumları arasında anlamlı ilişkiler olduğunu göstermiştir. Bununla birlikte aynı ilişki, çalışmaya babalar dahil olduklarında gözlemlenmemiştir. Anne-babanın yeme davranışının, erkek adölesanlarda bozulmuş yeme davranışının gelişmesine etkisi net olarak bilinmemektedir. Bu nedenle anne ve babanın sorunlu beslenme davranışlarının, hem erkek hem de kız çocukları üzerindeki etkisi araştırılmalıdır (99).

Aile içindeki ilişkilerin kalitesi, genel olarak aile ortamı ve ebeveynlerle olan ilişkiler, adölesanlarda beden imajını etkileyebilmektedir. Kuvvetli aile ilişkileri hem erkek hem de kızlarda daha yüksek beden memnuniyeti ile ilişkilendirilmiştir (100).

Ringham ve arkadaşlarının (100) kadın bale dansçıları üzerine yaptığı bir çalışmada, dansçıların ailelerinde yeme bozukluğu öyküsünün, kontrol grubundaki katılımcılardan anlamlı derecede yüksek olduğunu göstermiştir.

Ebeveynlerin beden imajı konusundaki alaycı tutumları, ailenin tüm bireylerini etkilemektedir (101). Rivies ve Cahs'in (102) yaptığı bir çalışmada, çalışmaya katılan kadınların %79.0'u, adölesan dönem boyunca erkek kardeşleri tarafından alaycı davranışlara maruz kaldıklarını bildirmişlerdir. Yapılan çalışmalarda, aşırı kilolu gençlerin yaklaşık % 25-60'ının ebeveynlerinden ve/veya aile üyeleri tarafından alaycı tutuma maruz kaldıklarını gösterilmiştir. Ayrıca çalışmalarda kişinin normal veya aşırı ağırlıkta olması fark etmeksizin, ailenin ağırlıkla ilgili olumsuz yorumlarının, çocuğu/genci bedeninden memnun olmamaya, sağlıksız ağırlık kontrollü davranışlarına ve depresyona teşvik ettiğini göstermiştir (103).

Aynı yaş grubu arkadaşlar da, adölesanların beden algısı ve görüntü kaygılarında etkili bir rol oynamaktadır. Yapılan bir çalışmada, ergenlik çağında oluşan beden memnuniyetsizliği üzerinde akranların, aileden çok daha etkili olduğunu göstermiştir (104). Beden imajı açısından, akran grupları, baskılar, toplumsal karşılaştırmalar,

görüntüyle alakalı konuşmalar, alay yoluyla toplumsal ideallerin empoze edilmesi ve normların kurulması yoluyla, beden algısı üstünde etkiler oluşmaktadır (105).

Kişilerin tutum ve davranışlarındaki benzerlikler, kişilerarası çekiciliğin belirlenmesinde önem taşımaktadır. Bireyler karşılıklı değer verilen tutum ve davranışları paylaştıklarında, bu çekim artma eğilimindedir. Beden imajı kaygıları ve yeme bozuklukları, genellikle ergenlik döneminde ortaya çıktığından, ergen arkadaşların karşılıklı olarak beden algılarında ve yeme davranışlarında benzerlikleri paylaştığı ileri sürülmüştür. Kızlar, vücut ağırlığının ve şeklinin önemi ile ilgili benzer inanç ve davranışları paylaştıkları arkadaşları seçmektedirler. Sosyalleşme yoluyla, zayıflık ve diyetle ilgili akran tartışmaları, daha sonra mevcut benzerlikleri artırmakta ve grup üyelerini, zayıflığa ulaşmak için diyet yapmaya teşvik etmektedir (106).

#### **2.6.1.4. Antrenör ve Takım Arkadaşları**

Spor ortamında ağırlık, beden ve görüntü konusundaki baskılar, etkili bazı kişiler (örneğin antrenörler, takım arkadaşları, hakemler) tarafından da yapılabilmektedir (107).

Antrenörler, sporcuların performansları, spor camiası anlayışları, kendine güvenleri, kendilerini nasıl algıladıkları, motivasyonları ve yeterlik algıları gibi konularda sporcuları etkilemektedir. Antrenörler aynı zamanda sporcuların hayatında öğretmen, disiplinler, ebeveyn, psikolog olmak üzere çeşitli roller de üstlenebilmekte, bu da onları sporcunun gelişiminde merkezileştirmektedir (108). Ayrıca sporcular antrenörlerini mutlu etmek için daha fazla çaba göstermekte ve antrenörlerini hayal kırıklığına uğratmaktan korkmaktadırlar (109).

Tıpkı sporcuların vücut ideallerine dair çatışmalarının, sağlıksız diyet yapmalarına katkıda bulunması gibi, özellikle antrenörlerin kendi beden imajları hakkındaki geri bildirimleri de benzer sorunlara neden olabilmektedir. Antrenörlerin eleştirel yorumları, sporcuların sosyal fizik kaygısı, yeme bozukluğu ve sağlıksız beslenme alışkanlıkları (aşırı yemek, beslenme kısıtlaması yapmak vb.), suçluluk, utanç ve kaygı duygularıyla ilişkilendirilmiştir. Sporcular, antrenörleri tarafından bedenlerinin, diğer sporcularla kıyaslanmasında sıkıntı yaşamakta, ideal görüntüye ulaşmak için baskı hissetmektedirler (110).

Bununla birlikte rekabetçi sporcular, performanslarını en üst düzeye çıkarmak için antrenörlerinden düşük vücut ağırlığına ulaşmak ve korumak adına baskı yaşayabilmektedir (8).

Sporcunun beden ideali takım arkadaşlarının fikirleri tarafından değişebilmektedir. Takım arkadaşları bu etkilerini sözlü ve sözsüz iletişimle ve sağlıksız yeme ve ağırlık kontrolü davranışlarını destekleyerek yapmaktadır. Bunun aksine takım içindeki iletişim, takımdaki ağırlık kaygılarıyla meşgul olan sporcuyu saptamaya katkı sağlamaktadır (111). Sherman ve ark. (112) tarafından yürütülen bir çalışmada, yeme bozukluğu belirtileri olan sporcuların, çoğunlukla takım arkadaşları tarafından tespit edildiğini gösterilmiştir. Yani bir sporcunun, problemlili bir yeme davranışı olarak algıladığı davranışı belirtmek için takım arkadaşına yaklaşma ihtimali, diğer kişilere yaklaşma oranından daha yüksek olabilmektedir (111).

#### **2.6.1.5. Medya**

Cinsel kimlik geliştirme ve cinsel rol araştırması için önemli bir süreç olan adölesan dönemde, medya imajları adölesanların yaşamlarında anahtar rol oynamaktadır. Kitle iletişim araçları, ideal vücut şekilleriyle ilgili bir bireyin inançlarında ve kendi bedenlerini değerlendirmelerinde oldukça etkilidir. Bu nedenle, kadın sporcuların, vücudun neye benzediğini vurgulayan cinsel imaj görüntüleri, potansiyel olarak adölesan çağıdaki bir bireyin vücuduna "obje" olarak bakmasına neden olabilmektedir (113).

Thomsen ve ark. (114) tarafından yapılan bir çalışmada, 14-18 yaş arası 41 adölesan voleybolcuya, bazı kadın sporcuların yeteneklerinden ziyade fiziksel görünüşlerine odaklanan imgeler gösterilmiştir. Sonrasında bu genç katılımcıların "normal" kavramını fiziksel güzellik ve bedensel mükemmeliyetle eşitledikleri saptanmıştır. Bu kadın sporcuların görüntülerine hiçbir zaman ulaşamayacaklarını bildiren katılımcıların, hayal kırıklığına uğradıkları ve cesaretlerinin kırıldığı not edilmiştir.

Kadın sporcular için medya, feminenliği ve cinsel imajları birbirine bağlamakta ve bundan dolayı erkekleri sporla daha çok özdeşleştirmektedir. Spordaki cinsiyet hiyerarşisi de erkeklerin medyada daha fazla pay almasına sebep olmuştur (115). Son

yıllarda erkeklere, medyada ideal erkek beden imajının sunulması da yaygınlaşmıştır. Zayıf olmak yerine, erkeklere yağsız, kaslı bir ideal vücut sunulmakta ve bu ideal görüntü zamanla daha kaslı hale gelmektedir. Kaslı görüntü idealine maruz kalmanın, erkek çocuklarda, daha fazla vücut memnuniyetsizliği yarattığı öne sürülmüştür. Böylece kız çocuklar ağırlık kaybetme ve ince görünme çabası içindelerken, erkek çocuklar yalnızca ağırlık kaybını değil, kaslı görüntüyü de hedeflemektedir. Hem kadın hem erkekler için medyada ayrı ayrı vücut ideallerinin sunulması, iki cinsiyetin de bu ideallerden etkilenmesine sebep olmuştur. Medya ideallerinin içselleştirilmesinin, toplumsal olarak tanımlanmış ideallerin benimsenmesi olarak anlaşılabilirliği ve medya baskısının doğrudan vücut memnuniyetsizliği ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (116).

Medya etkilerinin, farklı spor türleri arasında vücut memnuniyetsizliği oluşturmada rol oynayabileceği konusunda bazı görüşler bulunmaktadır (117). Ginsberg ve ark. (118) yaptığı bir çalışmada, hakemli spor dergilerinin hakemsiz dergilere göre kapaklarında daha zayıf modelleri tercih ettiğini ortaya koymuştur. Bu da, özellikle medya tasvirlerinin benimsenmesi halinde, farklı spor türleri arasında ideal vücut şekli, ölçüsü ve vücut tatminkarlıklarında farklılıklara neden olabileceğine işaret etmektedir.

#### **2.6.1.6. Spor Türü ve Spora Katılım**

Spor ve fiziksel aktiviteye katılım, özellikle çocuklarda ve adölesanlarda psikolojik refahın artırılması açısından çok önemlidir. Sporun, çocuklarda başarı ve başarısızlık kavramlarını öğrenme, işbirliği, öz disiplin, rekabet gücü, liderlik ve kendine güven gibi becerilerin gelişimini desteklediği ileri sürülmüştür. Spora katılım ile beden imajı arasındaki ilişkiyi keşfetmek için Hausenblas ve ark. (119) yayınladıkları bir meta-analiz çalışmasında, sporcu olan ve olmayanların beden imajını cinsiyet, yaş ve rekabet düzeyine göre karşılaştırmışlardır. Sporcuların sporcu olmayanlara göre daha pozitif bir beden imajına sahip oldukları, her iki cinsiyet için de sporcu ile sporcu olmayanlar arasında eşdeğer bir farklılık bulunduğunu göstermiştir. Bununla birlikte, sporla ilgili ağırlık baskısını özellikle kadın sporcularda beden imajı kaygılarıyla ilişkilendirmişlerdir (94).

Spora katılımı, benlik saygısı ve beden imajıyla ilişkilendiren bulguların tümü, yaş veya cinsiyete bağlı olarak değişmektedir. Örneğin, spora katılımın kadınlık ve spor arasında bir çatışmaya neden olması nedeniyle bazı sporcu kadınların, benlik saygılarının olumsuz etkilendiği bulunmuştur (120). Eccles ve arkadaşlarına (121) göre kızlar, sporun fiziksel ve rekabetçi doğasını, artan kadınsı benlik kavramlarıyla birleştirmekte güçlük çekebilmektedirler .

Tüm sporcular kendi branşlarının gerektirdiği ideal bedenlere sahip değillerdir veya sahip olmadıklarını düşünmektedirler. Bu sporcular genellikle bu "ideal" beden tipine ulaşmak için baskı yaşamaktadırlar. Ayrıca, jimnastikçiler, dalgıçlar ve figür patencileri gibi estetik sporlarda yarışan sporcular, zayıflığın ve/veya belirli bir ağırlığın performans için daha az önemli olduğu sporlarda yarışan sporculara göre zayıflamak için daha fazla baskı hissetmektedirler (122). Buna ek olarak, estetik sporlara katılım, vücudun görünüşüne daha fazla yatırım yapmakla birlikte, bir ideal görünüm elde edilemediğinde utanç ve suçluluk duygusunu yaşamaktadır (123).

Sıklet sporcularında ise, sporun bir gereği olarak müsabakaya başlamadan önce belirli bir ağırlıkta olunmalıdırlar. Bu süreçte sporcular beden algısı, ağırlık dalgalanmaları, yeme davranışları ve performans sorunları ile mücadele etmektedirler (122). Judocuların, boksörlerin ve güreşçilerin genellikle olması gereken vücut ağırlıklarının % 5-10 altındaki ağırlık kategorilerinde yarıştıkları rapor edilmiştir (124). Ağırlık ile ilişkili spor türlerinde, sporcularda bozulmuş yeme davranışının yaygınlığı göz önüne alındığında, yeme bozukluğu belirtilerine sahip tüm bireylerde daha olumsuz bir beden algısı beklenebilmektedir. Ancak, sporcuların beden imajını inceleyen 78 çalışmanın meta analizinde, sporcuların vücut görüntüsünün sporcu olmayanlara göre daha pozitif olduğu sonucuna varılmıştır. Estetik, dayanıklılık ve topla oynanan spor türlerinde, sporcular arasında beden algısı açısından herhangi bir fark bulunamamıştır. Bu durum yeme bozuklukları geliştirme riski en fazla olan estetik branşlarda rakebet eden sporcuların bile, sporcu olmayanlara göre daha pozitif bir beden imajına sahip oldukları ve vücutlarından daha fazla memnun olduklarını göstermektedir (93).

Bunlarla birlikte Reel ve ark.nın (125) yaptığı çalışmada, yüzücülerin %45.2'sinin mayolarını bir ağırlık baskısı unsuru olarak gördüklerini bildirmeleri, bazı spor

dallarında kullanılan kıyafetler ve mayoların, vücut bilincini, vücut memnuniyetsizliğini ve patojenik kilo verme yöntemlerinin kullanılmasını artırabileceğini düşündürmektedir.

### **2.6.2. Beden Algısını Değerlendirme ve Ölçme İçin Kullanılan Yöntemler**

Beden algısının farklı yönlerini değerlendirmek adına figürlü ölçekler, anketler ve bilişsel, duygusal ve davranışsal işlevlerinin incelenmesi gibi sayısız ve çeşitli yöntem geliştirilmiştir. Bu teknikler; anket formları, görsel işaretleme tekniği ve görsel boyut tahmin tekniği gibi herhangi bir görsel sunum kullanmayan araçlar, temsil edici bir görseli veya figürü kullanan araçlar ve video ve bilgisayar yoluyla gerçek beden görüntüsünün bozulmasını kullanan araçlar şeklinde 3 ana kategoriye ayrılmaktadır (126).

#### **2.6.2.2. Figürlü ölçekler**

En çok kabul gören ölçekler figürlü çizim ölçekleri olarak bilinmektedir. Silüet veya kontur çizgi çizimleri olarak da adlandırılan bu ölçekler, zayıftan şişmana kadar değişen bir dizi ön görüntüden oluşmaktadır. Bireylerin genellikle mevcut ve ideal beden boyutlarını en çok temsil eden resmi seçmeleri istenmektedir. Bu iki derece arasındaki tutarsızlık, vücut memnuniyetsizliğinin bir ölçüsüdür (127).

Fakat bu insan figürlerinin, gerçekliği yeterince yansıtmadığı yönünde fikirler bulunmaktadır. Bu durum, vücut memnuniyetsizliğinin tutarsız ölçümlerine neden olabilmektedir. Araştırmalar, katılımcıların görselleri, gerçek yaşamdaki beden şekilleri ile ilişkilendirmekte güçlük çektiklerini göstermektedir (128).

Swamia ve arkadaşlarının (117) yürüttüğü bir çalışmada, 41 atletizm sporcusu (vücut yağının az olmasının istendiği spor dalı), 47 taekwondocu (vücut yağının önemli olmadığı dövüş sporu) ve 44 sporcu olmayan kadının beden imajını Fotoğraflı Figür Derecelendirme Ölçeği ve Görünüme Yönelik Sosyo-Kültürel Tutumlar Ölçeği ile değerlendirilmiştir. Çalışma sonuçlarına göre, ideal vücut ölçülerinde gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamış ancak atletizm sporcuları en yüksek beden memnuniyetsizliği skorlarına sahip olup, medya mesajlarından en çok etkilenen grup olarak tespit edilmiştir.

### 2.6.2.3. Davranışsal Yöntemler

Beden görüntüsünün davranışsal bileşeninin ölçütleri, bedene atfedilen önem seviyesi ile negatif veya pozitif beden algısı ile ilişkili davranışları değerlendirmek üzere tasarlanmıştır. Beden algısının davranışsal bileşenini ölçmek için, ölçekler “beden kontrolü”ne ve “kaçınma” davranışlarına odaklanmış durumdadır. Beden kontrolü, sık tartılma, ölçüleri belirlemek arzusuyla yağ dokusunu parmaklarla kavrayıp sıkma, aynalar ve yansıtıcı yüzeylerde vücut bölgelerinin gözlenmesi gibi tekrarlanan, zorlayıcı bir dizi davranışı içermektedir (105).

Duygusal durumlar, beden memnuniyetsizliği üzerinde etkili olmakta, duygu durumlarına bağlı olarak sporcuların vücut memnuniyetsizliği artabilmektedir. Örneğin müsabaka sezonundaki ruh halinin beden memnuniyetini etkileyebileceği tartışılmaktadır (129).

Negatif beden algısı olan kişiler, sıklıkla ağırlıkları hakkında endişe duymakta, ağırlık kazanmaktan korkmakta ve bu nedenle ağırlıkla ilgili kaygıları olmayan bireylere göre daha sık diyet yapmaktadırlar. Sporcular arasında da davranışsal beden imajı bozukluklarının, yeme bozukluğuna ve diyet yapmaya katkıda bulunduğu görülmüştür (93). Ancak Smolak ve ark. (130) beden memnuniyetsizliğinin değil de zayıflık için çabanın daha sık görülmesinden dolayı, sporcularda yeme bozukluğunun sporcu olmayanlardan farklı olabileceğini öne sürmüşlerdir. Benzer şekilde, Ziegler ve ark (131) çalışmalarında, genç elit figür patencilerinin bedenlerinden nispeten memnun olmalarına karşın diyet yaptıklarını göstermiştir. Her iki çalışmada da, sporcuların zayıflık isteği ya da diyet yapıyor olmaları, beden memnuniyetsizliği ile ilişkili bulunmamıştır. Alternatif olarak, ağırlık ile ilişkili spor türlerinde, özellikle sporcuların başarısının düşük vücut ağırlığı veya vücut yağ yüzdesiyle ilişkili olduğu inancı, ağırlıkla ilgili kaygılara ve sonrasında aşamalı olarak (örneğin, diyet veya egzersiz yoluyla) ya da ani (örneğin, kusma yoluyla) ağırlık azaltmaya yönelik girişimlere neden olabilmektedir (93).

Egzersiz sıklığının, fiziksel veya zihinsel sağlık, düşük benlik saygısı, depresyon veya düzensiz yeme davranışları ile anlamlı bir şekilde ilişkili olmadığı belirtilmekte, egzersiz sıklığının tek başına “aşırı egzersiz” göstergesi olmadığı kabul edilmektedir. Ancak, DSM-4 tanımı uyarınca, bireylerin katılmaya zorunlu hissettikleri,



ertelediklerinde suçlu hissettikleri ve hastalıklarına rağmen devam ettirdikleri egzersizler, beden memnuniyetsizliği, yeme bozukluğu ve depresyonla ilişkilendirilmiştir. Bu tanımda aşırı egzersiz tanımlaması, egzersiz sıklığı ile kompulsif (dürtüsel olarak tekrarlanan) egzersiz arasındaki farkı desteklemiştir. Kompulsif egzersiz aynı zamanda hem beden algısı bozukluğu hem de yeme bozuklukları ile anlamlı şekilde ilişkili bulunmuştur (132).

#### **2.6.2.4. Algı Ölçümü**

Çocuklarda ve adölesanlarda beden algısının ölçümü bazı beden bölgelerine özgü olabilmekte veya bedenin tümüyle ilgili algılar toplanabilmektedir. Bu tahminlerin elde edilmesi için çeşitli prosedürler mevcut olup bu prosedürlerin çocuklarda uygulanmasına ilişkin çeşitli metodolojik sınırlılıklar bulunmaktadır. Tüm vücut için algı ölçümleri, fotoğrafik bozulma veya video görüntüleri kullanılarak elde edilebilmektedir. Çocuklarda kullanılan video tekniklerinden biri, çocuğa ait bir fotoğrafın sabit bir değişim oranında genişletilmesiyle ya da inceltmesiyle uygulanan merdiven metodudur. Görüntü, gerçek vücut boyutlarına benzediğinde çocuklardan değişikliği durdurmaları istenmektedir. Ancak, metodolojik sınırlamalardan ve puanlandırmanın algıları yeterince yansıtmamasından dolayı, algısal ölçümler çocuklarda, ergenlerde veya yetişkinlerde çok sık kullanılmamaktadır (133).

#### **2.6.2.5. Anketler ve Mülakatlar**

Beden algısını değerlendirmede kullanılan bir başka araç anketlerdir. Anketler, beden tutumları da dahil olmak üzere beden imajının niceliksel ölçütlerini sağlamak üzere tasarlanmıştır. Çoğu beden memnuniyeti ölçeğinde, katılımcılardan beden bölümleri ya da bedenlerinin tümüyle ilgili memnuniyet ya da memnuniyetsizlik derecelerini belirtmeleri istenmektedir (134).

Beden memnuniyeti değerlendirilirken, kişinin vücut ölçülerini ve kompozisyonunu nasıl değerlendirdiği, ağırlıkla ilgili tutumları ve ritüelleri sorgulanmaktadır. Vücut Şekli Anketi, Fiziksel Görünüm Durumu ve Sürekli Kaygı Ölçeği, Beden Tutumu Testi, Görünüşe Dair Sosyokültürel Tutum Ölçeği-3, Beden Memnuniyeti Ölçeği bu unsurları ölçmek için sıklıkla kullanılan anketlerdendir (135).

Sporcularla yapılan görüşmeler bedenlerinin hangi bölümlerinden hoşlandıkları/ hoşlanmadıkları ve nedeni, beden algılarının onlarda ne gibi duygular uyandırdığı, bedenlerinden memnun olup olmadıkları gibi soruları içermelidir. Sporcunun ebeveynlerinden ve antrenörlerden, sporcuların bedenlerinden memnun olup olmadıkları, sporcuların beden imajlarını nasıl algıladıkları, bu imajın diğer kişisel değerlere kıyasla ne kadar önemli olduğu ve sporcuların beden algılarını rasyonel olarak değerlendirip değerlendirmedikleri hakkında doğrudan bilgi istenmelidir (43).

### **2.6.3. Koruma ve Tedavi**

Değişik boy, ağırlık, kas gücü, yağ oranı ve fiziksel hareketlilikteki sporcular, müsabakaları sırasında uzmanlık ve yeteneklerini göstermektedirler. Müsabakalar genç bir bireyin vücudunun ne yapabileceğine (ağırlıklarının veya nasıl göründüklerinin yerine) odaklanmasına yardımcı olmak için ideal olarak sağlamaktadır. Ebeveynler ve antrenörler vücudun tek tip görünmesi gerektiğini vurgulayan sosyal mesajlar yerine, sporcuların yetenek beceri ve işlevlerini vurgulayarak, bozulmuş beden algısıyla mücadele etmelidir. Fiziksel aktivite ve spor, gençlerin spor yaparak, yeni beceriler öğrenerek ve kişisel performanslarını geliştirerek fiziksel görünüme değil, fiziksel fonksiyona odaklanmasına yardımcı olacak bir ortam sağlamaktadır (136).

Antrenörün sporcuyla ağırlık, beden imajı ve yeme davranışı hakkında iletişim kurarken kullanacağı terminoloji çok önemlidir. Sporculara ağırlık kaybetme fikrini tehdit unsuru olmaksızın açıklamak, yemek yeme ve sağlıklı kalma konusundaki görüşmelerden kaynaklanabilecek olumsuz etkileri en aza indirmeye çalışmak, bu konuda fayda sağlayacaktır (137).

Gerçekçi olmayan düşük vücut ağırlığına ulaşmak için, vurgulardan veya baskılardan kaçınılmalıdır. Sporcular sezon dışında tartılmaktan caydırılmalıdır. Aşırı yağsızlığı teşvik eden kurallar ortadan kaldırılmalı veya gözden geçirilmelidir (138).

Beden imajını açıkça tartışmak, grup ya da ekip tartışmasını teşvik etmek ve konuyu ele almak için antrenör ve destek personelinden yardım talep etmek gibi birçok yaklaşım, kişinin durumun farkına varması için yardımcı olabilmektedir (139).

## 2.7.Adölesan Sporcularda Beden İmajı ve Yeme Tutumu İlişkisi

Yeme bozuklukları, yeme tutumunda olduğu gibi beden algısında da ciddi bozukluklarla karakterizedir. Genel popülasyonda beden algısı bozuklukları, yeme bozukluklarından önce gelen değişken risk faktörü olarak sınıflandırılabilir. Sporcularda yeme bozuklukları ve beden algısı arasındaki ilişki, genel popülasyona göre daha belirsizdir. Bir yandan genel bulgulara uygun olarak, beden algısı bozukluklarının sporcularda yeme alışkanlıklarını etkilediği ve tıpkı sporcu olmayanlarda olduğu gibi bozuk beden algısının yeme bozukluklarının mutlak bir ölçütü olduğu iddiası bulunmaktadır. Öte yandan Sundgot-Borgen'e göre, sporcularda bozuk beden algısının, yeme bozukluğunun semptomatolojisinin bir parçası olup olmadığı göreceli olarak düşünülmektedir (6).

Adölesan dönem, duygusal, sosyal ve fiziksel değişimlerle karakterize bir dönem olduğundan, beden algısı bozukluğu, adölesan döneminin başlangıcı ile ilişkili en yaygın bozukluklar arasındadır. Vücut görüntüsü üzerine yapılan araştırmalar öncelikli olarak yeme bozukluğu olan kadınlara ve hastalara odaklanmış olsa da, adölesan çağıdaki çocuklardaki vücut rahatsızlığıyla ilişkili psikososyal problemlerin artması, klinik olmayan popülasyonlarda erkek ve kızlar için beden imajını etkileyen faktörleri anlamaya ihtiyaç oluşturmuştur (140).

Adölesan dönemde vücut, çocukluktan yetişkinliğe geliştikçe merkezi bir odak noktası haline gelmekte ve bundan dolayı, beden algısı birçok adölesanda endişe, depresyon ve yeme bozukluğu ile ilişkilendirilmektedir (123). Adölesan sporcular fiziksel mükemmellik ideali barındıran bir grubu temsil etmektedir (11). Çalışmalar, bazı spor dallarında adölesan sporcuların, genel popülasyondaki adölesanlara kıyasla, yeme bozukluğu patolojisi geliştirme açısından risklerinin artmış olduğunu göstermiştir (141). Yeme bozukluğu ölçütlerini karşılayan yetişkin sporcuların büyük bir bölümünün ergenlik döneminde diyet yapmaya ve yeme bozukluğu geliştirmeye başladığı rapor edilmiştir (11).

Sporcular, optimum performans ve ideal beden algısına ulaşmak adına, uygunsuz diyet ve egzersiz stratejileri yürütmekte ve bu stratejilerin vücut şeklini, ağırlığını, kompozisyonunu olması gereken aralıklarda tutabileceğine inanmaktadırlar. Bu davranışlar, genellikle adölesan kızlarda yağsızlığı, adölesan erkeklerde ise kaslılığı

amaçlayanlarda görülmektedir. Adölesan sporcuların, performansı iyileştirmek amacıyla beslenmeyi düzenleme ve toplumsal idealleri karşılamak amacıyla diyet yapma arasındaki farkı ayırmada güçlük çektiği görülmektedir. Diyet yapmanın, adölesan dönemde yaygın olmasıyla birlikte, yüksek enerji gereksinimi olan adölesan sporcular, bu davranışın fiziksel ve psikolojik sonuçlarından daha çok etkilenmektedir (142).

Adölesan sporcular için, beden imajı endişeleri temel olmasına rağmen, diğer faktörler de düzensiz yeme alışkanlığının gelişmesine katkıda bulunmaktadır. Performansı optimize etmek ve gerçekçi olmayan vücut ağırlığı ve yağ oranı hedeflerini karşılamak için baskı altında olmak, toplumsal beklentiler ve bazı sporcular için belirli vücut şekline ulaşma zorunluluğu gibi etkenler belirtilmektedir (143).

Sporcular arasında sağlıksız beden algısına ve riskli davranışlara katkıda bulunduğu düşünülen bir diğer faktör, antrenörler, sporcular ve genel halkın çoğunluğu arasında da yaygın olan, ağırlık azaltma veya vücut yağının azaltılmasıyla atletik performansın artacağına dair inançtır (144).

Antrenörler ve bazen de takım arkadaşları tarafından spor performansını artırmak için, vücut ağırlığının/yağının azaltılmasına dair yapılan bu vurgu, öğrencinin/sporcunun kısıtlayıcı diyet ve patojenik ağırlık kaybı yöntemleri uygulamasına ve bozuk yeme davranışının gelişmesine sebebiyet verebilmektedir (145).

Öte yandan, düzenli fiziksel aktivitenin adölesanlara yüksek benlik saygısı, pozitif sosyal beceriler kazandırdığını ve adölesanlarda sık görülen sağlığı olumsuz etkileyen davranışlara katılma riskini azalttığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (140). Ayrıca üniversite öncesi dönemde spora katılımın, daha olumlu bir beden imajı, daha fazla fiziksel yeterlilik algısı, daha esnek cinsiyet rol özellikleri, spordan daha fazla keyif alma ve yüksek benlik saygısı kazandırdığını gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (120).

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1.Araştırmanın Türü, Yeri, Zamanı ve Örneklem Seçimi**

Bu araştırma, yüzyüze görüşme ve anket yöntemiyle yapılan ve risk içermeyen tıbbi bir araştırmadır. Araştırma Mersin ilindeki adölesan sporcu ve sedanter bireylerdeki yeme bozukluğu ve bozuk beden algısı sıklığını belirlemek ve bu problemlere neden olabilecek risk faktörlerini ortaya çıkarmak amacıyla planlandığından tanımlayıcı bir araştırmadır.

Araştırma, Nisan 2017- Aralık 2017 tarihleri arasında, Mersin ilinde yaşayan adölesan dönemdeki (10-19 yaş arası) kız-erkek gönüllü adölesan bireyler üzerinde yürütülmüş, çalışma grubu ve kontrol grubu olmak üzere iki grupta incelenmiştir. Çalışma grubunu adölesan çağda en az 1 yıl lisans sahibi olan sporcular, kontrol grubunu ise adölesan çağda spor yapmayan (sedanter) bireyler oluşturmaktadır. Lisanslı sporcular Mersin ilindeki çeşitli branşlarda faaliyet gösteren spor kulüplerinden veya okul takımlarından alınmıştır. Sedanter adölesanlar ise Mersin ilindeki ortaokul ve liselerden seçilmiştir. Çalışmaya katılan bireylerin sayısı temsil edici bir popülasyon olması açısından güç analizi kullanılarak saptanmış ve çalışma ve kontrol grubundan 219'ar olmak üzere toplam 438 kişi çalışmaya dahil edilmiştir (Ek-1). Daha önce yeme bozukluğu tanısı alanlar çalışmaya dahil edilmemiştir. Araştırmanın etik kurulu onayı (02.03.2017 tarihli, 2017-4/9 sayı numaralı), Acıbadem Üniversitesi Tıbbi Araştırmalar Değerlendirme Kurulu (ATADEK) tarafından alınmıştır (Ek-2).

#### **3.2.Araştırmanın Genel Planı**

Bireylere görüşme sırasında araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile demografik özelliklerini, kronik hastalık varlığını, lisanslı olarak spor yapıp yapmadıklarını, spor yapanların spor yapma sürelerini, müsabakaya katılma durumlarını, antrenman sıklıklarını, vücut görüntüleri ve ağırlıklarıyla ilgili düşüncelerini, tartılma sıklıklarını ve uyku düzenlerini saptamak amacıyla hazırlanmış soruları içeren anket formu doldurulmuştur (Ek-3). Araştırmaya katılan bireyler ile araştırma süresince bir kez görüşülmüş, ancak verilerin analizi sırasında gerekli incelemeler yapılarak saptanan eksiklikler tekrar yüz yüze görüşülerek tamamlanmıştır.

### 3.3.Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi

#### 3.3.1. Kullanılan Ölçekler

Her iki gruptaki bireylerin yeme tutumları ve yeme davranışları Yeme Tutumu Testi -26 (EAT-26) (Ek-4) ve Yeme Bozukluğunu Değerlendirme Ölçeği (EDE-Q) (Ek-5) ile, beden imajı algıları Sosyal Fizik Kaygı Anketi (SPAS) (Ek-6) ile değerlendirilmiştir. Her ölçeğin daha önceden Türkiye koşullarına göre geçerlilik-güvenilirlikleri yapılmıştır (146, 147, 148).

##### 3.3.1.1.Yeme Tutumu Testi -26 (Eating Attitude Test-26)

Yeme Tutumu Testi-26 (EAT-26), hem klinik hem de genel popülasyonda tutum ve davranışsal özelliklerin değerlendirilmesinde kullanılan 26 maddeden oluşan bir ankettir. Garner ve ark. (149) tarafından 1982 de geliştirilmiştir. Diyet yapma, bulimia ve besinle meşguliyet ve oral kontrol olmak üzere 3 alt ölçekten oluşmaktadır (150). Diyet yapma alt ölçeği, diyetsel alımı kısıtlayan, inceliğe takıntılı olan ve yeme ile alakalı rahatsızlıkları olan kişileri tanımlayan öğeleri içermektedir. Bulimia ve besinle meşguliyet alt ölçeği, bireylerin besin ve beslenme ile ilgili düşünceler tarafından ne kadar kontrol edildiklerini tanımlayan ve bulimik davranışlarla meşgul olmayla alakalı maddeleri içermektedir. Oral kontrol alt ölçeği, yüksek düzeyde kontrollü yeme davranışları sergileyen ve kilo alma veya daha fazla yemek yeme baskısı hisseden bireyleri tanımlayan maddeleri içermektedir. Her üç alt ölçeğin de yüksek skorları daha fazla bozulmuş beslenme davranışına işaret etmektedir (151).

Cevaplar 1 (asla)'den 6 (daima)'ya kadar değişen likert ölçeğinden oluşmaktadır. 1'den 3'e kadar olan cevaplar sıfır, 4 cevabı 1, 5 cevabı 2, 6 cevabı 3 olarak skorlanmakta ve toplam puan elde edilmektedir. Yalnızca 25. soruda 1 cevabı 3, 2 cevabı 2, 3 cevabı 1 ve 4-6 arası cevaplar 0 olarak kaydedilmektedir (152). EAT-26 toplam skoru 0 ile 53 arasında değişmektedir (149). 20 puan ve üstündeki skorların bozulmuş yeme davranışını (olumsuz yeme davranışı) gösterdiği kabul edilmektedir (150).

EAT-26, genç kızlar ve sporcular dahil olmak üzere farklı popülasyonlardaki çalışmalarda kabul edilmiştir (153). EAT-26'nın, test tekrar test güvenilirliği 0.84 ve

iç tutarlılığı anoreksiya nervoza grubu için 0.90'dan yüksek olduğu için güvenilirliği uygun bulunmuştur (155).

Testin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması için Türkiye'de Devran (146) tarafından 50 üniversite öğrencisi üzerinde pilot bir uygulama yapılmıştır. İç tutarlılık katsayısı (cronbach's alfa) 0.70, sınıf içi korelasyon katsayısı ise 0.95 olarak bulunmuştur.

### **3.3.1.2. Yeme Bozukluğunu Değerlendirme Ölçeği (Eating Disorder Examination Questionnaire)**

Yeme Bozukluğunu Değerlendirme Ölçeği (EDE-Q) yeme tutum ve davranış psikopatolojisini değerlendiren 28 soruluk, yedili likert ölçeğinden oluşan ve 4 alt ölçeği (kısıtlama, yeme endişesi, beden şekli endişesi ve ağırlık endişesi) içeren bir testtir. Alt ölçekler ve global skor, yeme bozukluğu psikopatolojisinin şiddetini yansıtmaktadır (155).

Beden şekli endişesi ve ağırlık endişesi alt ölçekleri, beden memnuniyetsizliği, bedenle ilgili duyulan rahatsızlık ve beden şeklini ve ağırlığını değiştirme arzusuna odaklanan içeriğe sahiptir (156). Kısıtlama alt ölçeği (aşırı) yemeden kaçınma, besinlerden kaçınma, diyetsel kurallar uygulama, yeme endişesi ise besin, yeme ve kalorilerle meşguliyet, gizli yeme, yedikten sonra suçluluk hissetme gibi kavramları sorgulamaktadır (157). Uygunsuz arınma davranışlarını içeren maddeler; beslenmenin kısıtlanması, kendini kusturma, laksatif kullanımı ve aşırı egzersiz gibi durumların son 28 gün içindeki sıklığını değerlendirmektedir (158).

Yeme bozukluğu davranışlarının sıklığına yönelik öğeler, alt ölçek ve genel ölçek puanına katkıda bulunmamaktadır (159). Katılımcılar  $\geq 4.0$  puan aldıklarında klinik anlamda bozulmuş yeme davranışına sahip olarak sınıflandırılmaktadır (160).

Likert ölçeğinde 0-6 arasında değişen puanlar son 4 hafta boyunca tecrübe edilen spesifik tutum, his ve davranışlara karşılık gelmektedir. Yükselen puanlar yeme bozukluğu patolojisinin büyüklüğüne işaret etmektedir (161).

Yeme Bozukluğunu Değerlendirme Ölçeği, yeme bozukluğu davranışlarını yansıtan soruları içermektedir. Tıkınırcasına yeme davranışı objektif (başkası tarafından aşırı miktarda olarak tanımlanacak biçimde yemek) ve sübjektif (yemek yemeyle ilgili kontrolü kaybetme hissine kapılmak) olmak üzere iki farklı şekilde

sorgulanmıştır. Uyanıkken 8 saat boyunca ya da daha fazla bir süre için bir şey yememe diyetel kısıtlama olarak değerlendirilmiştir. Arınma davranışı olarak “kendini kusturma”, “laksatif istismarı” (beden şeklini veya kiloyu değiştirme amacıyla müshil kullanma) ve “aşırı egzersiz” (kiloyu, beden şeklini ya da yağ miktarını kontrol etmek, kalorileri yakmak amacıyla, “kendini kaybedercesine” ya da “saplantılı” biçimde egzersiz yapmak) gibi durumlar dahil edilmiştir. Tıkınırcasına yeme, kendini kusturma ve laksatif istismarı için >4 kez, diyetel kısıtlama için >13 kez, aşırı egzersiz için >20 kez düzenli görülme durumu olarak kabul edilmiştir (162). Yeme bozukluğunu değerlendirme ölçeğinde bulunan menstrual düzen ile ilgili sorular, adölesan sporcu ve sedanter kızlara sorulmuştur (163).

Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Yücel ve ark (147) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Türkçe uyarlamasında iç tutarlık katsayısı 0.93, test tekrar güvenilirliği ise 0.91 olarak belirtilmiştir. Ölçeğin bu çalışmadaki iç tutarlılık katsayısı 0.85’dir.

### **3.3.1.3. Sosyal Fizik Kaygı Envanteri (Social Physique Anxiety Scale)**

Sosyal Fizik Kaygı Envanteri (SPAS) kişinin vücudunun başkaları ve kendisi tarafından değerlendirilmesi sonucu oluşan algıdan kaynaklanan kaygıyı değerlendirmek için kullanılmaktadır (164). SPAS skorları beden imajı memnuniyetsizliği ve depresyon ile pozitif ilişkilendirilmiştir (165).

Hart ve ark. (166) tarafından geliştirilen ve Türkiye’ye uyarlaması Mülazımoğlu Ballı ve Aşçı (148) tarafından yapılan anket, 12 madde ve iki alt ölçekten oluşmaktadır. Maddeler 5’li likert tipi ölçek kullanılarak cevaplandırılmaktadır. Anketten alınabilecek en düşük puan 20 en yüksek puan 49’dur. Sosyal Fizik Kaygı Envanterinden alınan puan arttıkça, kişinin dış görünüşünden duyduğu kaygı düzeyi artmaktadır. Envanterdeki 1., 2., 5., 8. ve 11. maddeler ters puanlanmaktadır. Faktör 1 altında toplanan 5 madde (1,2,5,8,11. maddeler) fiziksel görünüm rahatlığı (kişinin fiziksel görünümü hakkında rahatsızlık duyması) ve Faktör 2 altında toplanan 7 madde (3, 4, 6, 7, 9, 10, 12. maddeler) ise olumsuz değerlendirilme beklentisi (fiziğinin başkaları tarafından olumsuz değerlendirileceği beklentisi) alt boyutlarını oluşturmaktadır (148).



Sosyal Fizik Kaygı Envanterinin Türkçe formunun test-tekrar test korelasyon katsayısı kızlarda 0.88 ve erkeklerde 0.81 bulunmuş, iç tutarlık katsayısı kızlarda 0.81 ve erkeklerde 0.77 olarak saptanmıştır (148).

### 3.3.2. Antropometrik Ölçümler

Araştırmaya dahil edilen adölesan sporcu ve sedanterlerin ağırlıkları, hafif ve ince kıyafetlerle ve ayakkabısız olarak 0.1 kg'a duyarlı tartı ile ölçülmüştür (167). Adölesanların yaşa göre vücut ağırlığı persentilleri CDC referans değeri ile elde edilmiş (168) ve veriler Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi 2015 yaşa göre vücut ağırlığı persentil sınıflandırmasına göre değerlendirilmiştir (33).

**Tablo 3.3.2.1. TÜBER 5-19 yaşlarındaki çocuklar için yaşa göre vücut ağırlığı persentil sınıflandırması**

Persentiller	Değerlendirmesi
< 3. Persentil	Çok zayıf
≥ 3.- < 15. Persentil	Zayıf
≥ 15.- < 85. Persentil	Normal
≥ 85.- < 97. Persentil	Hafif Kilolu
> 97. Persentil	Obez

Kaynak: TÜBER 2015: Türkiye Beslenme Rehberi. T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1031. Ankara. 2016.

Çalışmaya katılan adölesanların boy uzunlukları, sırt düz bir yüzeye dayalı pozisyonda, başı dik, ayakta ve gözler tam karşıya bakacak şekilde (Frankfurt düzlemi) başın en üst noktası ile ayak tabanları arası mesafe, dayanılan yüzeye yapıştırılmış şekilde standart mezura ile ölçülmüştür (167). Adölesan kızların boy uzunluklarının persentil değerleri WHO AntroPlus programından elde edilmiştir. Veriler Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi 2015 yaşa göre boy persentil sınıflandırmasına göre değerlendirilmiştir (33).

**Tablo 3.3.2.2. TÜBER 5-19 yaşlarındaki çocuklar için yaşa göre boy persentil sınıflandırması**

<b>Persentiller</b>	<b>Değerlendirmesi</b>
< 3. Persentil	Bodur (çok kısa)
≥ 3.- < 15. Persentil	Kısa
≥ 15.- < 85. Persentil	Normal
≥ 85.- < 97. Persentil	Uzun
> 97. Persentil	Çok Uzun

Kaynak: TÜBER 2015: Türkiye Beslenme Rehberi. T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1031. Ankara. 2016.

Araştırmaya dahil edilen adölesanların alınan boy ve ağırlıkları ile hesaplanan Beden Kütle İndeksi (BKİ) değerleri ağırlık (kg)/ boy<sup>2</sup> (m) formülü ile hesaplanmıştır (169). Adölesanların BKİ z-skor değerleri WHO AntroPlus programından elde edilmiş ve DSÖ'nün BKİ z-skor sınıflandırmasına göre değerlendirilmiştir (170).

**Tablo 3.3.2.3. DSÖ'nün 5-19 yaşlarındaki çocuklar için BKİ z-skor sınıflaması**

<b>BKİ Z-Skor</b>	<b>Değerlendirmesi</b>
< -3 SD	Çok zayıf
< -2 SD	Zayıf
> -2 SD - <+1 SD	Normal
>+ 1 SD	Hafif şişman
>+ 2 SD	Obez

Kaynak: World Health Organization, BMI-for-age (5-19 years). Erişim Tarihi: 09.11.17 [http://www.who.int/growthref/who2007\\_bmi\\_for\\_age/en/](http://www.who.int/growthref/who2007_bmi_for_age/en/)

### 3.4.Verilerin İstatistiksel Olarak Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesi, SPSS 19.0 istatistik programı kullanılarak bilgisayar ortamında yapılmıştır. Sayısal değişkenler ortalama, standart sapma (SS), alt ve üst değerler ile kategorik değişkenler ise sayı (n) ve yüzde (%) ile gösterilmiştir. Nitel değişkenlerin karşılaştırılmasında kıkare, nitel iki değişken ile nicel değişkenin arasındaki farklılığın anlamlandırılmasında bağımsız gruplarda t testi ve Krusal Wallis analizi kullanılmıştır. Nicel değişkenlerin arasındaki anlamlı ilişkinin saptanmasında korelasyon analizi yapılmıştır.



## 4. BULGULAR

### 4.1. Katılımcılara Ait Tanımlayıcı Bulgular

Bu çalışma Mersin İlinde adölesan çağıdaki (10-19 yaş grubundaki) toplam 438 öğrenci üzerinde gerçekleştirilmiştir. Sporcu grubunu (n:219) 1 yıldan uzun süredir lisanslı spor yapan öğrenciler, kontrol grubunu ise (n:219) herhangi bir spor veya egzersiz aktivitesine katılmayan sedanter öğrenciler oluşturmaktadır. Çalışmaya katılan bireylerin %50.5'i (n:221) kız, %49.5'i (n:217) erkektir. Sporcu ve sedanter adölesanların cinsiyet dağılımı Tablo 4.1.1.'de gösterilmiştir.

**Tablo 4.1.1. Katılımcıların Cinsiyet Dağılımlarına Ait Bulgular**

Cinsiyet	Sporcular (n:219)		Sedanterler (n:219)		Genel (n:438)	
	n	%	n	%	n	%
<b>Kız</b>	100	45.7	121	55.3	221	50.5
<b>Erkek</b>	119	54.3	98	44.7	217	49.5
<b>Toplam</b>	219	100.0	219	100.0	438	100.0

Çalışmaya katılan tüm bireylerin yaş ortalaması  $15.4 \pm 1.54$  yıl olup, sporcuların yaş ortalaması  $14.9 \pm 1.74$  yıl, kontrol grubunun yaş ortalaması ise  $16.8 \pm 1.47$  yıl olarak bulunmuştur. İki grubun yaş ortalamaları karşılaştırıldığında, sporcu ve sedanterlerin yaş ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği, sporcuların sedanterlere göre yaşlarının daha küçük olduğu saptanmıştır ( $p < 0.05$ ).

**Tablo 4.1.2. Katılımcıların Yaşlarına Ait Bulgular**

Özellik	Sporcular (n:219)		Sedanterler (n:219)		p
	Ortalama $\pm$ SS	Min-Max	Ortalama $\pm$ SS	Min-Max	
<b>Yaş</b>	$14.9 \pm 1.74$	10-19	$16.8 \pm 1.47$	12-19	0.0001*

\* $p < 0.05$

Cinsiyete göre sporcu ve sedanterlerin yaş ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.1.3'de, aynı cinsiyetteki katılımcıların spor yapıp yapmama durumlarına göre yaş ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.1.4'de gösterilmiştir. Sporcu kızların yaş ortalaması  $14.8 \pm 1.84$  yıl, sedanter kızların  $15.8 \pm 1.09$  yıl, sporcu erkeklerin yaş

ortalaması  $15.0 \pm 1.66$  yıl, sedanter erkeklerin  $15.9 \pm 1.22$  yıl olarak hesaplanmıştır. Sporcu kızlar ile sporcu erkeklerin ve sedanter kızlar ile sedanter erkeklerin yaş ortalamaları arasında istatistiksel fark bulunmazken, sporcu kızlarla sedanter kızların ve sporcu erkeklerle sedanter erkeklerin yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). Sporcu kızların sedanter kızlara göre, sporcu erkeklerin sedanter erkeklere göre yaş ortalamalarının önemli derecede daha küçük olduğu saptanmıştır.



**Tablo 4.1.3. Cinsiyete Göre Sporcu ve Sedanterlerde Yaş Ortalamasının Değerlendirilmesi**

		Sporcular (n:219)				Sedanterler (n:219)				
Sporcu Kızlar (n:100)		Sporcu Erkekler (n:119)		p	Sedanter Kızlar (n:121)		Sedanter Erkekler (n:98)		p	
Ort±SS	Min-Max	Ort±SS	Min-Max		Ort±SS	Min-Max	Ort±SS	Min-Max		
Yaş	14.8±1.84	10-18	15.0±1.66	11-19	0.326	15.8±1.09	13-19	15.9±1.22	12-19	0.328

**Tablo 4.1.4 Spor Yapma Durumuna Göre Kız ve Erkek Katılımlarda Yaş Ortalamasının Değerlendirilmesi**

		Kızlar (n:221)				Erkekler (n:217)				
Sporcu Kızlar (n:100)		Sedanter Kızlar (n:121)		p	Sporcu Erkekler (n:119)		Sedanter Erkekler (n:98)		p	
Ort±SS	Min-Max	Ort±SS	Min-Max		Ort±SS	Min-Max	Ort±SS	Min-Max		
Yaş	14.8±1.84	10-18	15.8±1.09	13-19	0.0001*	15.0±1.66	11-19	15.9±1.22	12-19	0.0001*

\*p&lt;0.05

Sporcuların %6.4'ünün (n:14), sedanterlerin %9.6'sının (n:21) katılımcıların toplamda %8.0'inin (n:35) kronik hastalığı bulunmaktadır. Kronik hastalık türlerinin sporcu ve sedanter katılımcılar arasındaki dağılımı Tablo 4.1.5'te gösterilmiştir.

**Tablo 4.1.5. Katılımcıların Kronik Hastalık Durumlarına Ait Bulgular**

Hastalık Grubu	Sporcular (n:14)		Sedanterler (n:21)		Genel (n:35)	
	n	%	n	%	n	%
Sindirim Sistemi Hastalıkları	3	21.4	2	9.5	5	14.3
Kardiyovasküler Hastalıklar	5	35.7	3	14.3	8	22.9
Sinir Sistemi Hastalıkları	1	7.1	3	14.3	4	11.4
Hematolojik Hastalıkları	1	7.1	1	4.8	2	5.7
Endokrin Hastalıklar	2	14.3	8	38.1	10	28.6
Solunum Sistemi Hastalıkları	2	14.3	5	23.8	7	20.0

Sporcuların %3.2'si (n:7), sedanterlerin %6.4'ü (n:14) olmak üzere tüm katılımcıların %4.8'i (n:21) düzenli olarak ilaç kullanmaktadır. Kullanılan ilaçların türleri ve sporcu ve sedanter katılımcılar arasındaki dağılımı Tablo 4.1.6'da gösterilmiştir.

**Tablo 4.1.6. Katılımcıların İlaç Kullanımlarına Ait Bulgular**

İlaç Grubu	Sporcular (n:7)		Sedanterler (n:14)		Genel (n:21)	
	n	%	n	%	n	%
Antidepresanlar	1	14.3	3	21.4	4	19.0
Dermatolojik İlaçlar	0	0	3	21.4	3	14.3
Kardiyolojik İlaçlar	1	14.3	2	14.3	3	14.3
Endokrin Sistem İlaçları	0	0	5	35.7	5	23.8
Nörolojik İlaçlar	3	42.9	1	7.1	4	19.0
Sindirim Sistemi Hastalıkları	1	14.3	0	0	1	4.8
Hematolojik İlaçlar	1	14.3	0	0	1	4.8
Solunum Sistemi İlaçları	2	28.6	5	35.7	7	33.3

## 4.2.Sporla İlişkili Bulgular

Sporcuların (n:219) %15.0'i (n:33) futbol, %12.4'ü (n:27) taekwondo, %11.0'i (n:24) basketbol, %11.0'i (n:24) tenis, %8.2'si (n:18) sprint, %8.2'si (n:18) eskrim, %7.8'i (n:17) boks, %5.4'ü (n:12) karate, %5.0'i (n:11) yüzme, %4.2'si (n:9) cirit atma, %2.2'si (n:5) hentbol, %2.2'si (n:5) uzun atlama, %1.8'i (n:4) orta mesafe koşu, %1.8'i (n:4) disk atma, %1.4'ü (n:3) yüksek atlama, %1.4'ü badminton (n:3), %1.0'i (n:2) gülle atma sporunu yapmakta ve hepsi alanlarında en az 1 yıldır müsabakalara katılmaktadır. Lisanslı olarak spor yapma süreleri ortalama  $3.5\pm 2.10$  yıl, müsabakalara katılma süreleri ortalama  $2.5\pm 1.72$  yıldır. Antrenman süreleri haftalık ortalama  $9.2\pm 5.06$  saat, günlük ortalama  $122.3\pm 39.17$  dakikadır. Sporcular yaptıkları spor tipine göre dayanıklılık, dövüş, takım ve kuvvet sporları olmak üzere 4 gruba ayrılıp incelenmiştir. Takım sporlarını futbol, basketbol, hentbol; dövüş sporlarını taekwondo, karate, boks, eskrim; dayanıklılık sporlarını yüzme, tenis, badminton, orta mesafe koşu; kuvvet sporlarını da cirit atma, disk atma, gülle atma, sprint, yüksek atlama, uzun atlama branşları oluşturmaktadır.

**Tablo 4.2.1.Spor Türlerine Ait Bulgular**

<b>Spor Türü</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Dayanıklılık Sporları</b>	<b>42</b>	<b>19.2</b>
Tenis	24	11.0
Yüzme	11	5.0
Badminton	3	1.4
Orta mesafe koşu	4	1.8
<b>Kuvvet Sporları</b>	<b>41</b>	<b>18.8</b>
Cirit/Disk/Gülle atma	15	7.0
Sprint	18	8.2
Yüksek atlama	3	1.4
Uzun atlama	5	2.2
<b>Dövüş Sporları</b>	<b>74</b>	<b>33.8</b>
Taekwondo	27	12.4
Karate	12	5.4
Boks	17	7.8
Eskrim	18	8.2
<b>Takım sporları</b>	<b>62</b>	<b>28.2</b>
Futbol	33	15.0
Basketbol	24	11.0
Hentbol	5	2.2
<b>Toplam</b>	<b>219</b>	<b>100.0</b>



**Tablo 4.2.2.Sporcuların Sportif Hayatlarına Ait Bulgular**

	<b>Ort ± SS</b>	<b>Min-Max</b>
<b>Spor Yapma Süresi (yıl)</b>	3.5±2.10	1-11
<b>Müsabakalara Katılma Süresi (yıl)</b>	2.5±1.72	1-10
<b>Haftalık Antrenman Süresi (saat)</b>	9.2±5.06	2-28
<b>Günlük Antrenman Süresi (dakika)</b>	122.3±39.17	60-240

### 4.3.Katılımcıların Antropometrik Ölçümlerine Ait Bulgular

Çalışmaya katılan bireylerin antropometrik ölçümleri değerlendirilmiş ve bu değerler Tablo 4.3.1’de gösterilmiştir. Tüm adölesanların vücut ağırlıklarının ortalaması 59.6±12.91 kg, sporcuların 58.4±13.48 kg ve sedanterlerin 60.8±12.22 kg’dır. Bütün bireylerin boy ortalaması 168.4±9.40 cm iken sporcu ve sporcu olmayan grupların boy ortalaması sırasıyla 168.0±10.63 cm ile 168.7±8.00 cm’dir. Tüm adölesanların BKİ ortalaması 20.9±3.49 kg/m<sup>2</sup>, sporcuların 20.4±3.20 kg/m<sup>2</sup>, sedanterlerinki ortalama 21.3±3.71 kg/m<sup>2</sup> olarak hesaplanmıştır. Sporcuların sedanterlere göre BKİ ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı şekilde düşüken (p<0.05), vücut ağırlığı ve boy uzunluğu ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0.05).

**Tablo 4.3.1.Katılımcıların Ağırlık, Boy, Beden Kütle İndekslerine Ait Bulgular**

	<b>Sporcular (n:219)</b>		<b>Sedanterler (n:219)</b>		<b>Genel (n:438)</b>	
	<b>Ort ± SS</b>	<b>Min-Max</b>	<b>Ort ± SS</b>	<b>Min-Max</b>	<b>Ort ± SS</b>	<b>P</b>
<b>Ağırlık (kg)</b>	58.4±13.48	31.1-97.7	60.8±12.22	38.4-110	59.6±12.91	0.053
<b>Boy (cm)</b>	168.0±10.63	136-193	168.7±8.00	150-188	168.4±9.40	0.471
<b>BKİ (kg/m<sup>2</sup>)</b>	20.4±3.20	14.8-30.8	21.3±3.71	14.8-32.9	20.9±3.49	0.012*

\*p<0.05

Sporcu kızlar ve sedanter kızların ağırlıkları sırasıyla  $52.7 \pm 8.90$  kg ve  $56.6 \pm 9.46$  kg, boy uzunlukları sırasıyla  $163.2 \pm 6.36$  cm ve  $164.2 \pm 5.69$  cm ve BKİ'leri sırasıyla  $19.7 \pm 2.83$  kg/m<sup>2</sup> ve  $20.9 \pm 3.49$  kg/m<sup>2</sup> olarak belirlenmiştir ve sporcu kızların sedanter kızlara göre ağırlıklarının ve BKİ'lerinin önemli şekilde daha düşük olduğu görülmüştür ( $p < 0.05$ ). Boy uzunluğu açısından ise iki grup arasında istatistiksel fark saptanmamıştır ( $p > 0.05$ ).

Sporcu erkekler ve sedanter erkeklerin ağırlıkları sırasıyla  $63.2 \pm 14.78$  kg ve  $65.9 \pm 13.26$  kg, boy uzunlukları sırasıyla  $172.1 \pm 11.77$  cm ve  $174.2 \pm 6.92$  cm ve BKİ'leri sırasıyla  $21.0 \pm 3.37$  kg/m<sup>2</sup> ve  $21.7 \pm 3.95$  kg/m<sup>2</sup> olarak belirlenmiştir. Sporcu erkeklerle sedanter erkekler arasında ağırlık, boy uzunluğu ve BKİ açısından önemli farklılık bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ).

**Tablo 4.3.2. Spor Yapma Durumlarına Göre Kız ve Erkek Katılımların Antropometrik Ölçülerinin Değerlendirilmesi**

	Kızlar (n:221)					Erkekler (n:217)				
	Sporcu Kızlar		Sedanter Kızlar		p	Sporcu Erkekler		Sedanter Erkekler		p
	(n:100)	(n:121)	(n:100)	(n:121)		(n:119)	(n:98)			
	Ort-SS	Min-Max	Ort-SS	Min-Max		Ort-SS	Min-Max	Ort-SS	Min-Max	
<b>Ağırlık (kg)</b>	52.7±8.90	36.2-84.4	56.6±9.46	38.4-85.5	0.002*	63.2±14.78	31.1-97.7	65.9±13.26	40.4-110.0	0.153
<b>Boy(cm)</b>	163.2±6.36	145-180	164.2±5.69	150-179	0.224	172.1±11.77	136-193	174.2±6.92	150-188	0.116
<b>BKİ (kg/m<sup>2</sup>)</b>	19.7±2.83	14.8-30.5	20.9±3.49	15.7-32.9	0.003*	21.0±3.37	14.9-30.8	21.7±3.95	14.8-32.8	0.237

\*p<0.05

Katılımcıların yaşa göre ağırlık persentilleri incelendiğinde (Tablo 4.3.3) tüm bireylerin %68.9'unun (n:302) yaşa göre ağırlığı normal sınırlarda iken, %18.8'inin (n:82) hafif kilolu, %5.9'unun (n:26) zayıf, %4.3'ünün (n:19) obez, %2.1'inin (n:9) çok zayıf olduğu belirlenmiştir. Sporcuların %70.3'ünün (n:154) normal, %17.4'ünün (n:38) hafif kilolu, %5.9'unun (n:13) obez, %5.9'unun (n:13) zayıf, %0.5'inin (n:1) çok zayıf; sedanterlerin ise %67.6'sının (n:148) normal, %20.1'inin (n:44) hafif kilolu, %5.9'unun (n:13) zayıf, %3.7'sinin (n:8) çok zayıf, ve %2.7'sinin (n:6) obez olduğu belirlenmiştir.

Yaşa göre boy persentilleri incelendiğinde (Tablo 4.3.4) tüm bireylerin %68.7'sinin (n:301) normal boy uzunluğuna sahipken, %19.9'unun (n:87) uzun, %7.8'inin (n:34) çok uzun, %2.7'sinin (n:12) kısa, %0.9'unun (n:4) bodur (çok kısa) olduğu belirlenmiştir. Sporcuların %64.8'inin (n:142) normal, %22.4'ünün (n:49) uzun, %10.5'inin (n:23) çok uzun, %0.9'unun (n:2) kısa, %1.4'ünün (n:3) bodur, sedanterlerin ise %72.6'sının (n:159) normal, %17.4'ünün (n:38) uzun, %5.0'inin (n:11) çok uzun, %4.5'inin (n:10) kısa, %0.5'inin (n:1) bodur olduğu belirlenmiştir.

Yaşa göre BKİ Z Skor incelendiğinde (Tablo 4.3.5) tüm bireylerin %77.4'ünün (n:339) normal, %14.6'sının (n:64) hafif şişman, %5.7'sinin (n:25) obez, %2.3'ünün (n:10) zayıf; sporcuların %79.5'inin (n:174) normal, %13.2'sinin (n:29) hafif şişman, %6.4'ünün (n:14) obez, %0.9'unun (n:2) zayıf, sedanterlerin %75.3'ünün (n:165) normal, %16.0'sının (n:35) hafif şişman, %5.0'inin (n:11) obez, %3.7'sinin (n:8) zayıf olduğu belirlenmiştir. Her iki grupta da çok zayıf sınıflandırmasına giren adölesan bulunmamaktadır.

**Tablo 4.3.3. Katılımcıların Yaşa Göre Vücut Ağırlığı Percentil Sınıflandırması**

	Sporcular (n:219)		Sedanterler (n:219)		Genel (n:438)	
	n	%	n	%	n	%
Çok zayıf (< 3.percentil)	1	0.5	8	3.7	9	2.1
Zayıf ( $\geq 3$ .- < 15. percentil)	13	5.9	13	5.9	26	5.9
Normal ( $\geq 15$ .- < 85. percentil)	154	70.3	148	67.6	302	68.9
Hafif şişman ( $\geq 85$ .- < 97. percentil)	38	17.4	44	20.1	82	18.8
Obez (> 97. percentil)	13	5.9	6	2.7	19	4.3

**Tablo 4.3.4. Katılımcıların Yaşa Göre Boy Percentil Sınıflandırması**

	Sporcular (n:219)		Sedanterler (n:219)		Genel (n:438)	
	n	%	n	%	n	%
Bodur (<3.percentil)	3	1.4	1	0.5	4	0.9
Kısa ( $\geq 3$ .- < 15. percentil)	2	0.9	10	4.5	12	2.7
Normal ( $\geq 15$ .- < 85. percentil)	142	64.8	159	72.6	301	68.7
Uzun ( $\geq 85$ .- < 97. percentil)	49	22.4	38	17.4	87	19.9
Çok Uzun (> 97. percentil)	23	10.5	11	5.0	34	7.8

**Tablo 4.3.5. Katılımcıların Yaşa göre BKİ Z Skor Sınıflandırılması**

	Sporcular (n:219)		Sedanterler (n:219)		Genel (n:438)	
	n	%	n	%	n	%
Çok zayıf (< -3SD)	0	0	0	0	0	0
Zayıf (< -2SD)	2	0.9	8	3.7	10	2.3
Normal ( -2SD/+1SD)	174	79.5	165	75.3	339	77.4
Hafif Kilolu (> +1SD)	29	13.2	35	16.0	64	14.6
Obez (> +2SD)	14	6.4	11	5.0	25	5.7

#### 4.4.Vücut Ağırlığı ve Görüntüsüyle İlgili Bulgular

Katılımcıların %47.9'u (n:210) ağırlık kaybetmek, %23.5'i (n:103) ağırlık kazanmak isterken, %28.6'sı (n:125) ise ağırlığını değiştirmek istememektedir. Sporculardan %44.3'ü (n:97) ağırlık kaybetmek istediğini, %21.5'i (n:47) ağırlık kazanmak istediğini belirtmiştir. Sedanterlerde ise %51.6'sı (n:113), ağırlık kaybetmek istediğini, %25.6'sı (n:56) ağırlık kazanmak istediğini söylemiştir. Sporcu ve sedanterlerde ağırlık kaybetmek ve ağırlık kazanmak isteyen kişi sayısı arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Sporcuların %34.2'sinin (n:75), sedanterlerin ise %22.8'inin (n:50) ağırlığını değiştirmek istemediği saptanmıştır. Sporcularda sedanterlere göre ağırlığını değiştirmek istemeyen kişi sayısı istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha fazladır ( $p<0.05$ ).

**Tablo 4.4.1. Katılımcıların Ağırlık Kaybetme/Kazanma İsteklerine Ait Bulgular**

	Sporcular		Sedanterler		Genel		p
	(n:219)		(n:219)		(n:438)		
	n	%	n	%	n	%	
<b>Ağırlık kaybetmek isteyenler</b>	97	44.3	113	51.6	210	47.9	0.151
<b>Ağırlık kazanmak isteyenler</b>	47	21.5	56	25.6	103	23.5	0.367
<b>Ağırlığını değiştirmek istemeyenler</b>	75	34.2	50	22.8	125	28.6	0.008*
<b>Toplam</b>	219	100.0	219	100.0	438	100.0	

\* $p<0.05$

Tablo 4.4.2.'de spor yapma durumuna göre, Tablo 4.4.3'de cinsiyete göre katılımcılar içindeki ağırlık kaybetme/kazanma isteyen kişi sayıları değerlendirilmiştir. Sporcu kızların %59.0'u (n:59), sedanter kızların %65.3'ü (n:79), sporcu erkeklerin %31.9'u (n:38), sedanter erkeklerin %34.7'si (n:34) ağırlık kaybetmek istediğini bildirmiştir. Sporcu kızların %9.0'u (n:9), sedanter kızların %14.9'u (n:18), sporcu erkeklerin %31.9'u (n:38), sedanter erkeklerin %38.8'i (n:38)

ağırlık kazanmak istediğini bildirmiştir. Sporcu kızların %32.0'si (n:32), sedanter kızların %19.8'i (n:24), sporcu erkeklerin %36.2'si (n:43), sedanter erkeklerin %26.5'i (n:26) ağırlığını değiştirmek istemediğini bildirmiştir. Sporcu erkekler ile sedanter erkekler ve sporcu kızlar ile sedanter kızlar arasında ağırlık kaybetmek ve kazanmak isteyen kişi sayısı bakımından istatistiksel olarak fark yoktur ( $p>0.05$ ). Sporcu kızlarda sedanter kızlara göre ağırlığını değiştirmek istemeyen kişi sayısı anlamlı şekilde daha fazladır ( $p<0.05$ ). Öte yandan sporcu ve sedanterler cinsiyete göre değerlendirildiğinde, sporcu kızlarda sporcu erkeklere göre, sedanter kızlarda sedanter erkeklere göre ağırlık kaybetmek ve kazanmak isteyen kişi sayısının istatistiksel olarak anlamlı şekilde fazla olduğu görülmüştür ( $p<0.05$ ).

**Tablo 4.4.2. Kız ve Erkek Katılımcıların Spor Yapma Durumuna Göre Ağırlık Kaybetme/Kazanma İsteklerinin Değerlendirilmesi**

	Kızlar (n:221)						Erkekler (n:217)					
	Sporcu Kızlar (n:100)			Sedanter Kızlar (n:121)			Sporcu Erkekler (n:119)			Sedanter Erkekler (n:98)		
	n	%	p	n	%	p	n	%	p	n	%	p
Ağırlık kaybetmek isteyenler	59	59.0	0.403	79	65.3	0.403	38	31.9	0.403	34	34.7	0.772
Ağırlık kazanmak isteyenler	9	9.0	0.219	18	14.9	0.219	38	31.9	0.219	38	38.8	0.319
Ağırlığını değiştirmek istemeyenler	32	32.0	0.038*	24	19.8	0.038*	43	36.2	0.038*	26	26.5	0.131
<b>Toplam</b>	100	100.0		121	100.0		119	100.0		98	100.0	

\*p<0.05

**Tablo 4.4.3. Cinsiyete Göre Sporcu ve Sedanterlerin Ağırlık Kaybetme/Kazanma İsteklerinin Değerlendirilmesi**

	Sporcular (n:219)						Sedanterler (n:219)					
	Sporcu Kızlar (n:100)			Sporcu Erkekler (n:119)			Sedanter Kızlar (n:121)			Sedanter Erkekler (n:98)		
	n	%	p	n	%	p	n	%	p	n	%	p
Ağırlık kaybetmek isteyenler	59	59.0	0.0001*	38	31.9	0.0001*	79	65.3	0.0001*	34	34.7	0.0001*
Ağırlık kazanmak isteyenler	9	9.0	0.0001*	38	31.9	0.0001*	18	14.9	0.0001*	38	38.8	0.0001*
Ağırlığını değiştirmek istemeyenler	32	32.0	0.521	43	36.2	0.521	24	19.8	0.521	26	26.5	0.240
<b>Toplam</b>	100	100.0		119	100.0		121	100.0		98	100.0	

\*p<0.05



Ağırlık kaybetmek isteyen katılımcılar içinde; kaybetmek istenen ağırlığın genel ortalaması 6.8±4.13 kg olup, bu ağırlık ortalaması sporcularda 5.7±3.42 kg, sedanterlerde 7.7±4.45 kg olarak belirlenmiştir. Sedanterlerin kaybetmek istediği ağırlık ortalamasının sporculara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha fazla olduğu saptanmıştır (p<0.05).

Tüm katılımcılarda kazanmak istenen ortalama ağırlık 6.3±3.46 kg, sporcularda 5.3±2.68 kg, sedanterlerde 7.1±3.85 kg olarak belirlenmiştir. Sedanterlerin kazanmak istediği ağırlık ortalamasının sporculara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha fazla olduğu saptanmıştır (p<0.05).

**Tablo 4.4.4. Katılımcıların Kazanmak/Kaybetmek İstedikleri Ağırlık Ortalamaları**

Özellik	Sporcular (n:97)		Sedanterler (n:113)		Genel (n:210)	p
	Ort ± SS	Min-Max	Ort ± SS	Min-Max	Ort ± SS	
<b>Kaybetmek istenen ağırlık (kg)</b>	5.7±3.42	1-20	7.7±4.45	2-25	6.8±4.13	0.010*
Kazanmak istenen ağırlık (kg)	Sporcular (n:47)		Sedanterler (n:56)		Genel (n:103)	p
	Ort ± SS	Min-Max	Ort ± SS	Min-Max	Ort ± SS	
<b>Kazanmak istenen ağırlık (kg)</b>	5.3±2.68	1-12	7.1±3.85	2-20	6.3±3.46	0.0001*

\*p<0.05

Ağırlık kaybetmek istediğini belirtenler incelendiğinde sporcu kızların 5.2±3.51 kg, sedanter kızların 7.4±4.15 kg, sporcu erkeklerin 6.4±3.18 kg ve sedanter erkeklerin 8.5±5.05 kg ağırlık kaybetmek istediği saptanmıştır. Ağırlık kazanmak istediğini bildiren sporcu kızların 4.4±2.00 kg, sedanter kızların 5.6±2.64 kg, sporcu erkeklerin 5.5±2.49 kg ve sedanter erkeklerin 7.8±4.14 kg ağırlık kazanmak istedikleri saptanmıştır. Sedanter kızların sporcu kızlara göre kaybetmek istedikleri ağırlık ortalaması istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir (p<0.05). Kazanmak istenen ağırlık ortalaması açısından ise sedanter kızlar ile sporcu kızlar arasında istatistiksel olarak fark yoktur.

Sedanter erkeklerin ise sporcu erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek miktarda ağırlık kaybetmek ve kazanmak istedikleri görülmüştür ( $p<0.05$ ). Sporcular ve sedanterler cinsiyete göre incelendiklerinde ise sporcu kızlar ile sporcu erkekler ve sedanter kızlar ile sedanter erkekler arasında kazanmak istenen ağırlık ortalaması açısından istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmamıştır. Kazanmak istenen ağırlık açısından sporcu kızlar ile sporcu erkekler arasında fark yokken ( $p>0.05$ ), sedanter erkeklerin sedanter kızlara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek ortalama ağırlık kazanmak istedikleri saptanmıştır ( $p<0.05$ ).



**Tablo 4.4.5. Kız ve Erkek Katılımcıların Spor Yapma Durumuna Göre Kaybetmek İstedikleri Ağırlık Ortalamaları**

		Kızlar (n:138)				Erkekler (n:72)			
		Sporcu Kızlar (n:59)		Sedanter Kızlar (n:79)		Sporcu Erkekler (n:38)		Sedanter Erkekler (n:34)	
		Ort-SS	Min-Max	Ort-SS	Min-Max	Ort-SS	Min-Max	Ort-SS	Min-Max
<b>Kaybetmek istenen ağırlık (kg)</b>		5.2±3.51	1-20	7.4±4.15	2-20	6.4±3.18	1-14	8.5±5.05	2-25

\*p<0.05

**Tablo 4.4.6. Kız ve Erkek Katılımcıların Spor Yapma Durumuna Göre Kazanmak İstedikleri Ağırlık Ortalamaları**

		Kızlar (n:27)				Erkekler (n:76)			
		Sporcu Kızlar (n:9)		Sedanter Kızlar (n:18)		Sporcu Erkekler (n:38)		Sedanter Erkekler (n:38)	
		Ort-SS	Min-Max	Ort-SS	Min-Max	Ort-SS	Min-Max	Ort-SS	Min-Max
<b>Kazanmak istenen ağırlık (kg)</b>		4.4±2.00	2-9	5.6±2.64	2-10	5.5±2.49	1-12	7.8±4.14	2-20

\*p<0.05

**Tablo 4.4.7. Cinsiyete Göre Sporcular ve Sedanterlerin Kaybetmek İstedikleri Ağırlık Ortalamaları**

	Sporcular (n:97)				Sedanterler (n:113)					
	Sporcu Kızlar	Sporcu Erkekler	p	Sedanter Kızlar	Sedanter Erkekler	p				
	(n:59)	(n:38)		(n:79)	(n:34)					
	Ort-SS	Min-Max	Ort-SS	Min-Max	Ort-SS	Min-Max	Ort-SS	Min-Max		
<b>Kaybetmek istenen ağırlık (kg)</b>	5.2±3.51	1-20	6.4±3.18	1-14	0.089	7.4±4.15	2-20	8.5±5.05	2-25	0.229

**Tablo 4.4.8. Cinsiyete Göre Sporcular ve Sedanterlerin Kazanmak İstedikleri Ağırlık Ortalamaları**

	Sporcular (n:47)				Sedanterler (n:56)					
	Sporcu Kızlar	Sporcu Erkekler	p	Sedanter Kızlar	Sedanter Erkekler	p				
	(n:9)	(n:38)		(n:18)	(n:38)					
	Ort-SS	Min-Max	Ort-SS	Min-Max	Ort-SS	Min-Max	Ort-SS	Min-Max		
<b>Kazanmak istenen ağırlık (kg)</b>	4.4±2.00	2-9	5.5±2.49	1-12	0.269	5.6±2.64	2-10	7.8±4.14	2-20	0.038*

\*p<0.05

Tüm katılımcıların %27.2'si (n:119), sporcuların %26.5'i (n:58) ve sedanterlerin %27.9'u (n:61) kilo vermeleri gerektiğini söyleyen bir kişi olduğunu bildirmiştir. Katılımcılara kilo vermesini söyleyen kişilerin dağılımı Tablo.4.4.9'da gösterilmiştir.

**Tablo 4.4.9. Katılımcılara Kilo Vermesini Söyleyen Kişilerin Dağılımı**

	Sporcular (n:58)		Sedanterler (n:61)		Genel (n:119)	
	n	%	n	%	n	%
<b>Herkes</b>	11	19.0	13	21.3	24	20.2
<b>Arkadaşlar</b>	5	8.6	13	21.3	18	15.1
<b>Aile</b>	15	25.9	28	45.9	43	36.1
<b>Antrenör</b>	27	46.5	0	0	27	22.7
<b>Doktor</b>	0	0	5	8.2	5	4.2
<b>Öğretmen</b>	0	0	2	3.3	2	1.7
<b>Toplam</b>	58	100.0	61	100.0	119	100.0

Tüm katılımcıların %25.3'ü (n:111), sporcuların %26.0'sı (n:57) ve sedanterlerin %24.7'si (n:54) kilo almasını söyleyenlerin olduğunu bildirmiştir. Katılımcılara kilo almasını söyleyen kişilerin dağılımı Tablo 4.4.10'da gösterilmiştir.

**Tablo 4.4.10. Katılımcılara Kilo Almasını Söyleyen Kişilerin Dağılımı**

	Sporcular (n:57)		Sedanterler (n:54)		Genel (n:111)	
	n	%	n	%	n	%
<b>Herkes</b>	13	22.8	22	40.7	35	31.5
<b>Arkadaşlar</b>	4	7.0	8	14.8	12	10.8
<b>Aile</b>	32	56.1	23	42.6	55	49.6
<b>Antrenör</b>	6	10.5	0	0	6	5.4
<b>Doktor</b>	1	1.8	0	0	1	0.9
<b>Öğretmen</b>	1	1.8	1	1.9	2	1.8
<b>Toplam</b>	57	100.0	54	100.0	111	100.0

Katılımcıların %81.3'ü (n:356) son 12 ayda ağırlıklarının değiştiğini bildirmiştir. Katılımcıların %63.0'ünün (n:276) ağırlığı artmış, %18.3'ünün (n:80) azalmış, %18.7'inin (n:82) ise değişmemiştir. Sporcu ve sedanterler ayrı ayrı incelendiklerinde, sporcuların %83.1'i (n:182), sedanterlerin %79.5'i (n:174) ağırlıklarının değiştiğini bildirmiştir. Sporcuların %66.7'si (n:146) ağırlığının arttığını, %16.4'ü (n:36) ağırlığının azaldığını bildirmiştir. Sedanterlerin ise %59.4'ü (n:130) ağırlığının arttığını, %20.1'i (n:44) ağırlığının azaldığını bildirmiştir. Ağırlığın artması ve azalması açısından iki grup arasında fark yoktur ( $p>0.05$ ). Katılımcıların %18.7'sinin (n:82) (sporcu katılımcıların %16.9'unun, sedanter katılımcıların %20.5'inin) ağırlığının değişmediği saptanmış ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.4.11. Katılımcıların Son 12 Aydaki Ağırlık Değişimine Ait Bulgular**

	Sporcular (n:219)		Sedanterler (n:219)		Genel (n:438)		p
	n	%	n	%	n	%	
<b>Ağırlığı Artanlar</b>	146	66.7	130	59.4	276	63.0	0.113
<b>Ağırlığı Azalanlar</b>	36	16.4	44	20.1	80	18.3	0.409
<b>Ağırlığı Değişmeyenler</b>	37	16.9	45	20.5	82	18.7	0.327
<b>Toplam</b>	219	100.0	219	100.0	438	100.0	

\* $p<0.05$

Genel olarak bakıldığında tüm katılımcıların kaybettiği ağırlığın ortalaması  $4.8\pm 3.67$  kg, kazanılan ağırlığın ortalaması  $4.6\pm 3.02$  kg olarak belirlenmiştir. Son 12 ayda sporcuların ortalama  $4.4\pm 2.97$  kg, sedanterlerin ortalama  $4.8\pm 3.07$  kg ağırlık kazandıkları belirlenmiş ve son 12 ayda kazanılan ağırlık ortalamaları açısından iki grup arasında fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Son 12 ayda sporcuların ortalama  $4.3\pm 3.25$  kg, sedanterlerin ortalama  $5.2\pm 3.97$  kg ağırlık kaybettikleri belirlenmiş ve son 12 ayda kaybedilen ağırlık ortalamaları açısından iki grup arasında fark saptanmamıştır

( $p>0.05$ ). Katılımcıların son 12 ayda kaybettikleri/kazandıkları ağırlıklara ait bulgular Tablo 4.4.12.'de gösterilmektedir.

**Tablo 4.4.12. Ağırlığı Değişen Katılımcıların Son 12 Ayda Kaybettikleri/Kazandıkları Ağırlık Ortalamalarına Ait Bulgular**

	Sporcular (n:182)		Sedanterler (n:174)		Genel (n:356)		p
	Ort ± SS	Min-Max	Ort ± SS	Min-Max	Ort ± SS		
<b>Son 12 ayda;</b>							
<b>Kaybedilen ağırlık (kg)</b>	4.3±3.25	1-15	5.2±3.97	1-18	4.8±3.67		0.244
<b>Kazanılan ağırlık (kg)</b>	4.4±2.97	1-20	4.8±3.07	1-23	4.6±3.02		0.321

Tüm katılımcıların %62.3'ü (n:273), sporcuların %73.5'i (n:161), sedanterlerin ise %51.1'i (n:112) vücut görüntüsünden memnun olduklarını belirtirken, tüm katılımcıların %37.7'si (n:165), sporcuların %26.5'i (n:58), sedanterlerin %48.9'u (n:107) vücut görüntüsünden memnun olmadıklarını iletmişlerdir. Vücut görüntüsünden memnun olma açısından sporcularla sedanterler arasında anlamlı farklılık vardır ( $p<0.05$ ). Sporcuların sedanterlere göre vücut görüntülerinden daha memnun oldukları görülmektedir.

**Tablo 4.4.13. Katılımcıların Vücut Görüntülerinden Memnun Olma Durumu**

	Sporcular (n:219)		Sedanterler (n:219)		Genel (n:438)		p
	n	%	n	%	n	%	
<b>Vücut görüntüsünden,</b>							
<b>Memnun olanlar</b>	161	73.5	112	51.1	273	62.3	0.0001*
<b>Memnun olmayanlar</b>	58	26.5	107	48.9	165	37.7	

\* $p<0.05$

Tüm katılımcıların %31.7'si (n:139), sporcuların %31.1'i (n:68), sedanterlerin %32.4'ü (n:71) şu an ağırlık kaybetme çabası içinde olduklarını bildirmişlerdir. Sporcularla sedanterler arasında ağırlık kaybetmeye çalışma durumu açısından istatistiksel olarak fark yoktur ( $p>0.05$ ). Sporcuların ve sedanterlerin ağırlık kaybetmek için kullandıkları yöntemler Tablo 4.4.14'de gösterilmiştir.

**Tablo 4.4.14. Katılımcıların Ağırlık Kaybetmek İçin Kullandıkları Yöntemler**

Ağırlık Kaybetme Yöntemi	Sporcular (n:68)		Sedanterler (n:71)		Genel (n:139)	
	n	%	n	%	n	%
Daha fazla egzersiz yapmak	43	63.2	40	56.3	83	59.7
Az yemek	30	44.1	37	52.1	67	48.2
Daha çok su içmek	18	26.5	35	49.3	53	38.1
Tatlı yemeyi azaltmak/kesmek	18	26.5	26	36.6	44	31.6
Karbonhidratlı yiyecekleri azaltmak/kesmek	8	11.8	21	29.6	29	20.9
Öğün atlamak	6	8.8	6	8.5	12	8.6
Düzenli beslenme	1	1.5	1	1.4	2	1.4
Diyet hâpi kullanmak	0	0	1	1.4	1	0.7

Tüm katılımcıların %48.2'si (n:211) ayda 1 kez, %21.7'si (n:95) haftada 1 kez, %11.4'ü (n:50) ayda 2-3 kez, %8.2'si (n:36) günde 1 kez, %6.4'ü (n:28) haftada 2 kez, %1.8'i (n:8) yılda 1 kez, %1.6'sı (n:7) günde 2-4 kez, %0.7'si (n:3) ayda 5-6 kez tartıldığını bildirmiştir. Tartılmanın sporcu ve sedanterlerdeki sıklığı Tablo 4.4.15'de gösterilmiştir.

**Tablo 4.4.15. Katılımcıların Tartılma Sıklığı**

Tartılma Sıklığı	Sporcular (n:219)		Sedanterler (n:219)		Genel (n:438)	
	n	%	n	%	n	%
Günde 2-4 kez	7	3.2	0	0	7	1.6
Günde 1 kez	23	10.5	13	5.9	36	8.2
Haftada 2 kez	16	7.3	12	5.5	28	6.4
Ayda 5-6 kez	2	0.9	1	0.5	3	0.7
Haftada 1 kez	58	26.5	37	16.9	95	21.7
Ayda 2-3 kez	21	9.6	29	13.2	50	11.4
Ayda 1 kez	89	40.6	122	55.7	211	48.2
Yılda 1 kez	3	1.4	5	2.3	8	1.8
<b>Toplam</b>	<b>219</b>	<b>100.0</b>	<b>219</b>	<b>100.0</b>	<b>438</b>	<b>100.0</b>

Katılımcıların tartılma sıklığının sınıflandırılması, Yeme Bozukluğunu Değerlendirme Ölçeğinin (EDE-Q) mülakata dayalı versiyonu olan Yeme Bozukluklarını Değerlendirme (EDE) ölçüm aracındaki sınıflandırma temel alınarak



da incelenmiştir. Buna göre katılımcılar günlük/günde birden fazla, haftada birden fazla, haftada 1 ayda 1 arası, ayda 1 ve daha az tartılanlar olmak üzere 4 gruba ayrılmışlardır. Sporcuların ve sedanterlerin EDE sınıflandırmasına göre tartılma sıklığı Tablo 4.4.16'da gösterilmektedir. Sporcuların sedanterlere göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha sık tartıldığı saptanmıştır ( $p<0.05$ ).

**Tablo 4.4.16. Katılımcıların Tartılma Sıklığına Göre Sınıflandırılması**

Tartılma Sıklığı	Sporcular (n:219)		Sedanterler (n:219)		p
	n	%	n	%	
<b>Günlük/ Günde birden fazla</b>	30	13.7	13	5.9	0.003*
<b>Haftada birden fazla</b>	16	7.3	12	5.5	
<b>Haftada 1 ayda 1 arası</b>	81	37.0	67	30.6	
<b>Ayda 1 ve daha az</b>	92	42.0	127	58.0	
<b>Toplam</b>	219	100.0	219	100.0	

$p<0.05^*$

#### 4.5. Katılımcıların Uyku Sürelerine Ait Bulgular

Katılımcıların uyku süresi ortalaması tüm katılımcılarda  $7.8\pm 1.28$  saat, sporcularda  $8.1\pm 1.31$  saat, sedanterlerde  $7.7\pm 1.24$  saat olarak belirlenmiştir. Sedanterlerin sporculara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha az uyudukları saptanmıştır ( $p<0.05$ ).

**Tablo 4.5.1 Katılımcıların Uyku Sürelerine Ait Bulgular**

Özellik	Sporcular (n:219)		Sedanterler (n:219)		Genel (n:438)	p
	Ort ± SS	Min-Max	Ort ± SS	Min-Max	Ort ± SS	
<b>Uyku Süresi (saat)</b>	$8.1\pm 1.31$	4-13	$7.7\pm 1.24$	4-12	$7.8\pm 1.28$	0.004*

\* $p<0.05$

Spor yapma durumu ve cinsiyete göre katılımcıların uyku süreleri ayrı ayrı değerlendirilmiştir. Sporcu kızların  $8.3 \pm 1.39$  saat, sporcu erkeklerin  $7.9 \pm 1.21$  saat, sedanter kızların  $7.7 \pm 1.23$  saat, sedanter erkeklerin  $7.7 \pm 1.25$  saat uydukları belirlenmiştir. Sporcu kızların sporcu erkeklere ve sedanter kızlara göre istatistiksel olarak önemli şekilde daha fazla uyuduğu saptanmıştır ( $p < 0.05$ ). Sporcu erkekler ile sedanter erkekler ve sedanter kızlar ile sedanter erkeklerin uyku süreleri açısından gruplar arasında fark görülmemiştir ( $p > 0.05$ ). Tablo 4.5.2.'de katılımcıların cinsiyetlerine göre uyku süreleri ve Tablo 4.5.3.'de kız ve erkek katılımcıların spor yapma durumlarına göre uyku süreleri gösterilmektedir.



**Tablo 4.5.2. Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Uyku Sürelerinin Değerlendirilmesi**

	Sporcular (n:219)			Sedanterler (n:219)		
	Sporcu Kızlar (n:100)	Sporcu Erkekler (n:119)	p	Sedanter Kızlar (n:121)	Sedanter Erkekler (n:98)	p
Uyku Süresi (Saat)	8.3±1.39	7.9±1.21	0.015*	7.7±1.23	7.7±1.25	0.840

\*p<0.05

**Tablo 4.5.3. Kız ve Erkek Katılımcıların Spor Yapma Durumlarına Göre Uyku Sürelerinin Değerlendirilmesi**

	Kızlar (n:221)			Erkekler (n:217)		
	Sporcu Kızlar (n:100)	Sedanter Kızlar (n:121)	p	Sporcu Erkekler (n:119)	Sedanter erkekler (n:98)	p
Uyku Süresi (Saat)	8.3±1.39	7.7±1.23	0.001*	7.9±1.21	7.7±1.25	0.291

\*p<0.05

Katılımcılar CDC'nin adölesanlar için uyku süresi referansına göre sınıflandırılmışlardır. Buna göre 8.5 saatin altı az uyku, 8.5-9.5 saat arası normal uyku, 9.5 saatin üstü de fazla uyku uyuma süresi olarak sınıflandırılmıştır. Tüm katılımcıların %69.6'sının (n:305) az, %20.1'inin (n:88) normal, %10.3'ünün (n:45) fazla uyuduğu belirlenmiştir. Sporcuların ve sedanterlerin uyku süresi sınıflandırmasına göre dağılımı Tablo 4.5.4'de verilmiştir

**Tablo 4.5.4 Katılımcıların Uyku Sürelerine Göre Sınıflandırılması**

Uyku Süresi	Sporcular (n:219)		Sedanterler (n:219)		Genel (n:438)	
	n	%	n	%	n	%
<b>Az</b>	143	65.3	162	74.0	305	69.6
<b>Normal</b>	49	22.4	39	17.8	88	20.1
<b>Fazla</b>	27	12.3	18	8.2	45	10.3
<b>Toplam</b>	219	100.0	219	100.0	438	100.0

#### 4.6. Katılımcıların Yeme Tutumu Testi-26'ya Göre Değerlendirilmesi

Yeme Tutumu Testi-26'dan alınan puanlar değerlendirildiğinde; tüm katılımcıların ortalama EAT-26 toplam puanı  $10.0 \pm 7.31$ , sporcuların ortalama puanı  $9.9 \pm 7.02$  sedanterlerin ortalama puanı  $10.1 \pm 7.60$  olarak hesaplanmıştır. Testin diyet yapma alt ölçeğinde, tüm katılımcıların ortalama puanı  $4.8 \pm 4.97$  sporcuların ortalama puanı  $4.7 \pm 4.41$ , sedanterlerin ortalama puanı  $4.9 \pm 5.47$  olarak hesaplanmıştır. Bulimia ve besinle meşguliyet alt ölçeğinde ise tüm katılımcıların ortalama puanı  $1.3 \pm 2.09$ , sporcuların ortalama puanı  $1.1 \pm 1.96$ , sedanterlerin ortalama puanı  $1.4 \pm 2.21$  olarak hesaplanmıştır. Oral kontrol alt ölçeğinde ise tüm katılımcıların ortalama puanı  $3.9 \pm 3.22$ , sporcuların ortalama puanı  $4.1 \pm 3.27$ , sedanterlerin ortalama puanı  $3.7 \pm 3.16$  olarak hesaplanmıştır. EAT-26 testi toplam puanı ve alt ölçeklerinde sporcu ve sedanterler arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ).

**Tablo 4.6.1.Katılımcıların Yeme Tutumu Testi-26 Puanlarına Ait Bulgular**

	Sporcular (n:219)		Sedanterler (n:219)		Genel (n:438)	
	Ort ± SS	Min-Max	Ort ± SS	Min-Max	Ort ± SS	P
<b>Diyet Yapma</b>	4.7±4.41	0-22	4.9±5.47	0-35	4.8±4.97	0.638
<b>Bulimia ve Besinle Meşguliyet</b>	1.1±1.96	0-11	1.4±2.21	0-9	1.3±2.09	0.151
<b>Oral Kontrol</b>	4.1±3.27	0-15	3.7±3.16	0-18	3.9±3.22	0.219
<b>Yeme Tutumu Toplam Puanı</b>	9.9±7.02	1-31	10.1±7.60	0-43	10.0±7.31	0.850

EAT-26'nın kesme noktasına göre (20 puan), tüm katılımcıların %11.0 (n:48), sporcuların %11.0 (n:24) ve sedanterlerin %11.0'ünde (n:24) "anormal yeme davranışı" olduğu belirlenmiştir. Kesme noktası dikkate alınarak EAT-26 sonuçları incelendiğinde sporcu olanlar ve olmayanlar arasında istatistiksel açıdan fark bulunmamaktadır ( $p>0.05$ ).

Katılımcılar cinsiyete ve spor yapma durumuna göre incelendiklerinde; EAT-26 toplam puan ortalamasının sporcu kızlarda  $10.9\pm 7.37$ , sporcu erkeklerde  $9.1\pm 6.62$ , sedanter kızlarda  $11.3\pm 8.48$ , sedanter erkeklerde  $8.6\pm 6.07$  puan olduğu saptanmıştır. Testin diyet yapma alt ölçeğinin ortalaması, sporcu kızlarda  $5.5\pm 4.96$ , sporcu erkeklerde  $4.0\pm 3.79$ , sedanter kızlarda  $6.0\pm 6.37$ , sedanter erkeklerde  $3.5\pm 3.68$  puandır. Bulimia ve besinle meşguliyet alt ölçeğinin ortalaması sporcu kızlarda  $1.2\pm 2.08$ , sporcu erkeklerde  $1.1\pm 1.87$ , sedanter kızlarda  $1.6\pm 2.34$ , sedanter erkeklerde  $1.1\pm 2.00$  puandır. Oral kontrol alt ölçeğinin ortalaması sporcu kızlarda  $4.2\pm 3.36$ , sporcu erkeklerde  $3.9\pm 3.20$ , sedanter kızlarda  $3.5\pm 3.35$ , sedanter erkeklerde  $3.9\pm 2.92$  puandır.

Cinsiyete göre sporcular değerlendirildiğinde; kızlar toplam puan ve alt ölçek puanlarında daha fazla puan almışlar ve kız ile erkek sporcuların diyet yapma alt ölçeği ortalamaları arasında, istatistiksel olarak önemli fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Kız sporcuların erkek sporculara göre diyet alımlarını anlamlı şekilde daha fazla kısıtladıkları görülmüştür. Sedanter kızların ise, sedanter erkeklere göre oral kontrol dışında tüm skorları daha yüksek olup toplam skor ve diyet yapma skorları arasında

anlamli farklilik vardir ( $p<0.05$ ). Aynı Şekilde sedanter kızlar da sedanter erkeklere göre diyetsel alımlarını anlamli Şekilde daha fazla kısıtlamakta ve bozuk yeme davranışı sergilemektedirler. Tablo 4.6.2.'de katılımcıların cinsiyetlerine göre Yeme Tutumu Testi-26 puanları gösterilmektedir.

Aynı cinsiyetteki katılımcılar spor yapma durumlarına göre değerlendirildiğinde sedanter kızların sporcu kızlara göre oral kontrol dışında tüm skorları daha yüksektir ancak fark istatistiksel olarak anlamli değildir ( $p>0.05$ ). Sporcu erkeklerin ise sedanter erkeklere göre tüm puanlarının ortalaması daha yüksek olup yine istatistiksel olarak anlamli fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).



**Tablo.4.6.2. Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Yeme Tutumu Testi-26 Puanları**

	Sporcular (n:219)			Sedanterler (n:219)		
	Sporcu Kızlar (n:100)	Sporcu Erkekler (n:119)	p	Sedanter Kızlar (n:121)	Sedanter Erkekler (n:98)	p
<b>Diyet yapma</b>	5.5±4.96	4.0±3.79	0.017*	6.0±6.37	3.5±3.68	0.0001*
<b>Bulimia ve Besinle meşguliyet</b>	1.2±2.08	1.1±1.87	0.749	1.6±2.34	1.1±2.00	0.083
<b>Oral Kontrol</b>	4.2±3.36	3.9±3.20	0.580	3.5±3.35	3.9±2.92	0.427
<b>Yeme Tutumu Testi Toplam</b>	10.9±7.37	9.1±6.62	0.059	11.3±8.48	8.6±6.07	0.007*

\*p<0.05

**Tablo 4.6.3. Kız ve Erkek Katılımcıların Spor Yapma Durumuna Göre Yeme Tutumu Testi-26 Puanları**

	Kızlar (n:221)			Erkekler (n:217)		
	Sporcu Kızlar (n:100)	Sedanter Kızlar (n:121)	p	Sporcu Erkekler (n:119)	Sedanter erkekler (n:98)	p
<b>Diyet yapma</b>	5.5±4.96	6.0±6.37	0.489	4.0±3.79	3.5±3.68	0.346
<b>Bulimia ve Besinle meşguliyet</b>	1.2±2.08	1.6±2.34	0.117	1.1±1.87	1.1±2.00	0.882
<b>Oral Kontrol</b>	4.2±3.36	3.5±3.35	0.143	3.9±3.20	3.9±2.92	0.859
<b>Yeme Tutumu Testi Toplam</b>	10.9±7.37	11.3±8.48	0.748	9.1±6.62	8.6±6.07	0.552

Sporcular katıldıkları spor türlerine incelendiğinde, sporcu kızlarda EAT-26 toplam puan ortalamasının dayanıklılık sporcularında  $8.4\pm6.64$ , kuvvet sporcularında  $9.5\pm6.21$ , dövüş sporcularında  $13.1\pm7.72$ , takım sporcularında  $13.6\pm8.11$  puan olduğu saptanmıştır. Testin diyet yapma alt ölçeğinin ortalaması, dayanıklılık sporcularında  $4.3\pm4.34$ , kuvvet sporcularında  $5.2\pm4.45$ , dövüş sporcularında  $6.4\pm5.73$ , takım sporcularında  $6.2\pm4.71$  puandır. Bulimia ve besinle meşguliyet alt ölçeğinde dayanıklılık sporcularının ortalama puanı  $1.2\pm2.02$ , kuvvet sporcularının ortalama puanı  $0.9\pm1.86$ , dövüş sporcularının ortalama puanı  $1.0\pm1.71$ , takım sporcularının ortalama puanı  $2.7\pm3.37$  olarak belirlenmiştir. Oral kontrol alt ölçeğinde ise dayanıklılık sporcularının ortalama puanı  $2.9\pm2.64$ , kuvvet sporcularının ortalama puanı  $3.4\pm3.10$ , dövüş sporcularının ortalama puanı  $5.6\pm3.55$ , takım sporcularının ortalama puanı  $5.0\pm3.53$  olarak belirlenmiştir.

Kız sporcular arasında toplam puan ve bulimia ve besinle meşguliyet alt ölçeği ortalaması en yüksek olan grup takım sporcularıdır. Diyet yapma ve oral kontrol alt ölçeklerinin puan ortalaması en yüksek olan grup ise dövüş sporcularıdır. EAT-26 toplam ve oral kontrol ortalaması spor tiplerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Dayanıklılık sporcularının EAT-26 toplam ve oral kontrol ortalaması, dövüş sporcularına göre anlamlı şekilde düşüktür ( $p<0.05$ ). Dövüş sporcularının dayanıklılık sporcularına göre, yüksek düzeyde kontrollü yeme davranışları sergiledikleri görülmüştür.

Farklı spor türlerine katılan erkek sporcular arasında ise toplam puan ve oral kontrol alt ölçeği puanı ortalamasında en yüksek skoru takım sporcuları kaydetmiştir. Bulimia alt ölçeğinde kuvvet, diyet yapma alt ölçeğinde dövüş sporcuları en yüksek ortalama değere sahiptir. Erkek sporcular arasında EAT-26 toplam puan ve tüm alt ölçeklerin ortalaması açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ( $p>0.05$ ).



**Tablo 4.6.4. Kız ve Erkek Sporcuların Spor Türüne Göre Yeme Tutumu Testi-26 Puanlarına Ait Bulgular**

Spor tipi	Kız Sporcular (n:100)				Erkek Sporcular (n:119)					
	Dayanıklılık (n:32) (1)	Kuvvet (n:21) (2)	Dövüş (n:36) (3)	Takım (n:11) (4)	p	Dayanıklılık (n:10) (1)	Kuvvet (n:20) (2)	Dövüş (n:38) (3)	Takım (n:51) (4)	p
<b>Diyet Yapma</b>	4.3±4.34	5.2±4.45	6.4±5.73	6.2±4.71	0.361 ( $\chi^2=9.433$ )	3.6±2.98	3.3±2.25	4.2±4.13	4.2±4.08	0.957 ( $\chi^2=0.342$ )
<b>Bulimia ve Besinle Meşguliyet</b>	1.2±2.02	0.9±1.86	1.0±1.71	2.7±3.37	0.445 ( $\chi^2=2.674$ )	1.1±1.59	1.8±2.88	0.8±1.39	1.0±1.72	0.752 ( $\chi^2=1.204$ )
<b>Oral Kontrol</b>	2.9±2.64	3.4±3.10	5.6±3.55	5.0±3.53	0.004* ( $\chi^2=13.08$ ) (1-3)	3.6±3.74	3.3±3.29	3.8±2.72	4.4±3.41	0.499 ( $\chi^2=2.371$ )
<b>Yeme Tutumu Testi-26 Toplam</b>	8.4±6.64	9.5±6.21	13.1±7.72	13.6±8.11	0.024* ( $\chi^2=9.433$ ) (1-3)	8.3±5.49	8.5±6.71	9.0±6.16	9.6±7.23	0.917 ( $\chi^2=0.509$ )

\*p&lt;0.05

#### **4.7.Katılımcıların Yeme Bozukluğunu Değerlendirme Ölçeğine (EDE-Q) Göre Değerlendirilmesi**

Yeme Bozukluğunu Değerlendirme Ölçeğinden alınan puanlar değerlendirildiğinde; tüm katılımcıların global skor ortalaması  $1.1\pm 1.13$ , sporcuların global skor ortalaması  $1.1\pm 1.10$ , sedanterlerin global skor ortalaması  $1.2\pm 1.16$  olarak hesaplanmıştır. Testin kısıtlama alt ölçeğinde tüm katılımcıların ortalama puanı  $1.0\pm 1.26$ , sporcuların ortalama puanı  $1.1\pm 1.32$ , sedanterlerin ortalama puanı  $1.0\pm 1.21$  olarak hesaplanmıştır. Yeme endişesi alt ölçeğinde tüm katılımcıların ortalama puanı  $0.7\pm 1.00$ , sporcuların ortalama puanı  $0.7\pm 1.02$ , sedanterlerin ortalama puanı  $0.7\pm 0.99$  olarak hesaplanmıştır. Beden şekli endişesi alt ölçeğinde tüm katılımcıların ortalama puanı  $1.5\pm 1.48$ , sporcuların ortalama puanı  $1.3\pm 1.39$ , sedanterlerin ortalama puanı  $1.6\pm 1.55$  olarak hesaplanmıştır. Kilo endişesi alt ölçeğinde ise tüm katılımcıların ortalama puanı  $1.3\pm 1.34$ , sporcuların ortalama puanı  $1.2\pm 1.28$ , sedanterlerin ortalama puanı  $1.4\pm 1.40$  olarak hesaplanmıştır. Sporcu ve sedanterler arasında global skor, kısıtlama alt ölçeği puanı, yeme endişesi alt ölçeği puanı, kilo endişesi alt ölçeği puanı açısından istatistiksel fark yokken, beden şekli endişesi alt ölçeği puanı ortalamaları açısından anlamlı farklılık vardır ( $p<0.05$ ). Sedanterlerin sporculara göre anlamlı şekilde daha fazla beden memnuniyetsizliğine ve beden şeklini değiştirme arzusuna sahip oldukları görülmektedir.

**Tablo.4.7.1. Katılımcıların Yeme Bozukluğunu Değerlendirme Ölçeği Puanlarına Ait Bulgular**

	Sporcular (n:219)			Sedanterler (n:219)			Genel (n:438)		
	Ort ± SS	Min-Max	Ort ± SS	Min-Max	Ort ± SS	Min-Max	Ort ± SS	p	
<b>Kısıtlama</b>	1.1±1.32	0-5.40	1.0±1.21	0-5.80	1.0±1.26	0-5.80	0.263		
<b>Yeme Endişesi</b>	0.7±1.02	0-4.80	0.7±0.99	0-5.00	0.7±1.00	0-5.00	0.977		
<b>Beden Şekli Endişesi</b>	1.3±1.39	0-6.00	1.6±1.55	0-5.38	1.5±1.48	0-5.38	0.041*		
<b>Kilo Endişesi</b>	1.2±1.28	0-5.80	1.4±1.40	0-5.60	1.3±1.34	0-5.60	0.181		
<b>Global Skor</b>	1.1±1.10	0-5.35	1.2±1.16	0-4.47	1.1±1.13	0-4.47	0.457		

\*p<0.05

Yeme Bozukluğunu Değerlendirme Ölçeğinin global skor için kesme noktası (4 puan) dikkate alındığında, tüm katılımcıların %2.5'inin (n:11), sporcuların %2.3'ünün (n:5) ve sedanterlerin %2.7'sinin (n:6) bozuk yeme davranışına sahip olduğu belirlenmiştir. Ancak gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Yeme Bozukluğunu Değerlendirme Ölçeğinden alınan puanlar cinsiyete ve spor yapma durumuna göre değerlendirildiğinde; global skorda sporcu kızların ortalama puanı  $1.1\pm 1.12$ , sporcu erkeklerin ortalama puanı  $1.0\pm 1.07$ , sedanter kızların ortalama puanı  $1.4\pm 1.28$ , sedanter erkeklerin ortalama puanı  $0.9\pm 0.92$  olarak belirlenmiştir. Testin kısıtlama alt ölçeğinde, sporcu kızların ortalama puanı  $1.1\pm 1.33$ , sporcu erkeklerin ortalama puanı  $1.0\pm 1.32$ , sedanter kızların ortalama puanı  $1.1\pm 1.32$ , sedanter erkeklerin ortalama puanı  $0.8\pm 1.03$  olarak belirlenmiştir. Yeme endişesi alt ölçeğinde sporcu kızların ortalama puanı  $0.8\pm 1.02$ , sporcu erkeklerin ortalama puanı  $0.6\pm 1.01$ , sedanter kızların ortalama puanı  $0.8\pm 1.13$ , sedanter erkeklerin ortalama puanı  $0.4\pm 0.73$  olarak belirlenmiştir. Beden şekli endişesi alt ölçeğinde sporcu kızların ortalama puanı  $1.4\pm 1.42$ , sporcu erkeklerin ortalama puanı  $1.2\pm 1.36$ , sedanter kızların ortalama puanı  $1.9\pm 1.72$ , sedanter erkeklerin ortalama puanı  $1.2\pm 1.22$  olarak belirlenmiştir. Kilo şekli endişesi alt ölçeğinde ise sporcu kızların ortalama puanı  $1.3\pm 1.34$ , sporcu erkeklerin ortalama puanı  $1.1\pm 1.21$ , sedanter kızların ortalama puanı  $1.6\pm 1.49$ , sedanter erkeklerin ortalama puanı  $1.0\pm 1.23$  olarak belirlenmiştir.

Kız sporcular erkek sporculara göre global skor ve alt ölçek ortalamalarında daha yüksek puanlar kaydetmiş ancak iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Sedanter kızlar sedanter erkeklere göre global skor ve tüm alt ölçeklerden daha yüksek ortalama puan almış olup kısıtlama alt ölçeği dışındaki tüm puanlar iki grup arasında istatistiksel olarak farklı bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Sedanter kızlarda sedanter erkeklere göre, yeme bozukluğu psikopatolojisinin ve beden memnuniyetsizliği şiddetinin, ağırlığı değiştirme arzusunun ve besin, yeme ve kalorilerle meşguliyetin anlamlı şekilde daha yüksek olduğu görülmektedir.

Sedanter kızların sporcu kızlara göre global skor ve tüm alt ölçek skorları daha yüksektir ve beden şekli alt ölçeği puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmakta, sedanter kızların sporcu kızlara göre beden memnuniyetsizliklerinin daha

fazla olduğu görülmüştür ( $p<0.05$ ). Sporcu erkekler sedanter erkeklere göre 5 puan türü için de daha yüksek ortalamalara sahip olup gruplar arasında istatistiksel açıdan bir fark bulunmamaktadır ( $p>0.05$ ). Cinsiyete ve spor yapma durumuna göre EDE-Q global skor ve alt ölçek puanları sırasıyla Tablo 4.7.2 ve Tablo 4.7.3.'de gösterilmiştir.



**Tablo 4.7.2. Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Yeme Bozukluğunu Değerlendirme Ölçeği Puanları**

EDE-Q	Sporcular (n:219)			Sedanterler (n:219)		
	Sporcu Kızlar (n:100)	Sporcu Erkekler (n:119)	p	Sedanter Kızlar (n:121)	Sedanter Erkekler (n:98)	p
<b>Kısıtlama</b>	1.1±1.33	1.0±1.32	0.856	1.1±1.32	0.8±1.03	0.059
<b>Yeme Endişesi</b>	0.8±1.02	0.6±1.01	0.170	0.8±1.13	0.4±0.73	0.003*
<b>Beden Şekli Endişesi</b>	1.4±1.42	1.2±1.36	0.357	1.9±1.72	1.2±1.22	0.001*
<b>Kilo Endişesi</b>	1.3±1.34	1.1±1.21	0.121	1.6±1.49	1.0±1.23	0.003*
<b>Global Skor</b>	1.1±1.12	1.0±1.07	0.264	1.4±1.28	0.9±0.92	0.002*

\*p<0.05

**Tablo 4.7.3. Kız ve Erkek Katılımcıların Spor Yapma Durumuna Göre Yeme Bozukluğunu Değerlendirme Ölçeği Puanları**

EDE-Q	Kızlar (n:221)			Erkekler (n:217)		
	Sporcu Kızlar (n:100)	Sedanter Kızlar (n:121)	p	Sporcu Erkekler (n:119)	Sedanter Erkekler (n:98)	p
<b>Kısıtlama</b>	1.1±1.33	1.1±1.32	0.935	1.0±1.32	0.8±1.03	0.075
<b>Yeme Endişesi</b>	0.8±1.02	0.8±1.13	0.611	0.6±1.01	0.4±0.73	0.257
<b>Beden Şekli Endişesi</b>	1.4±1.42	1.9±1.72	0.019*	1.2±1.36	1.2±1.22	0.904
<b>Kilo Endişesi</b>	1.3±1.34	1.6±1.49	0.149	1.1±1.21	1.0±1.23	0.914
<b>Global Skor</b>	1.1±1.12	1.4±1.28	0.198	1.0±1.07	0.9±0.92	0.394

\*p<0.05

Sporcu kızlarda katıldıkları spor türlerine göre EDE-Q global skor ve alt ölçeklerinin puan ortalaması incelendiğinde; global skor ortalamasının dayanıklılık sporcularında  $0.6\pm 0.84$ , kuvvet sporcularında  $0.9\pm 0.85$ , dövüş sporcularında  $1.5\pm 1.28$ , takım sporcularında  $1.7\pm 1.11$  puan olduğu belirlenmiştir. Testin kısıtlama alt ölçeğinin ortalaması, dayanıklılık sporcularında  $0.6\pm 1.10$ , kuvvet sporcularında  $1.2\pm 1.19$ , dövüş sporcularında  $1.2\pm 1.35$ , takım sporcularında  $1.8\pm 1.73$  puandır. Yeme endişesi alt ölçeğinin ortalaması dayanıklılık sporcularında  $0.4\pm 0.69$ , kuvvet sporcularında  $0.6\pm 0.86$ , dövüş sporcularında  $1.1\pm 1.25$ , takım sporcularında  $1.2\pm 1.03$  puandır. Beden şekli endişesi alt ölçeğinin ortalaması dayanıklılık sporcularında  $0.8\pm 1.09$ , kuvvet sporcularında  $0.9\pm 0.88$ , dövüş sporcularında  $1.9\pm 1.55$ , takım sporcularında  $2.1\pm 1.87$  puandır. Kilo endişesi alt ölçeğinde ise dayanıklılık sporcularında  $0.7\pm 1.03$ , kuvvet sporcularında  $1.0\pm 0.90$ , dövüş sporcularında  $2.0\pm 1.51$ , takım sporcularında  $1.8\pm 1.33$  puandır. Kız sporcularda kilo endişesi hariç tüm alt ölçeklerde ve global skorda en yüksek puan ortalamasını takım sporcuları kaydetmiştir. Kilo endişesi ölçeğinde en yüksek puanı ise dövüş sporcuları kaydetmiştir. Dayanıklılık sporcularının kısıtlama ve kilo endişesi alt ölçeği ve global skor ortalamaları takım ve dövüş sporcularınıninkine göre, yeme endişesi ve beden şekli endişesi alt ölçek puanları dövüş sporcularına anlamlı şekilde düşüktür ( $p<0.05$ ). Dayanıklılık sporcularının takım ve dövüş sporcularına göre yeme bozukluğu, beden memnuniyetsizliği, diyetel kısıtlama, yeme ve kalorilerle meşguliyet, gizli yeme, yedikten sonra suçluluk hissetme gibi davranışları anlamlı şekilde daha az sergiledikleri görülmektedir.

Farklı spor türlerine katılan erkek sporcularda global skorda, yeme endişesi, beden şekli endişesi, kilo endişesi alt ölçeklerinde dövüş sporcuları; kısıtlama alt ölçeğinde dayanıklılık sporcuları en yüksek puan ortalamasını kaydetmiştir ancak gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamsızdır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.7.4. Kız ve Erkek Sporcuların Spor Türüne Göre Yeme Bozukluğunu Değerlendirme Ölçeği Puanlarına Ait Bulgular**

Spor Tipi	Kız (n:100)				Erkek (n:119)				p
	Dayanıklılık (n:32) (1)	Kuvvet (n:21) (2)	Dövüş (n:36) (3)	Takım (n:11) (4)	Dayanıklılık (n:10) (1)	Kuvvet (n:20) (2)	Dövüş (n:38) (3)	Takım (n:51) (4)	
<b>Kısıtlama</b>	0.6±1.10	1.2±1.19	1.2±1.35	1.8±1.73	1.3±1.43	0.9±0.92	1.2±1.50	0.9±1.30	0.661 ( $\chi^2=12.149$ ) (1-3, 1-4)
<b>Yeme Endişesi</b>	0.4±0.69	0.6±0.86	1.1±1.25	1.2±1.03	0.5±1.01	0.5±0.72	0.7±1.22	0.5±0.95	0.527 ( $\chi^2=8.707$ ) (1-3)
<b>Beden Şekli Endişesi</b>	0.8±1.09	0.9±0.88	1.9±1.55	2.1±1.87	1.1±1.26	1.2±1.43	1.3±1.50	1.2±1.28	0.987 ( $\chi^2=14.101$ ) (1-3)
<b>Kilo Endişesi</b>	0.7±1.03	1.0±0.90	2.0±1.51	1.8±1.33	1.3±1.26	1.0±1.19	1.2±1.34	1.0±1.04	0.855 ( $\chi^2=19.421$ ) (1-3, 1-4)
<b>Global Skor</b>	0.6±0.84	0.9±0.85	1.5±1.28	1.7±1.11	1.1±1.12	0.9±0.79	1.1±1.26	0.9±1.03	0.856 ( $\chi^2=15.547$ ) (1-3, 1-4)

\*p<0,05 F: Tek Yönlü Varyans Analizi test değeri;  $\chi^2$ :Kruskal Wallis Varyans Analizi test değeri



Yeme Bozukluğunu Değerlendirme Ölçeğinin yeme bozukluğu davranışlarını yansıtan soruları incelenmiştir. Objektif tıkinma davranışı (başkası tarafından aşırı miktarda olarak tanımlanacak biçimde yemek) sporcularda %54.8 (n:120), sedanterlerde %42.0 (n:92) oranında görülmektedir. Subjektif tıkinma davranışı (yemek yemeyle ilgili kontrolü kaybetme hissine kapılmak) sporcularda %42.3 (n:93), sedanterlerde %37.9 (n:83) oranında görülmektedir. Diyetel kısıtlama (uyanıkken 8 saat boyunca ya da daha fazla bir süre için bir şey yememe) sporcularda %30.6 (n:67), sedanterlerde %25.6 (n:56) oranında görülmüştür. Sporcuların %8.7'si (n:19), sedanterlerin %5.9'u (n:13) kendini kusturma davranışını gerçekleştirdiğini bildirmiştir. Laksatif istismarı (beden şeklini veya kiloyu değiştirme amacıyla müshil kullanma) sporcuların %3.7'sinde (n:8), sedanterlerin %2.7'sinde (n:6) görülmüştür. Aşırı egzersiz (kiloyu, beden şeklini ya da yağ miktarını kontrol etmek, kalorileri yakmak amacıyla, "kendini kaybedercesine" ya da "saplantılı" biçimde egzersiz yapmak) sporcuların %33.3'ünde (n:73), sedanterlerin %22.8'inde (n:50) görülmüştür. Tüm bu durumlar sporcularda sedanterlere göre daha fazla görülmüş ancak gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Yeme bozukluğu davranışlarının düzenli görülme durumları incelenmiştir. Tıkinırcasına yeme, kendini kusturma ve laksatif istismarı için >4 kez, diyetel kısıtlama için >13 kez, aşırı egzersiz için >20 kez düzenli görülme olarak kabul edilmiştir. Objektif tıkinma davranışı sporcuların %24.7'sinde (n:54), sedanterlerin %21.5 (n:47), subjektif tıkinma davranışı sporcuların %17.8'inde (n:39), sedanterlerin %19.2'sinde (n:42), diyetel kısıtlama sporcuların %7.3'ünde (n:16), sedanterlerin %6.4'ünde (n:14), kendini kusturma sporcuların %1.4'ünde (n:3), sedanterlerin %0.9'ünde (n:2), laksatif istismarı sporcuların %0.9'unda (n:2), sedanterlerin %1.4'ünde (n:3), aşırı egzersiz sporcuların %2.7'sinde (n:6), sedanterlerin %0.9'unda (n:2) düzenli görülmektedir. Objektif tıkinma davranışı, diyetel kısıtlama, kendini kusturma ve aşırı egzersiz için düzenli görülme sporcularda daha fazladır ancak hiçbir davranış için gruplar arası farklılık görülmemektedir.

**Tablo 4.7.5. Katılımcılarda Yeme Bozukluğunu Değerlendirme Ölçeğinde Bulunan Yeme Bozukluğu Davranışlarının Görülme ve Düzenli Durumunun Değerlendirilmesi**

Davranış	Görülme Durumu				Düzenli Görülme Durumu				p				
	Sporcular (n:219)		Genel (n:438)		Sporcular (n:219)		Genel (n:438)						
	n	%	n	%	n	%	n	%					
<b>Objetif Tıkınma</b>	120	54.8	92	42.0	212	48.4	54	24.7	47	21.5	101	23.1	0.427
<b>Subjektif Tıkınma</b>	93	42.5	83	37.9	176	40.2	39	17.8	42	19.2	81	18.5	0.712
<b>Diyetsel Kısıtlama</b>	67	30.6	56	25.6	123	28.1	16	7.3	14	6.4	30	6.8	0.705
<b>Kendini Kusturma</b>	19	8.7	13	5.9	32	7.3	3	1.4	2	0.9	5	1.1	0.712
<b>Laksatif İstismarı</b>	8	3.7	6	2.7	14	3.2	2	0.9	3	1.4	5	1.1	0.653
<b>Aşırı Egzersiz</b>	73	33.3	50	22.8	123	28.1	6	2.7	2	0.9	8	1.8	0.153

#### 4.8. Menstruasyonla İlişkili Bulgular

Yeme Bozukluğunu Değerlendirme Ölçeğinde kız katılımcılara sorulan “geçtiğimiz 3-4 aylık dönemde hiç aybaşı (regl) olmadığınız oldu mu?” sorusuna tüm katılımcıların %14.9’u (n:33) evet, %84.2’si (n:186) hayır, %0.9’u (n:2) henüz regl olmadım yanıtını vermiştir. Menstruasyonun başlamadığını bildiren 2 katılımcı dışarda bırakıldığında, sporcu ve sedanterler arasında menstrual düzensizlik açısından fark görülmemektedir ( $p>0.05$ ). Son 3-4 aylık dönemde aksama yaşadığını bildiren kızların (n:33), %66.7’si (n:22) 1 kere, %27.2’si (n:9) 2 kere, %6.1’i (n:2) 3 kere aksama yaşadığını bildirmiştir. Sporcu kızlardan menstruasyonda aksama yaşadığını bildirenlerin %90.9’u (n:10) bir kere, %9.1’i (n:1) iki kere aksama yaşadığını bildirmiştir. Sedanter kızlardan aksama yaşadığını bildirenlerin %54.5’i (n:12) bir kere, %36.4’ü (n:8) iki kere, %9.1’i (n:2) üç kere aksama yaşadığını belirtmiştir. Sporcu kızlardan hiç biri menstrual aksama sebebiyle ilaç kullanmazken, aksama yaşayan sedanter kızların %9.1’i (n:2) bu sebeple ilaç kullanmaktadır. Katılımcıların menstrual düzenlerine ait bulguların sporcu ve sedanter kızlar arasındaki dağılımı Tablo 4.8.1’de gösterilmiştir.

**Tablo 4.8.1. Katılımcıların Menstrual Düzenlerine Ait Bulgular**

“Geçtiğimiz 3-4 aylık dönemde hiç aybaşı (regl) olmadığınız oldu mu?”	Sporcu kızlar (n:100)		Sedanter kızlar (n:121)		p
	n	%	n	%	
<b>Evet</b>	11	11.0	22	18.2	0.160
<b>Hayır</b>	87	87.0	99	81.8	
<b>Henüz regl olmadım</b>	2	2.0	0	0	
<b>Toplam</b>	100	100.0	121	100.0	

Son 3-4 aylık dönemde menstrual düzeninde aksama olan ve olmayan kızların ölçek puanları ortalamaları EAT-26 için sırasıyla  $13.5\pm 8.90$ ,  $10.7\pm 7.77$ , EDE-Q için sırasıyla  $1.8\pm 1.40$ ,  $1.2\pm 1.16$ , SPAS için sırasıyla  $37.2\pm 11.40$ ,  $32.8\pm 11.15$  olarak hesaplanmıştır. Menstrual düzenlerinde aksama olduğunu bildiren kızların, aksama yaşamayan kızlara göre EDE-Q ve SPAS ortalamaları anlamlı şekilde daha yüksektir ( $p<0.05$ ). Yeme bozukluğu davranışının ve beden memnuniyetsizliğinin menstrual düzenle ilişkili olduğu görülmektedir.

**Tablo 4.8.2. Katılımcıların Menstrual Düzenlerinin Ölçeklerle İlişkisi**

“Geçtiğimiz 3-4 aylık dönemde hiç aybaşı (regl) olmadığınız oldu mu?”	Evet (n:33)	Hayır (n:168)	p
Ölçek	Ort ± SS	Ort ± SS	
Yeme Tutumu Testi-26	13.5±8.90	10.7±7.77	0.068
Yeme Bozukluğunu Değerlendirme Ölçeği	1.8±1.40	1.2±1.16	0.002*
Sosyal Fizik Kaygı Envanteri	37.2±11.40	32.8±11.15	0.039*

\*p<0.05

Sporcu ve sedanter kızlar menstrual düzensizlik açısından ayrı ayrı incelendiklerinde, sporcu grupta menstrual düzensizlik yaşayan grubun, menstrual düzensizlik yaşamayalara göre EAT-26 ve EDE-Q ortalamaları daha yüksek, SPAS ortalamaları küçük bir farkla daha düşüktür fakat üç ölçek için de gruplar arası fark önemli bulunmamıştır (p>0.05). Sedanter grupta ise menstrual düzensizlik yaşayan grup, yaşamayan gruba göre her 3 ölçekten daha yüksek ortalamalar kaydetmiş ve gruplar arasındaki fark EDE-Q ve SPAS için anlamlı bulunmuştur (p<0.05). Tablo 4.8.3.'de sporcu ve sedanter kızların menstrual düzensizlik açısından EAT-26, EDE-Q ve SPAS puanları gösterilmektedir.

**Tablo 4.8.3. Sporcu ve Sedanter Kızların Menstrual Düzenlerinin Ölçeklerle İlişkisinin Değerlendirilmesi**

	Sporcu kızlar (n:100)		Sedanter kızlar (n:121)		p
	Evet (n:11)	Hayır (n:87)	Evet (n:22)	Hayır (n:99)	
<b>“Geçtiğimiz 3-4 aylık dönemde hiç aybaşı (regl) olmadığınız oldu mu?”</b>					
<b>Ölçekler</b>	<b>(Ort ± SS)</b>	<b>(Ort ± SS)</b>	<b>(Ort ± SS)</b>	<b>(Ort ± SS)</b>	<b>(Ort ± SS)</b>
<b>Yeme Tutumu Testi-26</b>	13.0±7.83	10.8±7.32	13.8±9.56	10.7±8.14	0.085
<b>Yeme Bozukluğunu Değerlendirme Ölçeği</b>	1.8±1.40	1.1±1.07	1.9±1.43	1.3±1.26	0.027*
<b>Sosyal Fizik Kaygı Envanteri</b>	31.0±10.72	31.1±11.25	40.3±10.63	34.4±10.91	0.023*

\*p<0.05

#### **4.9.Katılımcıların Sosyal Fizik Kaygı Envanterine Göre Değerlendirilmesi**

Sosyal Fizik Kaygı Envanterinden alınan puanlar değerlendirildiğinde; tüm katılımcıların ortalama puanı  $31.0 \pm 11.05$ , sporcuların ortalama puanı  $29.2 \pm 10.71$ , sedanterlerin ortalama puanı  $32.9 \pm 11.09$  olarak hesaplanmıştır. Envanterin, Fiziksel Görünüm Rahatlığı (FGR) alt ölçeğinde tüm katılımcıların ortalama puanı  $13.8 \pm 5.06$ , sporcuların ortalama puanı  $12.7 \pm 4.79$ , sedanterlerin ortalama puanı  $15.0 \pm 5.08$  olarak hesaplanmıştır. Olumsuz Değerlendirilme Beklentisi (ODB) alt ölçeğinde ise tüm katılımcıların ortalama puanı  $17.2 \pm 6.74$ , sporcuların ortalama puanı  $16.4 \pm 6.60$ , sedanterlerin ortalama puanı  $17.9 \pm 6.82$  olarak hesaplanmıştır. Sosyal Fizik Kaygı Envanterinin toplam puanının ortalaması ve FGR ve ODB alt ölçekleri puanının ortalaması açısından sedanterlerde sporculara göre daha yüksektir. Sedanterlerin sporculara göre dış görünüşlerinden duydukları kaygı düzeyleri, fiziksel görünümle ilgili duydukları rahatsızlık ve fiziklerinin başkaları tarafından olumsuz değerlendirileceği beklentisi istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir ( $p < 0.05$ ).

**Tablo 4.9.1. Katılımcıların Sosyal Fizik Kaygı Envanteri Puanlarına Ait Bulgular**

	Sporcular (n:219)		Sedanterler (n:219)		Genel (n:438)		p
	Ort ± SS	Min-Max	Ort ± SS	Min-Max	Ort ± SS	Min-Max	
<b>Fiziksel Görünüm Rahatlığı</b>	12.7±4.79	5-25	15.0±5.08	5-25	13.8±5.06	5-25	0.0001*
<b>Olumsuz Değerlendirilme Beklentisi</b>	16.4±6.60	7-35	17.9±6.82	7-35	17.2±6.74	7-35	0.028*
<b>Sosyal Fizik Kaygı Envanteri Toplam Puanı</b>	29.2±10.71	12-60	32.9±11.09	12-60	31.0±11.05	12-60	0.0001*

\* p<0.05

Sosyal Fizik Kaygı Envanterinden alınan puanlar cinsiyete ve spor yapma durumuna göre değerlendirildiğinde; SPAS toplamda sporcu kızların ortalama puanı  $30.9 \pm 11.14$ , sporcu erkeklerin ortalama puanı  $27.7 \pm 10.16$ , sedanter kızların ortalama puanı  $35.4 \pm 11.05$ , sedanter erkeklerin ortalama puanı  $29.8 \pm 10.40$  olarak belirlenmiştir. Testin fiziksel görünüm rahatlığı alt ölçeği ortalaması, sporcu kızlarda  $13.4 \pm 4.86$ , sporcu erkeklerde  $12.1 \pm 4.68$ , sedanter kızlarda  $16.1 \pm 4.88$ , sedanter erkeklerde  $13.6 \pm 5.00$  puandır. Olumsuz değerlendirilme beklentisi alt ölçeği ortalaması ise sporcu kızlarda  $17.5 \pm 6.93$ , sporcu erkeklerde  $15.6 \pm 6.19$ , sedanter kızlarda  $19.3 \pm 6.92$ , sedanter erkeklerde  $16.2 \pm 6.35$  puandır.

Cinsiyete göre sporcular değerlendirildiğinde, sporcu kızların sporcu erkeklere göre SPAS toplam, FGR ve ODB alt ölçek puanları daha fazla olup SPAS toplam ve ODB puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ( $p < 0.05$ ). Sporcu kızların sporcu erkeklere göre fiziklerinin başkaları tarafından olumsuz değerlendirileceği beklentisi anlamlı derecede daha yüksektir. Sedanter grupta ise; sedanter kızların SPAS toplam ve her iki alt ölçekten aldığı puanlar sedanter erkeklere göre daha fazladır ve puanlar arasında anlamlı farklılık vardır ( $p < 0.05$ ). Sedanter kızların sedanter erkeklere göre dış görünüşlerinden duydukları kaygı düzeyleri, fiziksel görünümle ilgili duydukları rahatsızlık ve fiziklerinin başkaları tarafından olumsuz değerlendirileceği beklentisi anlamlı derecede daha yüksektir.

Aynı cinseyete sahip adölesanların spor yapıp yapmama durumlarına göre SPAS toplam, FGR, ODB puanlarına bakıldığında, sedanter kızların sporcu kızlara göre tüm skorlarının daha yüksek olduğu görülmektedir ve SPAS toplam ile FGR puanları arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ( $p < 0.05$ ). Sedanter kızlarda sporcu kızlara göre daha yüksek sosyal fizik kaygısı olduğu saptanmıştır. Aynı şekilde sedanter erkeklerin sporcu erkeklere göre tüm skorları daha yüksektir ve FGR puanları arasında anlamlı farklılık vardır ( $p < 0.05$ ). Sedanter erkeklerin sporcu erkeklere göre fiziksel görünümüleriyle ilgili daha çok rahatsızlık yaşadıkları saptanmıştır.



**Tablo 4.9.2. Katılımcıların Cinsiyete Göre Sosyal Fizik Kaygı Envanteri Puanları**

	Sporcular (n:219)			Sedanterler (n:219)		
	Sporcu Kızlar (n:100)	Sporcu Erkekler (n:119)	p	Sedanter Kızlar (n:121)	Sedanter Erkekler (n:98)	p
Fiziksel Görünüm Rahatlığı	13.4±4.86	12.1±4.68	0.063	16.1±4.88	13.6±5.00	0.0001*
Olumsuz Değerlendirilme Beklentisi	17.5±6.93	15.6±6.19	0.031*	19.3±6.92	16.2±6.35	0.001*
Sosyal Fizik Kaygı Envanteri Toplam Puanı	30.9±11.14	27.7±10.16	0.031*	35.4±11.05	29.8±10.40	0.0001*

\*p&lt;0.05

**Tablo 4.9.3. Kız ve Erkek Katılımcıların Spor Yapma Durumuna Göre Sosyal Fizik Kaygı Envanteri Puanları**

	Kızlar (n:221)			Erkekler (n:217)		
	Sporcu Kızlar (n:100)	Sedanter Kızlar (n:121)	p	Sporcu Erkekler (n:119)	Sedanter Erkekler (n:98)	p
Fiziksel Görünüm Rahatlığı	13.4±4.86	16.1±4.88	0.0001*	12.1±4.68	13.6±5.00	0.029*
Olumsuz Değerlendirilme Beklentisi	17.5±6.93	19.3±6.92	0.067	15.6±6.19	16.2±6.35	0.475
Sosyal Fizik Kaygı Envanteri Toplam Puanı	30.9±11.14	35.4±11.05	0.003*	27.7±10.16	29.8±10.40	0.143

\*p&lt;0.05

Sporcu kızlarda spor türlerine göre SPAS toplam ve alt ölçekleri puanının ortalaması incelendiğinde; SPAS toplam puanda dayanıklılık sporcularının ortalama puanı  $28.6 \pm 10.74$ , kuvvet sporcularının ortalama puanı  $24.8 \pm 7.19$ , dövüş sporcularının ortalama puanı  $34.3 \pm 11.11$ , takım sporcularının ortalama puanı  $37.4 \pm 12.34$  olarak belirlenmiştir. Fiziksel görünüm rahatlığı alt ölçeğinde, dayanıklılık sporcularının ortalama puanı  $12.3 \pm 4.52$ , kuvvet sporcularının ortalama puanı  $10.7 \pm 3.60$ , dövüş sporcularının ortalama puanı  $14.6 \pm 4.61$ , takım sporcularının ortalama puanı  $17.1 \pm 5.54$  olarak belirlenmiştir. Olumsuz değerlendirilme beklentisi alt ölçeğinde ise dayanıklılık sporcularının ortalama puanı  $16.3 \pm 6.74$ , kuvvet sporcularının ortalama puanı  $14.1 \pm 4.63$ , dövüş sporcularının ortalama puanı  $19.7 \pm 7.11$ , takım sporcularının ortalama puanı  $20.2 \pm 7.73$  olarak belirlenmiştir. Kız sporcular arasında toplam puanda ve alt ölçek puanlarında her üç puan ortalaması için en yüksek skorları takım sporcuları, en düşük skorları kuvvet sporcuları kaydetmiştir. Karşılaştırmalar yapıldığında; kuvvet sporcularının takım ve dövüş sporcularına göre SPAS toplam puanının anlamlı olarak daha düşük olduğu görülmüştür ( $p < 0.05$ ). Takım sporcularının da FGR ortalaması, dayanıklılık ve kuvvet sporcularına göre anlamlı şekilde yüksektir ( $p < 0.05$ ). Ayrıca dövüş sporcularının FGR ve ODB değerleri de kuvvet grubuna göre anlamlı şekilde yüksektir ( $p < 0.05$ ).

Farklı spor türlerine katılan erkek sporcular arasında ise toplam puan ve ODB alt ölçeğinde kuvvet sporcuları en yüksek puanları kaydederken, FGR alt ölçeğinde dövüş sporcuları en yüksek ortalamaya sahip olup gruplar arasındaki ortalamaların farkı istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ).

**Tablo. 4.9.4. Kız ve Erkek Sporcuların Spor Türüne Göre Sosyal Fizik Kaygı Envanteri Puanlarına Ait Bulgular**

Spor tipi	Kız Sporcular (n:100)				Erkek Sporcular (n:119)				p	
	Dayanıklılık (n:32) (1)	Kuvvet (n:21) (2)	Dövüş (n:36) (3)	Takım (n:11) (4)	P	Dayanıklılık (n:10) (1)	Kuvvet (n:20) (2)	Dövüş (n:38) (3)		Takım (n:51) (4)
<b>Fiziksel</b>					0,001*					
<b>Görünüm</b>	12.3±4.52	10.7±3.60	14.6±4.61	17.1±5.54	(F=6.439)	10.2±3.49	12.1±4.48	13.05±4.5	11.8±5.03	0.327 ( $\chi^2=3.453$ )
<b>Rahatlığı</b>					(1-4, 2-4, 2-3)					
<b>Olumsuz</b>					0.009*					0.841
<b>Değerlendirilme</b>	16.3±6.74	14.1±4.63	19.7±7.11	20.2±7.73	( $\chi^2=11.634$ )	14.8±5.67	16.7±6.39	15.84±6.6	15.1±5.96	( $\chi^2=0.836$ )
<b>Beklentisi</b>					(2-3)					
<b>Sosyal Fizik</b>					0,001*					0.758
<b>Kaygı Envanteri</b>	28.6±10.74	24.8±7.19	34.3±11.11	37.4±12.34	(F=5.611)	25.0±8.38	28.9±10.36	28.8±10.68	27.0±10.1	( $\chi^2=1.18$ )
<b>Toplam Puanı</b>					(2-3, 2-4)					

\*p<0.05, F: Tek Yönlü Varyans Analizi test değeri;  $\chi^2$ :Kruskal Wallis Varyans Analizi test değeri

#### 4.10. Ölçek Puanlarının İlişkinin Değerlendirilmesi

Sporcuların EAT-26 ve EDE-Q puanları arasında pozitif ve orta düzeyde ( $r=0.498$ ,  $p<0.01$ ), EAT-26 ve SPAS puanları arasında pozitif ve zayıf ( $r=0.374$ ,  $p<0.01$ ) ve EDE-Q ve SPAS puanları arasında pozitif ve orta düzeyde ( $r=0.595$ ,  $p<0.01$ ) korelasyon saptanmıştır. Sedanterlerin EAT-26 ve EDE-Q puanları arasında pozitif ve orta düzeyde ( $r=0.507$ ,  $p<0.01$ ), EAT-26 ve SPAS puanları arasında ( $r=0.378$ ,  $p<0.01$ ) pozitif ve zayıf ve EDE-Q ve SPAS puanları arasında pozitif ve kuvvetli korelasyon saptanmıştır ( $r=0.702$ ,  $p<0.01$ ). Ölçek korelasyonlarının sporcu ve sedanter katılımcılarda ve cinsiyetler arasındaki dağılımı Tablo 4.10.1’de gösterilmiştir.

**Tablo 4.10.1. Sporcu ve Sedanterlerde Ölçek Puanları Arasındaki İlişki**

	EAT-26 /EDE-Q	EAT-26/SPAS	EDE-Q/SPAS
<b>Sporcular (Genel)</b>	0.498**	0.374**	0.595**
<b>Sporcu Kızlar</b>	0.609**	0.361**	0.577**
<b>Sporcu Erkekler</b>	0.381**	0.364**	0.607**
<b>Sedanterler (Genel)</b>	0.507**	0.378**	0.702**
<b>Sedanter Kızlar</b>	0.527**	0.391**	0.771**
<b>Sedanter Erkekler</b>	0.394**	0.285**	0.547**

\*\*0.01 düzeyinde anlamlılık

#### 4.11. Sporcuların Spora Başlama Yaşı ve Günlük Antrenman Süreleri ile Ölçek Puanlarının İlişkisi

Spora başlama yaşı ile EAT-26 ve EDE-Q puanları arasında ilişki yoktur (sırasıyla  $r=-0.023$ ,  $r=-0.108$   $p>0.05$ ) ve SPAS puanları ile ilişkileri negatif ancak önemsizdir ( $r=-0.178$   $p<0.01$ ). Günlük antrenman süresi ile EDE-Q ve SPAS puanları arasında ilişki yoktur (sırasıyla  $r=0.096$ ,  $r=-0.69$   $p>0.05$ ) ve EAT-26 ile pozitif ancak önemsiz bir ilişki bulunmaktadır ( $r=0.133$ ,  $p=0.05$ ).

**Tablo 4.11.1. Sporcuların Spora Başlama Yaşı ve Günlük Antrenman Süreleri ile Ölçek Puanlarının İlişkisi**

Ölçekler	Spora Başlama Yaşı (yıl)	Günlük Antrenman Süresi (saat)
EAT-26	-0.023	0.133*
EDE-Q	-0.108	0.096
SPAS	-0.178**	-0.69

\*0.05 düzeyinde anlamlılık

\*\* 0.01 düzeyinde anlamlılık

#### 4.12. Ölçek Puanları ile BKİ Z Skor İlişkisinin Değerlendirilmesi

Sporcularda ve sedanterlerde EAT-26 puanı ile BKİ Z Skor değerleri arasında bir ilişki saptanmamıştır ( $r=0.033$ ,  $p>0.05$ ). Sporcularda EDE-Q ve SPAS puanları ile BKİ Z Skor değerleri arasında pozitif ve zayıf bir ilişki olduğu belirlenmiştir (sırasıyla  $r=0.364$ ,  $r=0.298$ ,  $p<0.01$ ). Sedanterlerde EDE-Q puanı ile BKİ Z Skor değerleri arasında pozitif ve orta düzeyde ilişki, SPAS puanı ile BKİ Z Skor değerleri arasında pozitif ve zayıf düzeyde bir ilişki olduğu belirlenmiştir (sırasıyla  $r=0.473$ ,  $r=0.261$ ,  $p<0.01$ ).

**Tablo 4.12.1. Ölçek Puanları ile BKİ Z Skor İlişkisi**

	Sporcular (n:219)	Sedanterler (n:219)
Ölçekler	BKİ Z Skor	BKİ Z Skor
EAT-26	0.033	0.090
EDE-Q	0.364**	0.473**
SPAS	0.298**	0.261**

\*\*0.01 düzeyinde anlamlılık

#### 4.13. Ölçek Puanları ile Vücut Ağırlığının İlişkisi

Ölçek puanları ile vücut ağırlığının ilişkisi Tablo 4.13.1'de gösterilmektedir. EAT-26 puanları ile vücut ağırlığının hem sporcularda hem sedanterlerde ilişkisi bulunmamaktadır (sırasıyla  $r=-0.003$ ,  $r=0.061$ ,  $p>0.05$ ). EDE-Q ve vücut ağırlığı ilişkisi sporcularda ve sedanterlerde zayıf ve pozitif bulunmuştur (sırasıyla  $r=0.251$ ,  $r=0.261$ ,

p<0.01). SPAS ve vücut ağırlığı ilişkisi hem sporcularda hem sedanterlerde önemli bulunmamıştır (sırasıyla r=0.140, r=0.138, p<0.01).

**Tablo 4.13.1. Ölçek Puanları ile Vücut Ağırlığının İlişkisi**

	<b>Sporcular (n:219)</b>	<b>Sedanterler (n:219)</b>
<b>Ölçekler</b>	<b>Vücut Ağırlığı</b>	<b>Vücut Ağırlığı</b>
<b>EAT-26</b>	-0.003	0.061
<b>EDE-Q</b>	0.251**	0.261**
<b>SPAS</b>	0.140*	0.138*

\*0.05 düzeyinde anlamlılık

\*\*0.01 düzeyinde anlamlılık

#### **4.14. Katılımcıların Ağırlık Kaybetmeyi İsteme ve Vücut Görüntüsünden Memnun Olma Durumuyla Ölçek Puanlarının İlişkisi**

Sporcularda ve sedanterlerde ağırlık kaybetmek isteyenler istemeyenlere göre EAT-26, EDE-Q ve SPAS ölçeklerinden daha yüksek ortalamaya sahiptir ve her 3 ölçek için de gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0.05). Ağırlık kaybetmek isteyenler istemeyenlere göre daha yüksek bozuk yeme davranışı sergilemekte ve sosyal fizik kaygısı yaşamaktadır. Tablo 4.14.1.'de katılımcıların ağırlık kaybetmeyi isteme durumuyla ölçek puanlarının ilişkisi değerlendirilmiştir.

Sporcularda ve sedanterlerde vücut görüntüsünden memnun olmayanlar, vücut görüntüsünden memnun olanlara göre EAT-26, EDE-Q ve SPAS ölçeklerinden daha yüksek ortalama kaydetmiş ve her 3 ölçek için de gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.05). Vücut görüntüsünden memnun olmayanlar, memnun olanlara göre daha yüksek bozuk yeme davranışı sergilemekte ve sosyal fizik kaygısı yaşamaktadır. Tablo 4.14.2.'de katılımcıların vücut görüntüsünden memnun olma durumuyla ölçek puanlarının ilişkisi değerlendirilmiştir.

**Tablo 4.14.1. Katılımcıların Ağırılık Kaybetmeyi İsteme Durumuyla Ölçek Puanlarının İlişkisi**

	Sporcular (n:219)		Sedanterler (n:219)		p
	Ağırılık Kaybetmek isteyen (n:97)	Ağırılık kaybetmek istemeyen (n:122)	Ağırılık Kaybetmek isteyen (n:113)	Ağırılık Kaybetmek istemeyen (n:106)	
<b>Ölçek</b>	<b>(Ort ± SS)</b>	<b>(Ort ± SS)</b>	<b>(Ort ± SS)</b>	<b>(Ort ± SS)</b>	
Yeme Tutumu Testi-26	12.5±7.85	7.9±5.51	11.9±8.08	8.1±6.54	0.0001*
Yeme Bozukluğunu Değerlendirme Ölçeği	1.8±1.16	0.5±0.60	1.8±1.23	0.4±0.46	0.0001*
Sosyal Fizik Kaygı Envanteri	34.6±11.40	24.8±7.83	37.3±10.40	28.1±9.82	0.0001*

\*p<0.05

**Tablo 4.14.2. Katılımcıların Vücut Görüntüsünden Memnun Olma Durumuyla Ölçek Puanlarının İlişkisi**

	Sporcular (n:219)		Sedanterler (n:219)		p
	Memnun Olan (n:161)	Memnun Olmayan (n:58)	Memnun Olan (n:112)	Memnun Olmayan (n:107)	
<b>Ölçek</b>	<b>(Ort ± SS)</b>	<b>(Ort ± SS)</b>	<b>(Ort ± SS)</b>	<b>(Ort ± SS)</b>	
Yeme Tutumu Testi-26	9.1±6.50	12.1±7.95	8.5±6.71	11.6±8.17	0.002*
Yeme Bozukluğunu Değerlendirme Ölçeği	0.7±0.85	1.9±1.28	0.5±0.59	1.7±1.29	0.0001*
Sosyal Fizik Kaygı Envanteri	25.5±8.01	39.2±10.89	26.8±8.75	39.2±9.73	0.0001*

\*p<0.05

#### 4.15. Ağırlık Kaybetmesi Gerektiği Söylenen Katılımcıların Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi ve Ağırlık Kaybet Diyen Kişilerin Ölçek Puanlarına Etkisinin Değerlendirilmesi

Katılımcılara “kilo ver” diyen birinin olma durumuna bakılarak ölçek puanları hesaplanmıştır. Hem sporcu hem de sedanter grupta ağırlık kaybetmesi gerektiği söylenen katılımcılar, ağırlık kaybetmesi gerektiği söylenmeyen katılımcılara göre EAT-26, EDE-Q ve SPAS ölçeklerinden daha yüksek puanlar almıştır ve üç ölçek için de gruplar arası fark anlamlıdır ( $p<0.05$ ). Ağırlık kaybetmesi söylenen katılımcıların bozulmuş yeme davranışı ve beden algısı bozukluğu patolojisinin daha şiddetli olduğu görülmüştür. Sporcular için, arkadaşlarının “kilo ver” dediği katılımcılar en yüksek EAT-26 skorunu kaydetmiştir ve ailesinin kilo vermesini söylediği katılımcılara göre anlamlı derecede yüksek puan almışlardır ( $p<0.05$ ). Sporcular için arkadaşlarının kilo vermesini söylemesi YB davranışlarına diğer kişilerin söylemesinden daha fazla etkiye bulunmaktadır. EDE-Q ve SPAS ortalaması en yüksek grup ise herkesin “kilo ver” dediği sporcular olmuştur. SPAS için herkesin “kilo ver” dediği sporcular, yalnızca antrenörlerinin “kilo ver” dediği sporculara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek ortalama kaydetmiştir ( $p<0.05$ ). Çevresindeki herkesin “kilo ver” dediği sporcuların sosyal fizik kaygısının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Sedanterlerde EAT-26 ortalaması en yüksek grup arkadaşlarının kilo ver dediği katılımcılar olmuştur ancak gruplar arasında anlamlı farklılık yoktur. EDE-Q ve SPAS ortalaması en yüksek grup ise herkesin “kilo ver” dediği katılımcılar olmuştur ve EDE-Q ortalaması açısından herkesin kilo ver dediği katılımcılarla ailelerinin “kilo ver” dediği katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ( $p<0.05$ ). Etrafındaki herkes tarafından ağırlık kaybetmesi gerektiği vurgulanan sedanterlerin, daha bozuk yeme davranışı sergilediği belirlenmiştir.



**Tablo 4.15.1. Ağırılık Kaybetmesi Gerektiği Söylenen Katılımcıların Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi**

	Sporcular (n:219)		Sedanterler (n:219)		p
	Var (n:58) (Ort ± SS)	Yok (n:161) (Ort ± SS)	Var (n:61) (Ort ± SS)	Yok (n:158) (Ort ± SS)	
<b>“Kilo ver” diyen kişinin olma durumu</b>					
<b>Ölçek</b>					
<b>Yeme Tutumu Testi-26</b>	13.4±8.05	8.7±6.18	13.4±9.72	11.6±8.17	0.001*
<b>Yeme Bozukluğunu Değerlendirme Ölçeği</b>	1.9±1.19	0.7±0.89	2.2±1.23	0.7±0.84	0.0001*
<b>Sosyal Fizik Kaygı Envanteri</b>	36.7±10.58	26.4±9.39	26.8±8.75	41.0±10.47	0.0001*

\*p<0.05

**Tablo 4.15.2. Sporculara “Kilo Ver” Diyen Kişilerin Ölçek Puanlarına Etkisi**

<b>Sporcular (n:58)</b>			
<b>Ölçek</b>	<b>Kilo Ver Diyen Kişi</b>	<b>Ort ± S.S</b>	<b>p</b>
<b>Yeme Tutumu Testi-26</b>	herkes (n=11) (1)	15.3 ± 8.21	0.023* ( $\chi^2=9.529$ ) (2 - 3)
	arkadaşlarım (n=5) (2)	24.0 ± 7.45	
	ailem (n=15) (3)	10.7 ± 8.73	
	antrenörüm (n=27) (4)	12.2 ± 6.16	
<b>Yeme Bozukluğunu Değerlendirme Ölçeği</b>	herkes (n=11) (1)	2.6 ± 1.25	0.105 ( $\chi^2=6.14$ )
	arkadaşlarım (n=5) (2)	2.4 ± 1.09	
	ailem (n=15) (3)	1.8 ± 1.27	
	antrenörüm (n=27) (4)	1.6 ± 1.06	
<b>Sosyal Fizik Kaygı Envanteri</b>	herkes (n=11) (1)	45.6 ± 10.19	0.017* ( $\chi^2=10.226$ ) (1 - 4)
	arkadaşlarım (n=5) (2)	35.4 ± 15.03	
	ailem (n=15) (3)	37.5 ± 10.74	
	antrenörüm (n=27) (4)	33.0 ± 7.81	

\*p<0.05

**Tablo 4.15.3. Sedanterlere “Kilo Ver” Diyen Kişilerin Ölçek Puanlarına Etkisi**

<b>Sedanterler (n:61)</b>			
<b>Ölçek</b>	<b>Kilo Ver Diyen Kişi</b>	<b>Ort ± S.S</b>	<b>p</b>
<b>Yeme Tutumu Testi-26</b>	herkes (n=13) (1)	14.8 ± 9.49	0.466 ( $\chi^2=2.551$ )
	doktorum (n=5) (2)	9.4 ± 3.91	
	arkadaşlarım (n=13) (3)	18.3 ± 15.26	
	ailem (n=28) (4)	11.1 ± 6.47	
	öğretmenlerim (n=2) (5)	17.0± 4.24	
<b>Yeme Bozukluğunu Değerlendirme Ölçeği</b>	herkes (n=13) (1)	3.0 ± 1.05	0.023* ( $\chi^2=9.526$ ) (1-4)
	doktorum (n=5) (2)	2.7 ± 1.4	
	arkadaşlarım (n=13) (3)	2.1 ± 1.5	
	ailem (n=28) (4)	1.8 ± 1.05	
	öğretmenlerim (n=2) (5)	2. ± 0.15	
<b>Sosyal Fizik Kaygı Envanteri</b>	herkes (n=13) (1)	44.54 ± 6.46	0.442 ( $\chi^2=2.689$ )
	doktorum (n=5) (2)	43.0 ± 14.87	
	arkadaşlarım (n=13) (3)	39.5 ± 12.03	
	ailem (n=28) (4)	39.7 ± 10.73	
	öğretmenlerim (n=2) (5)	41.5 ± 9.19	

\*p<0.05

#### **4.16. Katılımcıların Tartılma Sıklığının Ölçek Puanlarıyla İlişkisi**

Sporcularda EAT-26 ve EDE-Q ölçeklerinden en yüksek ortalamayı günlük/günde birden fazla tartılan grup kaydetmiş ve günlük/günde birden fazla tartılan grubun EAT-26 puan ortalaması haftada 1 ayda 1 arası ve ayda 1 ve daha az tartılanlara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Günlük/günde birden fazla tartılan grubun diğer gruplara göre daha bozuk yeme davranışı sergilediği belirlenmiştir. EDE-Q ve SPAS puanları açısından gruplar arası fark görülmemiştir ( $p>0.05$ ).

Sedanterlerde her üç ölçekten de en yüksek puanı günlük/günde birden fazla tartılan grup almıştır ancak gruplar arası fark saptanmamıştır ( $p>0.05$ ).



**Tablo 4.16.1. Katılımcıların Tartılma Sıklığının Ölçek Puanlarıyla İlişkisi**

	Sporcular (n:219)			Sedanterler (n:219)		
	Tartılma Sıklığı	Ort ± S.S	p	Tartılma Sıklığı	Ort ± S.S	p
<b>Yeme Tutumu Testi-26</b>	Günlük/Günde birden fazla (n=30) (1)	12.8 ± 7.08	0.049* ( $\chi^2=7.848$ ) (1-3, 1-4)	Günlük/Günde birden fazla (n=13)	13.2 ± 10.77	0.461 ( $\chi^2=2.58$ )
	Haftada birden fazla (n=16) (2)	11.1 ± 6.91		Haftada birden fazla (n=12)	9.4 ± 3.85	
	Haftada bir ayda bir arası (n=81) (3)	9.7 ± 7.62		Haftada bir ayda bir arası (n=67)	10.2 ± 6.86	
	Ayda bir ve daha az (n=92) (4)	9.1 ± 6.28		Ayda bir ve daha az (n=127)	9.8 ± 7.87	
<b>Yeme Bozukluğunu Değerlendirme Ölçeği</b>	Günlük/Günde birden fazla (n=30) (1)	1.4 ± 1.18	0.224 ( $\chi^2=4.372$ )	Günlük/Günde birden fazla (n=13)	1.4 ± 1.42	0.659 ( $\chi^2=1.601$ )
	Haftada birden fazla (n=16) (2)	1.2 ± 1.17		Haftada birden fazla (n=12)	0.9 ± 0.89	
	Haftada bir ayda bir arası (n=81) (3)	1.1 ± 1.13		Haftada bir ayda bir arası (n=67)	1.3 ± 1.27	
	Ayda bir ve daha az (n=92) (4)	1.0 ± 1.03		Ayda bir ve daha az (n=127)	1.1 ± 1.10	
<b>Sosyal Fizik Kaygı Envanteri</b>	Günlük/Günde birden fazla (n=30) (1)	31.1 ± 9.85	0.363 ( $\chi^2=3.189$ )	Günlük/Günde birden fazla (n=13)	34.9 ± 14.14	0.937 ( $\chi^2=0.416$ )
	Haftada birden fazla (n=16) (2)	31.1 ± 13.26		Haftada birden fazla (n=12)	32.6 ± 10.01	
	Haftada bir ayda bir arası (n=81) (3)	28.0 ± 10.55		Haftada bir ayda bir arası (n=67)	33.3 ± 11.71	
	Ayda bir ve daha az (n=92) (4)	29.3 ± 10.68		Ayda bir ve daha az (n=127)	32.5 ± 10.62	

\*p<0.05

#### 4.17. Katılımcıların uyku süresi ve ölçek puanlarının ilişkisi

Sporcu grubunda, az uyuyanların, normal uyuyanların ve fazla uyuyanların EAT-26 ortalamaları sırasıyla;  $10.1 \pm 7.13$ ,  $9.5 \pm 7.12$  ve  $10.0 \pm 6.39$ , EDE-Q ortalamaları sırasıyla;  $1.0 \pm 1.13$ ,  $1.0 \pm 1.02$  ve  $1.3 \pm 1.05$ ; SPAS ortalamaları sırasıyla;  $28.7 \pm 10.96$ ,  $28.8 \pm 10.09$  ve  $32.4 \pm 10.24$  şeklinde belirlenmiş, her üç ölçek için de gruplar arasındaki fark önemli bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ). Sedanter grupta, az uyuyanların, normal uyuyanların ve fazla uyuyanların EAT-26 ortalamaları sırasıyla;  $10.2 \pm 7.90$ ,  $8.8 \pm 6.30$  ve  $11.3 \pm 7.51$ , EDE-Q ortalamaları sırasıyla;  $1.1 \pm 1.16$ ,  $1.0 \pm 1.24$  ve  $1.2 \pm 0.99$ , SPAS ortalamaları sırasıyla;  $32.8 \pm 10.95$ ,  $32.1 \pm 11.49$  ve  $35.3 \pm 11.82$  olarak belirlenmiş ve her üç ölçek için de gruplar arasındaki fark önemli bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ).

**Tablo 4.17.1 Katılımcıların Uyku Süresi ile Ölçek Puanlarının İlişkisi**

	Sporcular (n:219)			Sedanterler (n:219)				
	Az uyku (n:143)	Normal Uyku (n:49)	Fazla Uyku (n:27)	P	Az uyku (n:162)	Normal Uyku (n:39)	Fazla Uyku (n:18)	P
<b>Yeme Tutumu Testi-26</b>	10.1±7.13	9.5±7.12	10.0±6.39	0.751 ( $\chi^2=0.574$ )	10.2±7.90	8.8±6.30	11.3±7.51	0.448 ( $\chi^2=1.608$ )
<b>Yeme Bozukluğunu Değerlendirme Ölçeği</b>	1.0±1.13	1.0±1.02	1.3±1.05	0.153 ( $\chi^2=3.752$ )	1.1±1.16	1.0±1.24	1.2±0.99	0.317 ( $\chi^2=2.298$ )
<b>Sosyal Fizik Kaygı Envanteri</b>	28.7±10.96	28.8±10.09	32.4±10.24	0.236 (F=1,455)	32.8±10.95	32.1±11.49	35.3±11.82	0.581 (F=0,544)

## 5. TARTIŞMA

### 5.1.Katılımcıların Antropometrik Ölçülerinin Değerlendirilmesi

Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA) 2010’da, 6-18 yaş grubu çocuklar (n: 2266; erkek:1150, kız:1116) “WHO 5-19 yaş grubu çocuklar için referans değerleri-2007” kullanılarak değerlendirilmiş ve yaşa göre boy uzunluğu z-skor değerleri verilmiştir. Çocukların %6.8’inde çok kısa boy ve %18.3’ünde kısa boy değerleri saptanmıştır. Türkiye genelinde yaşa ve cinsiyete göre çok uzun boylu olan çocuk sayısı oldukça azdır. Kızlarda (%61.3) ve erkeklerde (%62.4) yaşa göre boy uzunluğu normal olanların oranı benzer bulunmuştur (171).

Bizim çalışmamızda ise yaşa göre boy persentilleri incelendiğinde tüm bireylerin %68.7’sinin (n:301) normal boy uzunluğuna sahip olduğu, %19.9’unun (n:87) uzun, %7.8’inin (n:34) çok uzun, %2,7’sinin (n:12) kısa, %0.9’unun (n:4) çok kosa olduğu belirlenmiştir. Sporcuların %64.8’ünün (n:142) normal, %22.4’ünün (n:49) uzun, %10.5’unun (n:23) çok uzun, %0.9’unun (n:2) kısa, %1.4’inin (n:3) bodur, sedanterlerin ise %72.6’sının (n:159) normal, %17.4’ünün (n:38) uzun, %5’inin (n:11) çok uzun, %4.5’inin (n:10) kısa, %0.5’inin (n:1) bodur olduğu belirlenmiştir. Sporcularda sedanterlere göre çok uzun boylu kişi sayısının daha yüksek olmasının, spor yapmanın kas ve kemik gelişimini artırmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

TBSA verilerine kıyasla çalışmamızda çok uzun boylu sayısının daha yüksek, bodurluk prevalansının daha düşük olmasının, bizim çalışmamıza sporcu adölesanların dahil edilmesinden ve bölgesel farklılıklardan kaynaklandığı düşünülmektedir. Çalışmamızın örneklemini Mersin ilindeki adölesanları temsil ederken, TBSA’ya göre en yüksek oranda bodruluğun olduğu bölgeler Batı Anadolu (%12.3), Güneydoğu Anadolu (%9.7), Kuzeydoğu Anadolu (%8.0) ve Ortadoğu Anadolu (%8.0) bölgeleridir (171).

TBSA’da 6-18 yaş grubu çocukların (n:2248) %58.7’sinin yaşa göre normal beden kütle indeksi değerlerinde olduğu, %8.2’sinin şişman (obez), %14.3’ünün hafif şişman, %14.9’unun zayıf ve %3.9’unun ise çok zayıf olduğu bulunmuştur. Akdeniz bölgesinde çok zayıf olanların oranı %7.3 ile en yüksektir (171).

Bizim çalışmamızda ise BKİ Z skor değerlerine göre tüm bireylerin %77.4'ünün (n:339) normal, %14.6'sının (n:64) hafif şişman, %5.7'sinin (n:25) obez, %2.3'ünün (n:10) zayıf, sporcuların %79.5'inin (n:174) normal, %13.2'sinin (n:29) hafif şişman, %6.4'ünün (n:14) obez, %0.9'unun (n:2) zayıf, sedanterlerin ise %75.3'ünün (n:165) normal, %16.0'sının (n:35) hafif şişman, %5.0'inin (n:11) obez, %3.7'sinin (n:8) zayıf olduğu belirlenmiştir. Her iki grupta da çok zayıf sınıflandırmasına giren adölesan bulunmamaktadır. İki çalışma kıyaslandığında TBSA'da zayıflık ve çok zayıflık yüzdesinin daha yüksek olmasının, kentsel/kırsal açıdan bölgesel farklılıklardan, sosyoekonomik durumdan, ailelerin beslenme konusundaki bilgi düzeyi farklılıklarından kaynaklandığı düşünülmektedir. Hafif şişmanlık prevalansının benzer olmasıyla birlikte, veriler hafif şişmanlık durumunun oldukça önemli bir sorun olduğu ve gerekli önlemler alınmadığında şişmanlık sorununa doğru kaymanın olabileceğini göstermektedir.

## **5.2.Katılımcıların Kronik Hastalıklarının Sıklığının Değerlendirilmesi**

Adölesan yaş grubuna odaklanan verilerinin eksikliğinden ve kullanılan metodoloji ve tanımların çeşitliliğinden dolayı adölesanlar arasındaki kronik hastalıkların prevalansının değerlendirilmesi zordur. Kronik sağlık koşulları; tanımı, süresi, başlangıç yaşı, yaşa uygun aktivitenin sınırlandırılması, görünürlük, beklenen sağkalım, fizyolojik işlevsellik, kognisyon, duygusal/sosyal bozukluk, duygusal işlevsellik, iletişim bozukluğu, klinik seyir ve sağlık sonuçları gibi pek çok konuyu içermektedir. Örneğin, astım için, kullanılan tanımlar "hırıltılı solunumun bulunması durumu"ndan "bir hekim tarafından teşhis edilmiş" olması gibi başka birçok tanımla farklılık göstermektedir. Hafif astım veya düzeltilbilir görme bozuklukları gibi durumlar dahil edilirse, adölesan döneminde kronik hastalıkların prevalansı %15'e kadar çıkabilmektedir. Tanımlar daraltılırsa, yaygınlık yarıya inmektedir (172).

Örneğin Jin ve arkadaşları 2017'de yaptıkları çalışmalarında, kronik hastalığı "yaşamı engelleyen ve/veya bir yıl boyunca 3 aydan fazla süre tedavi gerektiren hastalıklar" olarak tanımlamış ve bu durumda dünya geneli prevalansının %15-20 olduğunu bildirmişlerdir (173).

Newacheck ve ark. (174) adölesanlarda kronik hastalıkların yaygınlığını ve etkisini değerlendirmek için 10-17 yaş arasındaki toplam 7465 adölesanı çalışmalarına



dahil etmiştir. Başlangıcı çalışmanın başlangıcından 3 ay öncesine dayanan hastalıklar ile artrit ve kalp hastalığı gibi uzun süreceği kabul edilen hastalıkları kronik hastalık olarak tanımlamışlardır. Sonuçta, Amerika'daki adölesanların tahmini olarak %31.5'inin bir veya daha fazla kronik hastalığa sahip olduğu saptanmıştır. En sık bildirilen kronik rahatsızlıklar arasında; solunum alerjileri, astım ve sık veya ciddi baş ağrıları bulunmuştur. Kronik hastalıklarla davranış problemleri arasında ilişki bulunmuş olup, kronik hastalığı olan adölesanların, kronik hastalığı olmayanlara göre ortalama olarak %23 daha fazla davranış problemi olduğu bildirilmiştir ( $p<0.01$ ).

Bizim çalışmamızda adölesanlarda kronik hastalık prevalansının %8.0 çıkmasının, kronik hastalık için doktor tarafından tanı almış olanları dahil edilmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

### **5.3.Katılımcıların Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi**

Yeme bozuklukları, vücut ağırlığı veya şekli ile aşırı meşgul olma ile karakterize olup özellikle ergenlik çağında gelişmesi durumunda ciddi fiziksel ve psikolojik sonuçlara neden olabilmektedir (175).

Anoreksiya nevroza, bulimia nevroza ve diğer yeme bozukluklarının çocuklarda ve ergenlerde görülme sıklığının artmasından dolayı, pediatristlerin bu bozuklukları erken teşhis etmeleri ve uygun tedavileri uygulamaları önemlidir. Epidemiyolojik çalışmaların sonuçları, yeme bozukluğunun çocuk ve ergenlerde 1950'lerden itibaren istikrarlı bir şekilde arttığını göstermektedir (176).

Yeme bozuklukları, sporcu sağlığı ve performansı üzerine yıkıcı etkilere neden olabilmektedir. Yeme bozukluklarının epidemiyolojisinin ve patofizyolojisinin anlaşılması, klinisyenlere risk altındaki sporcuların taranması ve tedavilerinin sağlanması konusunda olanak tanımaktadır. Erken ve kapsamlı bir şekilde müdahale ederek, klinisyenler oluşabilecek ciddi sağlık ve performans sonuçlarını azaltabilmektedir (7).

Yeme bozukluklarının taranması açısından şimdiye kadar en çok kullanılan araçlardan biri Garner ve Garfinkel'in geliştirdiği Yeme Tutum Testi-26 dır (149). EAT-26'nın bulimia ve besinle meşguliyet, diyet yapma, oral kontrol alt ölçeklerine bölünmesi aynı anketten daha fazla bilgi edinmeyi sağlamaktadır. Diyet yapma alt

ölçeği çarpık beden imajı ile yakından bağlantılıdır. Bulimia alt ölçeği beden imajı ve bulimik davranış eğilimi hakkında, oral kontrol ise kendini kontrol etme eğilimi hakkında bilgi sağlamaktadır (177).

Fortes ve ark. (178) 10 ile 19 yaş arasında olan adölesan sporcularda (464 erkek ve 116 kadın) ve sedanterlerde (163 erkek ve 199 kadın) yeme bozukluğu sıklığını EAT-26 ile araştırmıştır. EAT-26 skorlarına göre, sporcu kızların %18.1'inde, sporcu erkeklerin %14.4'ünde, sedanter kızların %26.1'inde ve sedanter erkeklerin %15.3'ünde YB semptomları olduğu bulunmuştur. Gruba bakılmaksızın diyet alt ölçeğinde kadınlar erkeklerden daha yüksek skorlar kaydetmişlerdir ( $p=0.001$ ). Ancak, bu alt ölçekte sporcu olmayan erkekler, erkek sporcular ile karşılaştırıldığında daha yüksek puan almışlardır ( $p=0.03$ ). Aynı şekilde, sporcu olmayan erkeklerin, erkek sporcular ile karşılaştırıldığında, daha uzun sürelerde besin kısıtlaması yaptıkları ve beden memnuniyetsizliklerinin daha fazla olduğu gösterilmiştir. Kadın sporcuların bulimia ve besinle meşguliyet alt ölçeğinde diğer gruplara göre daha yüksek puanlar kaydetmeleri önemli bir sonuç olarak vurgulanmıştır ( $p=0.03$ ). Sporcu olmayan erkeklerin, erkek sporculara kıyasla tıknama sıklığı daha yüksek bulunmuştur ( $p=0.03$ ). Bulgular kadın sporcuların sağlıksız ağırlık kontrol metodlarını izleyen tıknircasına yeme ataklarını, sporcu olmayan adölesanlara ve erkek sporculara göre daha fazla yaşadıklarını göstermiştir. Son olarak, gruba bakılmaksızın kadınlar erkeklere kıyasla oral kontrol ve diyet alt ölçeklerinde daha fazla puan kaydetmişlerdir ( $p=0.04$ ).

Bizim çalışmamızda da hem sporcu hem sedanter grupta kızlar erkeklerden toplam puan ve tüm alt ölçeklerden daha fazla puan almışlar ve diyet yapma alt ölçeği ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Bu bulgular, sporcu/sedanter olmasına bakılmaksızın kızların erkeklere göre yüksek kalorili besinlerin alımını daha sıklıkla kısıtladıklarını göstermektedir. Sedanter kızlarla sporcu kızlar ve sedanter erkeklerle sporcu erkekler arasında, toplam ve alt ölçek ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur. Sonuçlar ayrıca besin alımıyla ilgili çevresel ve sosyal baskıların spor yapma durumuna bakılmaksızın kadınlar üzerinde erkeklerden çok daha fazla etkiye sahip olduğunu ortaya koymuştur.

Başka bir çalışmada, yaş ortalaması  $16.2 \pm 1.5$  olan 61 ritmik jimnastikçi, yaş ortalaması  $15.8 \pm 1.2$  olan 42 senkronize yüzücü ve yaş ortalaması  $16.3 \pm 86$  olan sporcu olmayan 49 kız öğrencinin yeme davranışları, EAT-26 kullanılarak incelenmiştir. Ritmik jimnastik grubu sadece en yüksek değeri değil aynı zamanda en çok uç değerleri alan grup olmuştur. Ayrıca 61 jimnastikçiden %37.7'si (n:23), EAT-26'nın kesme noktasını aşarken, 42 yüzücünden sadece %7.1'i (n:3) kesme noktasını aşan puanlar almıştır. Sporcu olmayanların tümü 20 puanın altında skorlar kaydetmiştir ( $p < 0.001$ ). Bizim çalışmamızın aksine bu çalışmada sporcularla sedanterler arasında kesme noktası açısından fark görülmesinin nedeninin, yalnızca jimnastik gibi estetiğe ve zayıflığa atıfta bulunan bir branşın sedanterlerle kıyaslanmasının olduğu düşünülmektedir (179).

Yeme Bozukluğunu Değerlendirme Ölçeği (EDE-Q), bozuk yeme davranışının psikopatolojisine dair öz bildirim formatında kapsamlı bir değerlendirme sağlayan 28 soru ve yedili likert ölçeğinden oluşan ve 4 alt ölçeği (kısıtlama, yeme endişesi, beden şekli endişesi ve ağırlık endişesi) içeren bir testtir (155, 180). Yeme bozukluğu davranışının spesifik psikopatolojisinin kapsamlı bir değerlendirmesini sağlamaktadır. (181).

Darcy ve ark. (182) 18-26 yaş arası 1637 sporcu ve sedanter bireyi dahil ettikleri çalışmalarında, EDE-Q kullanarak yeme bozukluğuna, spora katılım düzeyi ve cinsiyetin etkisini araştırmayı amaçlamıştır. Örneklem cinsiyete ve spora katılım seviyesine göre; düşük aktivite grubu (düzenli egzersiz ve spor yapmayan), müsabakalara katılmadan egzersiz yapanlar, müsabakalara katılan sporcular ve müsabakalara ve rekreasyon sporlara katılanlar olarak 4 gruba ayrılmıştır. Yüzme, dalış, amigoluk, dans, koşu, triatlon, jimnastik, kürek, güreş, bisiklet, binicilik, figür pateni, senkronize yüzme, futbol, su topu, lacrosse, ragbi, frizbi, voleybol, futbol, saha hokeyi, buz hokeyi, basketbol, eskrim, golf, powerlifting, squash, dövüş sanatları, ve tenis gibi branşları dahil eden çalışmada birçok katılımcı birden fazla spor branşında yer almaktadır. Bu çalışmada kısıtlama alt ölçeği dışında, global skorda ve tüm alt ölçeklerde, cinsiyet ve spor durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Cinsiyetin tüm değişkenler üzerinde belirgin etkileri olmuş, kadın gruplar anlamlı derecede yüksek puan almıştır ( $p < 0.001$ ). Müsabakalara katılan sporcu erkeklerin ağırlık endişesi, beden şekli endişesi ve global skorda müsabakalara katılmadan egzersiz

yapan erkeklerden anlamlı derecede düşük puanlar aldığı görülmüştür. Düşük aktiviteli erkekler kısıtlama üzerinde hem müsabakalara katılmadan spor yapan hem de müsabakalara ve rekreasyon sporlara katılan erkeklerden daha düşük puan almıştır. Yeme endişesi üzerinde gruplar arasında bir fark tespit edilmemiş, düşük aktivite yapan grupta, kompulsif veya yönlendirici egzersiz seviyelerinin müsabakalara katılmadan egzersiz yapan ve müsabakalara ve rekreasyonel sporlara katılan gruplara göre anlamlı derecede düşük olduğu bulunmuştur ( $p<0.001$ ). Kadınlar arasındaki karşılaştırmalar, düşük aktivite grubunun, kısıtlama konusunda müsabakalara katılmadan egzersiz yapan ve müsabakalara ve rekreasyonel sporlara katılan gruplara göre daha az semptomatik puana sahip olduğunu ortaya koymuştur. Aynı sonuç ağırlık endişesi ve global skorda da gözlemlenmiştir. Buna ek olarak, müsabakalara katılan kadınlar her alt ölçekte müsabakalara katılmadan egzersiz yapan ve müsabakalara ve rekreasyonel sporlara katılan kadınlara göre, anlamlı olarak daha düşük ortalama puanlar almıştır ( $p<0.001$ ). Kompulsif egzersiz haricinde YB davranışlarında, kadın gruplar arasında düşük aktivite grubunda diğer tüm gruplara göre anlamlı olarak daha az sayıda atak gözlemlenmiştir (182).

Bizim çalışmamızda ise kısıtlama dışında tüm alt ölçeklerde ve global skorda sedanter kızlar sedanter erkeklere göre, anlamlı derecede yüksek puanlar almışlardır ( $p<0.05$ ). Kız sporcularda kilo endişesi hariç tüm alt ölçeklerde ve global skorda en yüksek puan ortalamasını takım sporcuları kaydetmiştir. Kilo endişesi ölçeğinde, en yüksek puanı ise dövüş sporcuları kaydetmiştir. Dayanıklılık sporcularının kısıtlama ve kilo endişesi alt ölçeği ve global skor ortalamaları takım ve dövüş sporcularına göre, yeme endişesi ve beden şekli endişesi alt ölçek puanları dövüş sporcularına göre anlamlı şekilde düşük bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Takım sporcularının kısıtlama, yeme endişesi ve beden şekli endişesi alt ölçeklerinde en yüksek ortalamayı kaydetmelerinin sebebi takım arkadaşları arasında görüntü ve performans rekabetinin ve sağlıksız yeme davranışlarına teşvik etmesinin olabileceği düşünülmektedir. Kilo endişesi ölçeğinde ise en yüksek puanı dövüş sporcularının kaydetmesi durumu, bu grubu karate, taekwondo ve boks gibi sıklet ve eskrim gibi estetiği ön plana çıkaran sporların oluşturmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Erkek sporcularda global skor ve tüm alt ölçek puan ortalamaları açısından spor türleri arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamsızdır. Spor branşına bakılmaksızın

kız ve erkek sporcular arasında global skor ve alt ölçek ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur. YB davranışlarına bakıldığında tüm davranışlar sporcularda sedanterlere göre daha fazla görülmüş ancak gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Subjektif tıknama ve laksatif istismarı hariç diğer tüm davranışlarda düzenli görülme, sporcularda daha fazladır ancak sedanterlere göre anlamlı farklılık göstermemiştir.

Olumsuz beden imajı, kişinin görünümüne yönelik memnuniyetsizlik hissi ve çarpıtılmış algısı olarak tanımlanabilmektedir (183). Sosyal Fizik Kaygısı, beden imajı memnuniyetsizliği ve yeme bozukluklarıyla yüksek oranda ilişkili olduğu bulunan bir sosyal kaygı formudur. Sosyal açıdan endişeli bireyler gibi, yüksek sosyal fizik kaygılı insanlar, başkaları üzerinde olumlu bir izlenim bırakmayı amaçlamakta ve negatif değerlendirilmelerden korkmaktadırlar (184).

Sosyal Fizik Kaygı Envanteri (SPAS), başkaları kişinin bedenini olumsuz olarak değerlendirdiğinde ya da öyle düşünüldüğünde, yaşadığı kaygıyı ve fiziksel değerlendirilme sırasında kişinin görünümüyle ilgili negatif düşünceleri ölçmektedir. Bu ölçekteki maddeler, özellikle vücudun form ve yapısıyla (örneğin vücut yağı, kas tonu ve genel vücut oranları) ilgili endişeleri içermektedir (185).

Bu perspektif doğrultusunda yapılan araştırmalar, sporcuların genel popülasyona kıyasla yeme bozuklukları ve beden algısı bozukluğu açısından daha yüksek risk altında olduğu veya sporcuların, muhtemelen artan benlik saygısının bir sonucu olarak, sporcu olmayanlara göre daha düşük beden imajı kaygıları bildirdikleri çalışmalar olmak üzere ikiye ayrılmıştır (117).

Çalışmamızda da sedanterlerin sporculara göre SPAS toplam ve alt ölçek puan ortalamaları daha yüksek bulunmuş ve sedanterlerin sosyal fizik kaygısının sporculara göre daha yüksek olduğu görülmüştür ( $p<0.05$ ).

Varnes ve arkadaşları (94) sporcu ve sporcu olmayanlar üzerinde beden imajıyla ilgili yapılan çalışmalardan hazırladıkları bir derlemede, spora katılımın beden imajı kaygılarından sporcuları koruduğunu ancak bu korumanın, kadınlarda ve üst düzey sporcularda daha az görüldüğünü belirtmiştir.

Hausenblas ve ark (119) yaptıkları derlemenin sonucu olarak, sporcuların kontrol gruplarına göre daha pozitif bir beden imajına sahip olduklarını göstermiştir.

Bu sonuçlar, sporcuların yüksek fiziksel aktivite düzeyleri nedeniyle, kadınlar için ince/yağsız, erkeklere için ise az yağlı ve kaslı olarak belirlenen günümüz estetik ideallerine daha yakın olmalarından kaynaklanabilmektedir. Ayrıca bu bulgu, fiziksel aktiviteye katılımın pozitif beden imajı ile ilişkili olan pozitif psikolojik özelliklerdeki (örneğin, artmış benlik saygısı, azalmış ruh hali bozukluğu) artışlarla ilişkili olması gerçeğine bağlı da olabilmektedir (119).

Başka bir çalışmada farklı spor dallarından 316 Avustralyalı elit sporcu (kadın n:181, erkek n:135) incelenmiştir. Çalışmaya katılan erkeklerin yaş ortalaması  $19.3 \pm 4.07$ , kadınlarıki ise  $18.5 \pm 4.11$  dir. Erkeklerin SPAS skor ortalaması  $20.3 \pm 6.39$  kadınlarıki ise  $26.0 \pm 7.43$  olarak hesaplanmış ve aralarındaki istatistiksel farkın anlamlı olduğu belirtilmiştir ( $p < 0.001$ ) (186). Bizim çalışmamızda da kız sporcuların erkek sporculara göre SPAS toplam ve alt ölçek puanlarının ortalamaları daha yüksektir ve aralarında istatistiksel açıdan fark bulunmaktadır ( $p < 0.05$ ). Bu bulgular sporun beden imajı açısından koruyucu özelliğinin, cinsiyetler üzerinde kıyaslayan çalışmalara ihtiyaç olduğunu vurgulamaktadır.

Kadın ve erkeklerdeki Sosyal Fizik Kaygısı farkını araştıran başka bir çalışmaya, 255 egzersiz yapan birey, 261 elit sporcu, 350 sedanter birey dahil edilmiş ve sosyal fizik kaygı düzeylerini ölçmek için SPAS kullanılmıştır. Çalışmanın sonuçlarında, sosyal fizik kaygı düzeyinin cinsiyet ve spora katılım düzeyine göre farklılık gösterdiği bulunmuş, kadınlar erkeklere göre ve sedanter bireyler egzersiz yapanlara ve elit sporculara göre daha yüksek SPAS skoru kaydetmişlerdir ( $p < 0.01$ ). Kadınların ve erkeklerin sosyal fizik kaygı düzeyleri spora katılım düzeyine göre farklılık göstermemiştir (187).

Bizim çalışmamızda da sedanterlerin, sporculara göre daha yüksek SPAS puanı aldığı, hem sporcu hem de sedanterlerde kadınların erkeklere göre daha yüksek SPAS toplam ve alt ölçek puanı aldığı ve aralarında anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ( $p < 0.05$ ). Spor türlerine bakıldığında kız sporcularda kuvvet sporcularının takım ve dövüş sporcularına göre SPAS toplam puanının anlamlı olarak daha düşük olduğu görülmüştür ( $p < 0.05$ ). Bu sonuçlar dikkate alındığında kızlarda takım arkadaşlarıyla

yaşanan fiziksel rekabetin sosyal fizik kaygısını artırma olasılığını akla getirmektedir. Dövüş sporlarındaki karate, boks, taekwondo gibi sıklet, eskrim gibi estetiğin ön planda olduğu sporlar, vücut ağırlığına ve görüntüsüne verilen önemi artırıyor gibi de görünmektedir.

Beden algısıyla ilgili yapılan çalışmalar, toplumun ve medyanın ince olmaya dair yaptığı baskıların bireyler tarafından içselleştirilmesi sonucu, beden memnuniyetsizliği oluştuğunu bunun da yeme bozukluğuna dönüşebilecek sağlıksız diyet davranışlarını teşvik ettiğini ileri sürmektedir (188).

Bizim çalışmamız ve incelenen çalışmalar göz önüne alındığında, sedanterlere göre sporcularda beden memnuniyetinin daha fazla olduğu açık bir şekilde görülmektedir. Ancak hem sporcularda hem sedanterlerde erkeklere kıyasla kızların sosyal fizik kaygısının daha yüksek olması kızların çevreden, spor ortamından veya medyadan gelen baskıları daha çok içselleştirdiklerini ve bu baskıların beden imajı konusunda sporun koruyucu etkisini zayıflattığını düşündürmektedir. Yine, hem sporcu hem sedanter kızların, diyetel kısıtlamayı daha sık gerçekleştirmeleri yeme davranışını spor yapıp yapmamaktan ziyade cinsiyetin etkilediğini göstermektedir. Korelasyon analizine göre beden imajı ve yeme davranışının en kuvvetli etkileşim içinde olduğu grubun sedanter kızlar olduğu görülmüştür. Sedanter kızlar, yeme davranışını vücut görüntüsü için düzenliyor gibi görünmektedir. Sporcu kızlarda sedanter kızlara göre daha zayıf bir ilişki görülmesi, yeme davranışının düzenlenmesine beden imajının yanında performans kaygısı gibi başka faktörlerin de katkıda bulunduğunu düşündürmektedir. Sporcu erkeklerde sedanter erkeklere göre beden imajı ve yeme bozukluğu ilişkisinin daha kuvvetli olması, sedanter erkeklerin beden imajı kaygılarını yeme düzenlerine daha az yansıttığını, yeme bozukluğu riskinden en uzak grup olduklarını göstermektedir.

#### **5.4.Sporcuların Antrenman Süreleri ve Ölçek Puanlarıyla İlişkisi**

Çalışmamızda sporcuların antrenman süreleri haftalık ortalama  $9.2 \pm 5.06$  saat, günlük ortalama  $122.3 \pm 39.17$  dakika olarak hesaplanmıştır. Günlük antrenman süresi ile EDE-Q ve SPAS puanları arasında ilişki yoktur (sırasıyla  $r=0.096$ ,  $r=-0.69$   $p>0.05$ ) ve EAT-26 ile pozitif ancak önemsiz bir ilişki bulunmaktadır ( $r=0.133$ ,  $p=0.05$ ).

Hausenblas ve Fallon (189) yaptıkları bir meta-analiz çalışmasında, egzersizin beden imajı üzerindeki etkisini araştıran 121 makaleyi değerlendirmiştir. Ortalama egzersiz süresi 50 dk (minimum 20dk - maksimum 80 dk), ortalama egzersiz sıklığı ise haftada 3 (minimum 1-maksimum 5) olarak bulunmuştur. Ancak egzersiz sıklığı ve süresinin beden imajı üzerindeki etkisi açısından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Öte yandan egzersiz yoğunlukları kıyaslandığında; düşük şiddetli egzersizin orta ve yoğun şiddetli egzersize göre beden imajı üzerindeki etkisinin anlamlı derecede daha az olduğu görülmüştür. Düşük şiddetli egzersizin beden imajı üzerinde neredeyse bir etkisinin olmadığı rapor edilmiştir.

Boyd ve ark. (190) kişilerin egzersize yaklaşımlarındaki farklılıkların, bir YB belirteci olup olmadığını saptamak için, YB olan 287 ve YB olmayan 613 kadını çalışmaya dahil etmiştir. İki grup arasında egzersiz süresi ve sıklığı açısından fark bulunmamıştır. Ancak YB olan grubun egzersizin benlik saygısına katkısı, yaralanma durumunda egzersizin sürdürülmesi ve egzersizle ilgili kuralların belirlenmesi gibi spesifik sorulardan aldıkları puanlar anlamlı derece yüksek bulunmuştur. Yeme bozukluğu olmayan grup ise, yeme bozukluğu olan gruba göre egzersizin ruh haline ve ağırlık kaybına katkısını sorgulayan sorulardan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puanlar almıştır. YB tanısının en iyi belirleyicilerinin; egzersiz kesintiye uğrarsa sinirlenme, başkalarının yapılan egzersiz miktarını fazla olarak tanımlaması, egzersizle ilgili sorun yaşama/hissetme gibi durumlar olduğu gösterilmiştir.

Sonuç olarak yeme bozukluğunu ve beden algısını değerlendirirken, egzersiz miktarından veya sıklığından ziyade egzersizle ilgili belirli düşüncelerin, duyguların ve alışkanlıkların ele alınması gerekmektedir. Ayrıca, çalışmalar beden imajı dahil olmak üzere egzersizin sağlıkla ilgili faydalarını görmek için, süre ve sıklıktan bağımsız olarak orta ve/veya şiddetli yoğunluk içeren egzersizlerin gerekli olduğunu düşündürmektedir.



## 5.5.Vücut Ağırlığı ve Görüntüsüyle İlgili Bulguların Değerlendirilmesi

### 5.5.1. Ağırlık Kaybetme İsteği, Ağırlık Kaybetmek İçin Kullanılan Yöntemler, Vücut Görüntüsünden Memnun Olma ve Ölçek Puanlarıyla İlişkisi

Sporcularda ve sedanterlerde ağırlık kaybetmek isteyenlerin istemeyenlere göre EAT-26, EDE-Q ve SPAS ortalamaları daha yüksektir ve her 3 ölçek için de gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0.05$ ). Sporcuların %31.1'i (n:68), sedanterlerin %32.4'ü (n:71) şu an ağırlık kaybetme çabası içinde olduklarını bildirmişlerdir. Sporcularla sedanterler arasında ağırlık kaybetmeye çalışma durumu açısından istatistiksel olarak fark yoktur ( $p>0.05$ ). Sporcuların ve sedanterlerin ağırlık kaybetmek için kullandıkları yöntemler arasında daha fazla egzersiz yapmak (sporcularda %63.2, sedanterlerde %56.3), az yemek (sporcularda %44.1, sedanterlerde %52.1), daha çok su içmek (sporcularda %26.5, sedanterlerde %49.3), tatlı yemeyi azaltmak/kesmek (sporcularda %26.5, sedanterlerde %36.6), karbonhidratlı yiyecekleri azaltmak/kesmek (sporcularda %11.8, sedanterlerde %29.8), öğün atlamak (sporcularda %8.8, sedanterlerde %8.5), düzenli beslenme (sporcularda %1.5, sedanterlerde %1.4), diyet hâpi kullanmak (sedanterlerde %1.4) gibi davranışlar bulunmaktadır.

Sporcuların %73.5'i (n:161), sedanterlerin ise %51.1'i (n:112) vücut görüntüsünden memnun olduğunu belirtirken, sporcuların %26.5'i (n:58), sedanterlerin %48.9'i (n:107) vücut görüntüsünden memnun olmadığını belirtmiştir. Sporcuların sedanterlere göre vücut görüntülerinden daha memnun oldukları saptanmıştır ( $p<0.05$ ).

Sporcularda ve sedanterlerde ağırlık kaybetmek isteyenler istemeyenlere göre EAT-26, EDE-Q ve SPAS ölçeklerinden daha yüksek puanlar almıştır ve her 3 ölçek için de gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0.05$ ). Sporcularda ve sedanterlerde vücut görüntüsünden memnun olmayanlar, vücut görüntüsünden memnun olanlara göre EAT-26, EDE-Q ve SPAS ölçeklerinden daha yüksek ortalama puanlar kaydetmiş ve her 3 ölçek için de gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

Rouveix ve ark. (191), judo sporcularını sporcu olmayan kontrollerle karşılaştırmıştır. Genel olarak, sporcular ve kontroller arasında ağırlık kaygıları açısından bazı farklılıklar bulunmuştur. Kadın sporcular ağırlıklarından daha az memnun olduklarını ve kontrollere göre daha düşük bir vücut ağırlığına sahip olmak istediklerini bildirmişlerdir. Ayrıca, kadın sporcuların ağırlıklarında daha fazla dalgalanmalar gözlemlenmiştir. Ancak, memnuniyet ve algıdaki bu farklılıklar anlamlı bulunmamıştır. Rouveix ve arkadaşlarının çalışmasında ağırlık kaygılarının ve dalgalanmalarının sporcularda daha fazla görülme durumunun, judonun sıklet sporu olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Sporcuların müsabakalara katılmak için sıkletlerini sabit tutmaya çalışmaları ağırlıkla ilgili memnuniyetsizliklerini ve ağırlık dalgalanmalarını artırabilmektedir.

Gusella ve ark. (192) 6, 7 ve 8. sınıftaki 247 kız ve erkek adölesanda bozuk yeme davranışları riskinin ağırlık kaybetme girişimleriyle ilişkisini incelemiştir. Ağırlık kaybetme konusundaki mevcut çabalar, 8. sınıftakilerde (kızların %41'i ve erkeklerin %9'u), 6. sınıf (kızların %14'ü ve erkeklerin %24'ü) ve 7. sınıf (kızların %21'i ve erkeklerin %13'ü) ile karşılaştırıldığında en yüksek bulunmuştur. Kilo vermeye çalışanların %71.4'ünün kilo ve boy ortalamaları normal sınırlarda, %12.2'sinin fazla kilolu ve %16.3'ünün obez olduğu görülmüştür. Yeme davranışını değerlendirmek için Yeme Tutumu Testi'nin çocuklar için geliştirilen versiyonu kullanılmıştır. Sonuçlar, çocukların %8.5'inin bozulmuş yeme davranışı açısından yüksek riskli grupta olduğunu göstermiştir. Yüksek riskli gruptakilerin %81'inin geçmişte kilo vermeye çalıştığı ve %76'sının halihazırda kilo vermeye çalışmakta olduğu gözlemlenmiştir.

Darcy ve ark. (193) anoreksia nervoza tanısı almış adölesan erkeklerde ve kızlarda EDE skorlarını kıyaslamak amacıyla bir çalışma yapmıştır. Erkekler ağırlık kaybetme arzusu gibi temel semptomları temsil eden bir dizi maddede önemli ölçüde daha düşük puanlar almışlardır. Ağırlık kaybetme arzusu arasındaki fark özellikle dikkat çekici olup, bu madde AN'nın ayırt edici özelliklerinden birini yansıtmaktadır.

Arroyo ve ark. (194) beden algısı ve memnuniyeti açısından 56 elit futbolcu ile BKİ açısından eşleşen elit olmayan sporcuları incelemiştir. Her iki grupta da yaklaşık beşte bir oranında, daha yüksek ağırlık ve daha kaslı görünüm arzusu belirlenmiştir. Beden algısı açısından elit sporcular ve kontroller arasındaki tek fark,

futbolcuların vücut büyüklüklerini kontrol grubundan daha küçük olarak algılaması olmuş ancak istatistiksel açıdan iki grup arasında fark bulunmamıştır.

Darcy ve Arroyo'nun çalışmasının sonuçları da dikkate alındığında, YB olan ve olmayan erkekler için özellikle beden imajını dahil edecek özel normların geliştirilmesi gerektiği önerilmektedir (193,194).

Güncel araştırmalar ağırlık kaybetmek için diyet yapan adölesanlarda, tıknama davranışının arttığını göstermektedir. Bu tür bulgular, her iki cinsiyette de kilolu adölesanlarda, ağırlık kaybetme girişimleri sonucunda bozulmuş yeme davranışının ortaya çıkma riskinin altını çizmektedir (195). Ayrıca kadınlara yönelik zayıflık üzerindeki toplumsal vurgu, ağırlık kaygılarına, bozulmuş beden algısına ve birçok kız ve kadın arasında YB davranışlarıyla güçlü bir şekilde ilişkili olan ağırlık kaybetme arzusuna temel olarak katkıda bulunmaktadır (196).

Sonuç olarak sporcu veya sedanter bir adölesanın ağırlık kaybetme çabası olduğunu bilmek, YB riskinin göz önünde bulundurulmasına yardımcı olabilecek ve önleyici eğitim için fırsat sağlayabilecektir. Bu nedenle, ağırlığından ve vücut görüntüsünden memnun olmayan ve diyet konusunda tecrübesi olan adölesanlara özel dikkat gösterilmelidir.

Araştırmalar, yeme bozukluğunun sağlıksız ağırlık kontrol yöntemlerinin kullanımında bir artışa eşlik edeceğini desteklemektedir. Zayıflama diyetlerine göre yeme alışkanlıklarını düzenleme, 1995 ile 2008 yılları arasında önemli ölçüde artmıştır. Bu bulgu, diyetin yeni yeme bozukluklarının en önemli belirleyicisi olduğunu düşündüren literatürle tutarlılık göstermektedir. Araştırma sonuçları, kısıtlama, laksatif veya diüretik kullanımı, kusma veya çiğneme/tükürme gibi diğer davranışlarda önemli artışlar olduğunu doğrulamamıştır. Yazarlar, kısıtlayıcı diyetin, diğer sağlıksız kilo kontrolü yöntemlerine göre daha yüksek düzeylerde olmasını, bu durumun toplum tarafından kabul edilebilir olmasına bağlamaktadırlar (197).

Ağırlık kontrol davranışı patojenik olabilmekte veya olmayabilmektedir. Patojenik olan ağırlık kontrol davranışları, ağırlık kontrolü için başvuru alan tüm sağlıksız yöntemlere atıfta bulunmakta ve kademeli veya hızlı ağırlık kaybı yöntemlerini içermektedir. Kademeli ağırlık kontrol davranışı, örneğin, kısıtlama,

seçici beslenme veya daha uzun bir süre boyunca egzersiz yoluyla daha dikkatli ve sürekli bir şekilde kilo kaybetmenin veya kazanmanın bir yöntemidir. Ancak, bu yöntemler de kontrolden çıkabilmekte ve aşırı egzersiz veya uzun süreli diyetin yeme bozuklukları için risk faktörü olan subklinik bozulmuş yeme davranışlarına yol açabilmektedir. Diğer taraftan, hızlı kilo kontrolü, daha kısa bir zaman periyodu boyunca (örneğin, kusma, saunada terleme veya laksatif gibi ilaçların kullanılması) kompensatör davranışlar yoluyla hızlı bir vücut ağırlığı değişimi ile karakterizedir. Genel olarak, vücudun şekli ya da ağırlığından ve sonuçta oluşan bir diyet davranışından duyulan memnuniyetsizliğin, yeme bozukluğunun gelişimi için risk faktörü olduğu iyi bilinmektedir (198).

Fortes ve Ferreira (178), estetik özelliklere (örneğin, dalış ve jimnastik) sahip sporcuların ve sıklet sporcularının (örneğin judo ve tekvando) sağlıksız kilo verme/kontrol yöntemlerini tetiklemek için risk faktörleri olduğunu belirtmiştir. Dolayısıyla, gelecekteki araştırmalar, örnek gruplarını spor özelliklerine göre değerlendirmelidir.

### **5.5.2. Ağırlık Kaybetmesi Gerektiği Söylenen Katılımcıların Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi**

Sporcuların %26.5'i (n:58) ve sedanterlerin %27.9'u (n:61) kilo vermeleri gerektiğini söyleyen bir kişi olduğunu bildirmiştir. Sporculara en çok %46.5 (n:27) oranla antrenörleri, sedanterlere en çok %45.9 (n:28) oranla aileleri ağırlık kaybetmeleri gerektiğini söylemektedir. Katılımcılara "kilo ver" diyen birinin olma durumuna bakılarak ölçek puanları hesaplanmıştır. Hem sporcu hem de sedanter grupta ağırlık kaybetmesi gerektiği söylenen katılımcılar, ağırlık kaybetmesi gerektiği söylenmeyen katılımcılara göre EAT-26, EDE-Q ve SPAS ölçeklerinden daha yüksek ortalamalar almış ve üç ölçek için de gruplar arası fark anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.05$ ).

Benzer şekilde Muscat ve Long (119) kadın sporcuların (n:157) ve sporcu olmayanların (n:63) ağırlık, beden şekli ve bozuk yeme davranışı semptomları üzerinde kritik yorumların rolünü incelemiş ve sonuçta hem sporcu hem de sporcu olmayanlarda olumsuz yorum alanların olumsuz yorum almayan bireylere göre daha çok bozulmuş yeme davranışı gösterdiğini belirlemiştir.

Kerr ve ark. (200) cimnastikçilerde yeme bozukluğuna etki eden faktörleri araştırmıştır. Çalışmaya katılan 95 cimnastikçinin ortalama beden kütle indeksinin normal aralıkta ( $19 \text{ kg/m}^2$ ) olmasına rağmen, katılımcıların üçte birinden fazlası (%35), ağırlık kaybetme arzusu (ortalama 11 kg) bildirmiştir, bu da onların BKİ değerlerini 17.5'in altına çekeceğinden risk teşkil etmektedir. Cimnastikçilerin %12'si antrenörlerinin ağırlık kaybetmeleri için talimat verdiğini bildirmiştir. 1'in “asla” ve 10'un “her zaman” anlamına geldiği 10 puanlık bir ölçekte, katılımcıların %44'ü antrenörlerinin bedenleri hakkında olumsuz yorumlar yaptıklarını bildirmiş ve 5 puanın üzerinde yanıtlar vermişlerdir. Bedenleri hakkında olumsuz yorum alan/duymuş olan cimnastikçilerin (%71), hiç duymayanlara göre (%23), ağırlık kaybetmeleri gerektiğine anlamlı bir şekilde inanma eğiliminde oldukları görölmüştür. Olumsuz beden yorumları almış cimnastikçilerden %13'ünde yeme bozukluklarının ve %29'unda bozulmuş yeme davranışlarının olduğu saptanmıştır. Bununla birlikte, olumsuz yorum almayan cimnastikçilerin hiç birinde yeme bozukluğu görölmemiştir.

Scoffier ve ark. (201) elit ergen kadın sporcularda (n:227) sosyal ilişkilerin (örneğin ko, arkadaş, yaşıtlar ve ebeveyn) bozulmuş yeme davranış üzerindeki etkilerini, beden algısının rolü ile incelemiştir. Sonuçlar; yaşıtları tarafından kabul edilme ve aile ilişkilerinin kalitesinin, bozuk yeme davranışıyla negatif ilişkisi olduğunu göstermiştir. Antrenör ve takım arkadaşlarıyla olan olumsuz ilişkinin ise sporcunun fiziksel kabiliyetini yetersiz algılamasına ve sonucunda bozuk yeme davranışına katkıda bulunduğu gösterilmiştir.

Hem bu çalışma hem de literatürdeki bir çok çalışmaya göre, sporcu veya sedanter adölesanların, beden görüntüsü ve ağırlıklarıyla ilgili aldıkları olumsuz yorumlar, beden algısının bozulmasını ve bozuk yeme davranışlarının artmasını tetiklemektedir. Spor ortamında sağlık profesyonelleri, sağlıksız yeme davranışlarının belirtileri ve semptomları hakkında antrenörleri eğitmek için destek sağlamalı, böylece sporcular arasındaki problemleri tespit edilmelidir. Sporcu olmayan adölesanlar için ise okullarda ve medyada ebeveynlerin, kardeşlerin ve yaşıtların bu konularda eğitimini içeren programlar düzenlenmelidir.

## 5.6.Tartılma Sıklığı ve Ölçek Puanlarıyla İlişkisi

Her ne kadar ağırlık kontrolü açısından kendi kendini tartmak yararlı olsa da, bazı araştırmacılar, depresyon ve beden imajı gibi psikolojik sonuçlar üzerindeki olumsuz etkisi ve sağlıksız ağırlık kontrol uygulamalarının benimsenmesi konusundaki endişelerini dile getirmişlerdir (202). Mevcut literatür, sürekli ağırlık koruma, tartılma ve vücut kontrolünün, bozulmuş yeme davranışı ve beden imajı riskini, büyük ölçüde artırabileceğini düşündürmektedir (203).

Vücut ağırlığını takip etme, birçok popüler ağırlık yönetimi programında kullanılan bir tekniktir. Bununla birlikte, ağırlığı takip etmenin beden imajı gibi psikolojik yapılarla nasıl ilişkili olduğu gayet iyi anlaşılmaktadır (204).

Çalışmamızda da sporcuların sedanterlere göre anlamlı şekilde daha sık tartıldığı belirlenmiştir ( $p<0.05$ ).

Klos ve ark.ın (204) çalışmasında, 268 üniversite öğrencisi (190 kadın, 78 erkek) tartılma davranışı ve beden imajı ile ilgili anketleri tamamlamıştır. Kadınlarda sık tartılma, şişmanlıktan korunma çabası ve beden şekli endişesi ile, erkeklerde ise sık tartılma, daha fazla beden memnuniyeti, sağlık ve fitness ile ilişkilendirilmiştir. Sonuçlar, kendi kendine tartılmanın oldukça yaygın bir davranış olduğunu, ancak vücut imajıyla ilişkisinin karmaşık ve cinsiyete özgü olduğunu göstermektedir.

Yeme bozukluğu olan bireylerde tartılma sıklığına bakan bir çalışmada, günde birden fazla tartılmanın en çok BN ve başka türlü sınıflandırılmayan yeme bozukluklarına göre daha çok erkekler olmak üzere AN hastaları tarafından gerçekleştirildiği gözlemlenmiştir. Bu farklılığın cinsiyetle ilgili genel bir özelliği yansıtmadığı araştırılmasının gerektiği belirtilmiştir (205). Yeme bozukluğu olan bireylerde tartılma sıklığına bakan bir başka çalışmada, tartılma sıklığının YB şiddeti ile ilişkili olduğu ve en sık tartılma davranışının sırasıyla AN, BN ve tıknircasına yeme bozukluğu olan bireylerde gözlemlendiği saptanmıştır (206).

Galli ve ark. (207) yaptıkları çalışmada, 758 erkek sporcuda beden ideallerinin içselleştirilmesi, ağırlığa/bedene ilişkin sosyal baskılar, beden memnuniyeti, diyetle ilgili düşünceler, kaslılığa yönelik çaba ve bulimik semptomatoloji üzerine takımla birlikte tartılma ve kendi kendine tartılma sıklığı arasındaki ilişkiyi incelenmiştir.

Haftada yediden fazla kez tartılan sporcuların, kilo vermeye çalışan, yağsız ve kaslı olmakla ilgili baskı hisseden, en sık kas geliştirme davranışlarıyla uğraşan, en sık diyet yapan ve en yüksek bulimik semptomlara sahip olan grup olduğu saptanmıştır. Ayrıca, zorunlu tartılan takımlardaki sporcuların, tartılmayanlara kıyasla daha fazla kaslanmaya yönelik davranışlar ve diyet kısıtlaması ile uğraştıkları görülmüştür. Özellikle gönüllü olarak yapılan tartılmanın, görünüşe, beden ebatına/şekline ve ağırlığa karşı aşırı algıya katkıda bulunabildiği, bu da yeme ve beden değişikliği ile ilgili çeşitli davranışlara yol açabildiği saptanmıştır.

Tüm bunlar değerlendirildiğinde, fiziksel olarak aktif/inaktif kadın/erkek bireylerde tartılmanın hem sıklığı hem de sebepleriyle birlikte, YB ve beden algısı üzerindeki etkilerini incelemek gelecek araştırmalar için bir çalışma konusu gibi görünmektedir.

### **5.7.Uyku Süresi ve Ölçek Puanlarıyla İlişkisi**

Yeme bozukluklarının uyku ile ilişkisini inceleyen çalışmaların iki ana odak noktası; anoreksiya nervozadaki kronik açlığın ve bulimia nervozadaki sürekli değişen yeme düzeninin, uyku düzenleyici süreçler üzerindeki etkileri olmuştur. Öte yandan, sağlıklı insanlarda ve hayvanlarda yapılan son araştırmalar açlığın uykunun bölünmesiyle sonuçlandığını göstermektedir. Yeme bozukluğu hastalarında ise uyku paternlerinin, sağlıklı deneklerle belirgin bir farklılık göstermediği bulunmuştur. Ancak AN'li bireylerde malnütrisyonun uyku düzeni üzerindeki etkisi gelecek çalışmalarda araştırma konusu olarak önerilmiştir (208).

Çalışmamızda sedanter kızların sporcu kızlara göre daha az uyudukları saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Hem sporcu hem sedanterlerde uyku süresi az, normal ve fazla olan gruplar arasında EAT-26, EDE-Q ve SPAS puan ortalamaları açısından fark bulunmamıştır. Ancak; daha geç yatmak ve daha az uyku, çocuklar arasında fazla kilolu olma riskiyle ilişkilendirilmiştir. Uyku yoksunluğunun besin tüketim modellerini değiştirdiğine dair teoriler bulunmaktadır. Örneğin, kısa süre uyuyan öğrencilerin, gün boyunca uzun süre uyuyan akranlarına göre daha fazla küçük öğünler veya atıştırmalıklar yemeye meyilli oldukları ve böylece daha fazla kalori tükettikleri gösterilmiştir. Genel olarak, uykudan yoksun bireylerin yeterli miktarda uyku alanlara göre daha az sağlıklı yiyecek tüketme olasılığının olduğu gösterilmiştir. İkinci bir

teori, kısa uyku süresinin ergenleri fiziksel olarak daha az aktif hale getirdiği veya yorgunluğun medya kullanımı gibi daha fazla hareketsiz davranışa yol açtığı ve hareketsizlik döngüsünün sürmesine sebep olduğu üzerinedir (209). Çalışmamızda sedanter kızların sporcu kızlara göre anlamlı derecede daha az uyudukları görülmüştür. Sedanter kızların sporcu kızlara göre daha bozuk bir beden imajına sahip olmalarının altında yatan nedenlerinden birinin uykuyla geçen sürenin azalmasıyla, daha çok medya kullanımı sonucunda medyanın beden görüntüsüyle ilgili baskılarına daha çok maruz kalmalarının olabileceği düşünülmelidir.

Markwald ve ark. (210) bir hafta boyunca süren yetersiz uykunun (ortalama 5 saat/gün) besin alımı ve günlük harcanan enerjinin artmasına sebep olduğunu göstermiş ancak diyet alımı enerji harcamasını aşarak ağırlık kazanımıyla sonuçlanmıştır. Uykunun yeterli olduğu zamanlarda kadınların daha fazla yeme kısıtlaması gösterdiği gözlemlenirken, hem erkek hem de kadınlarda yetersiz uykunun aşırı yeme davranışına neden olduğu gösterilmiştir.

Gelecek çalışmalarda sporcu ve sedanterlerin uyku, günlük enerji alımı, fiziksel aktivite düzeylerinin yeme davranışı ve beden algısıyla ilişkisi, daha detaylı incelenmelidir.

### **5.8.Sporcu ve Sedanterlerin Yaş Ortalamalarının Çalışmanın Sonucuna Etkisinin Değerlendirilmesi**

Çalışmamızda sporcuların yaş ortalaması  $14.9 \pm 1.74$  yıl, kontrol grubunun yaş ortalaması ise  $16.8 \pm 1.47$  yıl olarak bulunmuştur. İki grubun yaş ortalamaları karşılaştırıldığında yaş ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). Aynı zamanda sporcu kızlar sedanter kızlara göre, sporcu erkekler sedanter erkeklere göre yaş olarak anlamlı şekilde daha küçüktür. Sedanterlerin sporculara göre anlamlı derecede daha bozuk bir beden imajına sahip olmalarının sebeplerinden biri adölesanların yaş aldıkça görünüşlerinin daha önemli hale gelmesi olabilmektedir.

Bununla uyumlu olarak, Abbott ve Barber'ın çalışmasında (211) sekizinci sınıf kızların bedeninin işlevselliğine daha çok önem verdiği gözlemlenirken, onuncu sınıf kızların vücudun estetik yönlerine yatırım yaptığı görülmüştür. Onuncu sınıf erkek ve



kızların, sekizinci sınıftakilere göre vücut çekiciliğine daha fazla önem verdiği bulunmuştur.

Miranda ve ark. nın (212) yaptığı bir çalışmada, erken orta ve geç adölesan dönemdeki beden imajının karşılaştırılması amaçlanmış, 531 adölesan, erken (10-13 yaş), orta (14-16 yaş) ve geç (17-21 yaş) dönem olmak üzere üç gruba ayrılmışlardır. Beden imajı Beden Şekli Anketi (BSQ), Gençler İçin Vücut Memnuniyeti Değerlendirme Ölçeği (BDAS) ve Gençler İçin Siluet Ölçeği (SST) ile değerlendirilmiştir. BDAS ve SST ölçeklerine göre erken adölesan dönemdeki katılımcıların diğer iki gruba göre bedenlerinden daha memnuniyetsiz oldukları görülmüştür ( $p<0.001$ ). BSQ sınıflamasına göre, geç dönem adölesan kızlar erken dönemdekilere göre daha düşük beden memnuniyetsizliği sergilemişler ancak aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır. Erkeklerde de yine erken dönem adölesanlar, orta ve geç döneme göre daha yüksek BSQ skorları kaydetmiştir ( $p=0.05$ ). Erken adölesan dönemde beden memnuniyetsizliğinin daha yüksek olması, ergenlik döneminde ortaya çıkan morfolojik ve biyopsikososyal değişimlere bağlı olarak gençlerin beden imajlarıyla bir kimlik oluşturmada zorlanıyor olabileceğine bağlanmıştır. Ayrıca adölesan erkeklerde beden tatminsizliğinin, adölesan dönemin ilerlemesiyle birlikte azalması, olgunlaşma sürecinin erkeklerde vücut yağının azalması ve artan yağsız kütle ile karakterize olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Maloney ve arkadaşlarına (213) göre, 10-13 yaş arasındaki adölesanların menarş sonrası kişisel beklentilerinin artması ve vücut yağlarındaki artış, görüntü ve vücut diliyle daha fazla ilgilenmelerine ve dikkatlerini kilo vermeye yönlendirmelerine sebep olmaktadır.

Birçok çalışmada erkeklerde kızlara göre YB'nun daha geç yaşta geliştiği gösterilmiştir. Bu durum ergenliğin erkeklerde kızlara göre 2 yıl sonra başlaması ve bitmesi gibi biyolojik faktörler ile açıklanabilmektedir. Buna göre, dört BN çalışmasını değerlendiren bir derlemede, erkeklerin BN başlangıç yaşının kadınlara göre daha büyük olduğu gösterilmiştir (214). Ancak Stoving ve ark. (205) BN'da AN ve başka türlü sınıflandırılmayan yeme bozukluklarına kıyasla daha, yüksek bir başlangıç yaşı bulamamış ve başlangıç yaşlarında belirgin bir cinsiyet farklılığı

gözlemlememiştir. Bu bulgu, ergenlik başlangıcının YB için önemli bir psikopatogenetik rol oynadığı şeklindeki yaygın olarak ifade edilen hipotezi zayıflatmaktadır.

Bu nedenlerden dolayı adölesan çağın farklı dönemlerinde fizyolojik ve psikolojik değişimler değerlendirilerek beden imajı ve YB çalışmalarının yapılmasına ihtiyaç bulunmaktadır.

### **5.9. Menstrual Düzensizlikler ve Yeme Bozukluğu**

Yeme bozuklukları, çocukluk veya adölesan dönemde ortaya çıktığında, menarşın gecikmesi, pubertal büyümenin kesilmesi ve menstrual sikluslarla ilgili rahatsızlıkları ortaya çıkabilmektedir. Menstrual disfonksiyon, tüm yeme bozuklarının ortak bir klinik özelliğidir. Menstrual disfonksiyonun etiyojisi karmaşık olmakla birlikte, ağırlık kaybı, vücut yağının azalması, hipoleptinemi, anormal yeme tutumları ve davranışları, egzersiz ve psikolojik stresörler gibi çeşitli faktörleri içermektedir (215). Amenore, vakaların % 68'inde YB ile ilişkilidir ve düşük vücut ağırlığı, aşırı egzersiz, stres, negatif enerji dengesi ve kalori kısıtlaması gibi bazı faktörler eşlik etmektedir (216).

Çalışmamızda sporcu ve sedanterler arasında menstrual düzensizlik açısından fark görülmemiştir ( $p>0.05$ ). Sporcu ve sedanter kızlar menstrual düzensizlik açısından ayrı ayrı incelendiklerinde, sporcu grupta menstrual düzensizlik yaşayanların, yaşamayan gruba göre EAT-26 ve EDE-Q ortalamaları daha yüksek, SPAS ortalamaları küçük bir farkla daha düşük olup üç ölçek için de gruplar arasındaki fark anlamsız bulunmuştur ( $p>0.05$ ). Sedanter grupta ise menstrual düzensizlik yaşayan grup, yaşamayan gruba göre her 3 ölçekten daha yüksek ortalamalar kaydetmiş ve gruplar arasındaki fark EDE-Q ve SPAS için anlamlı olarak saptanmıştır ( $p<0.05$ ).

Vale ve ark. (216) yeme bozukluğu olan adölesanlarda menstrual düzensizlikleri incelemiştir. Çalışmaya katılan 62 adölesan kızdan 51'i başka türlü sınıflandırılmayan yeme bozukluğu olan bireyler, 10'u anoreksiya nervozalı ve 1'i bulimia nervozadır. Katılımcılarda, 14 ikincil amenore ve 7 menstrual düzensizlik (6 başka türlü sınıflandırılmayan yeme bozukluğu, 1 BM) olmak üzere 21 kişide menstrual bozukluk görülmüştür.

Cobb ve ark. (217) genç kadın koşucularında YB, menstrual düzensizlik ve düşük kemik mineral yoğunluğu (KMY) arasındaki ilişkiyi incelemek için 18-26 yaş arası 91 uzun mesafe koşucusunu çalışmalarına dahil etmiştir. YB, Yeme Bozukluğu Envanteri (EDI) tarafından ölçülmüştür. Adet düzensizliği oligo/ amenore (yılda 0–9 adet) olarak tanımlanmıştır. Yüksek EDI skorları (en yüksek çeyrek dilim) vücut yağ yüzdesi, yaş, haftalık koşulan mesafe, menarş yaşı ve diyet yağı için ayarlandıktan sonra, oligo/amenore ile ilişkili bulunmuştur. Çalışmanın sonucunda genç uzun mesafe koşucularında, bozuk yeme davranışının menstruasyon düzensizlik ile güçlü bir ilişkisi olduğu, menstrual düzensizliğin düşük KMY ile ilişkili olduğu ve bozuk yeme davranışının, menstrual düzensizlik olmadan düşük KMY ile ilişkili olduğu rapor edilmiştir. İlginç olarak, amenoreik kadınlarda ortalama %22'den fazla vücut yağı ve yüksek EDI skoru olan kadınlarda ortalama olarak %25'ten fazla vücut yağı elde edilmiştir. Bundan dolayı sporcu triadının koçlar veya hekimler fark edilmesinin zor olabileceğinin altı çizilmiştir. Bununla birlikte, hem amenore hem de YB, bir diğeri olmadan dahi kemik yoğunluğunu önemli ölçüde etkilemektedir. Bu popülasyonda ciddi sonuçlara yol açabilecek yüksek bir osteopeni prevalansı olduğundan, tüm sporcu kadınların, yeme bozukluğu, menstrual düzensizlik ve kadın sporcu triadı hakkında eğitim almaları tavsiye edilmektedir.

Hoch ve ark. (218) kadın sporcu triadının çeşitli branşlardan sporcular ve sedanter kontroller arasındaki sıklığını belirlemek için bir çalışma yapmıştır. Alınan enerjideki yetersizlik, sporcularda (%36) ve sedanter grupta (%39) benzer sayıda gözlemlenmiştir. Sporcular (%54), sedanter öğrenciler ile (%21) karşılaştırıldığında, daha fazla menstrual anormalliklerin yaşandığı belirlenmiştir. Sporcuların 43'ü (%54) menstrual disfonksiyon bildirmiş, beşinde (%6) primer amenore, 24'ünde (%30) sekonder amenore ve 14'ünde (%15) oligomenore gözlemlenmiştir. Sedanter kontrollerin %21'i menstrual disfonksiyon bildirmiştir. Hiçbirinde primer amenore saptanmamış, 12'sinde (%15) sekonder amenore ve 5'inde (%6) oligomenore görülmüştür. Ayrıca menarşın sporcu grupta daha ileri yaşlarda meydana geldiği görülmüş, her iki grupta normal TSH ve prolaktin seviyeleri gözlemlenmiş ve FSH, LH ve östradiol arasında fark bulunmamıştır.

Nichols ve ark. (219), liseli sporcular arasında YB ve menstrual düzensizlik ilişkisini ve yaygınlığı belirlemeyi amaçladığı çalışmada sporcular arasında, YB

sıklığı %20.0 ve menstrual düzensizliğin sıklığı %20.1 olarak belirlenmiştir. Menstrual düzensizliğin yağsızlığı teşvik eden spor türlerinde (% 26.7) etmeyen spor türlerine (% 16.6) göre daha sık olmasına rağmen (p=0.01) YB açısından fark saptanmamıştır. Her iki spor türü için de oligo/amenoreik sporcular, eumenoreik sporculara göre daha yüksek EDE-Q skorları bildirmiştir (p<0.05). YB olan sporcularda, YB olmayan sporculara göre oligo / amenore sıklığı 2 kat fazla olduğu görülmüştür. Bu veriler, lise sporcuları arasında YB ve menstrual düzensizlik arasındaki ilişkiyi doğrulamaktadır. Sonuç olarak, bu veriler spor türü ne olursa olsun, lise çağındaki kız sporcularının yaklaşık % 20'sinin YB veya menstrual düzensizlik için risk altında olabileceğini göstermektedir.

Kadın sporcu üçlemesi veya bileşenlerinden herhangi biri, fiziksel olarak aktif/inaktif kızlar ve kadınlar için önemli sağlık riskleri oluşturmaktadır. Birçok sedanter öğrenci ve sporcuda triadın bileşenleri olmasına rağmen, çoğunluğunda bozulmuş yeme davranışı olmadan enerji açığı gözlemlenmiştir. Çalışmamızda sporcu grupta menstrual düzensizlik bildirenlerle bildirmeyenler arasında ölçek puanları ortalaması açısından fark olmaması, böyle spesifik gruplarda günlük enerji alımının da değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir. Yetersiz enerji alımını önlemek bozulmuş yeme davranışını veya yeme bozukluğunu tedavi etmekten daha kolaydır. Bu nedenle, küçük yaşlardan itibaren düşük enerji alımı, menstrual anormallikler, düşük KMY ve kalsiyum önerileri hakkında bilgi edinmeye odaklanan bir erken eğitim programı uygulayarak, triadın bileşenini engellemek amaç olmalıdır.

## 6. SONUÇLAR

Bu çalışmada, adölesan sporcuların yeme tutumu ve beden algısı arasındaki ilişki incelenmiştir. Çalışma Mersin İlinde adölesan çağıdaki (10-19 yaş grubundaki) toplam 438 öğrenci üzerinde gerçekleştirilmiştir. Sporcu grubunu (n:219) 1 yıldan uzun süredir lisanslı spor yapan öğrenciler, kontrol grubunu ise (n:219) herhangi bir spor veya egzersiz aktivitesine katılmayan sedanter öğrenciler oluşturmuştur.

1. Çalışmaya katılan bireylerin %50.5'i (n:221) kız, %49.5'i (n:217) erkektir. Sporcu ve sedanter olarak ayrıldığında, çalışmaya katılan bireylerin %22.8'ini (n:100) kız sporcular, %27.2'sini (n:119) erkek sporcular, %27.6'sını (n:121) sedanter kızlar, %22.4'ünü (n:98) sedanter erkekler oluşturmaktadır.
2. Çalışmaya katılan tüm bireylerin yaş ortalaması  $15.4 \pm 1.5$  yıl olup, sporcuların yaş ortalaması  $14.9 \pm 1.74$  yıl, sedanterlerin yaş ortalaması ise  $16.8 \pm 1.47$  yıl olarak bulunmuştur. İki grubun yaş ortalamaları karşılaştırıldığında sporcuların sedanterlere göre yaş ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı olarak daha küçük olduğu görülmüştür ( $p < 0.05$ ). Cinsiyete göre sporcu ve sedanterlerde yaş ortalaması değerlendirilmiştir. Sporcu kızların yaş ortalaması  $14.8 \pm 1.84$  yıl, sedanter kızların  $15.7 \pm 1.09$  yıl, sporcu erkeklerin yaş ortalaması  $15.0 \pm 1.66$  yıl, sedanter erkeklerin  $15.9 \pm 1.22$  yıl olarak hesaplanmıştır. Yaş ortalaması açısından sporcu kızlarla sporcu erkeklerin ve sedanter kızlarla sedanter erkeklerin arasında istatistiksel fark bulunmazken, sporcu kızlarla sedanter kızların ve sporcu erkeklerle sedanter erkekler arasında istatistiksel olarak önemli fark vardır ( $p < 0.05$ ). Sporcu kızlar sedanter kızlara göre, sporcu erkekler sedanter erkeklere göre, önemli derecede daha küçük yaştaır.
3. Sporcuların %6.4'ünün (n:14), sedanterlerin %9.6'sının (n:21) katılımcıların toplamda %8.0'inin (n:35) kronik hastalığı bulunmaktadır. Sporcuların %3.2'si (n:7), sedanterlerin %6.4'ü (n:14) olmak üzere tüm katılımcıların %4.8'i (n:21) düzenli olarak ilaç kullanmaktadır.
4. Sporcuların (n:219) %15.0'i (n:33) futbol, %12.4'ü (n:27) taekwondo, %11.0'i (n:24) basketbol, %11.0'i (n:24) tenis, %8.2'si (n:18) sprint, %8.2'si (n:18) eskrim, %7.8'i (n:17) boks, %5.4'ü (n:12) karate, %5.0'i (n:11) yüzme, %4.2'si (n:9) cirit atma, %2.2'si (n:5) hentbol, %2.2'si (n:5) uzun atlama,

%1.8'i (n:4) orta mesafe koşu, %1.8'i (n:4) disk atma, %1.4'ü (n:3) yüksek atlama, %1.4'ü badminton (n:3), %1.0'i (n:2) gülle atma sporunu yapmakta ve hepsi alanlarında en az 1 yıldır müsabakalara katılmaktadır.

5. Sporcular yaptıkları spor türüne göre dayanıklılık, dövüş, takım ve kuvvet sporları olmak üzere 4 gruba ayrılıp incelenmiştir. Takım sporlarını (n:62) futbol (n:33), basketbol (n:24) ve hentbol (n:5); dövüş sporlarını (n:74) taekwondo (n:27), karate (n:12), boks (n:17) ve eskrim (n:18), dayanıklılık sporlarını (n:42) yüzme (n:11), tenis (n:24), badminton (n:3), orta mesafe koşu (n:4); kuvvet sporlarını (n:41) cirit atma (n:9), gülle atma (n:2), disk atma (n:4), uzun atlama (n:5), yüksek atlama (n:3) ve sprint (n:18) branşları oluşturmuştur.
6. Lisanslı olarak spor yapma süreleri ortalama  $3.5 \pm 2.10$  yıl, müsabakalara katılma süreleri ortalama  $2.5 \pm 1.72$  yıldır. Antrenman süreleri haftalık ortalama  $9.2 \pm 5.06$  saat, günlük ortalama  $122.3 \pm 39.17$  dakikadır.
7. Tüm adölesanların vücut ağırlıklarının ortalaması  $59.6 \pm 12.91$  kg, sporcuların  $58.4 \pm 13.48$  kg ve sedanterlerin  $60.8 \pm 12.22$  kg'dır. Bütün bireylerin boy ortalaması  $168.4 \pm 9.40$  cm iken sporcu ve sporcu olmayan grupların boy ortalaması sırasıyla  $168.0 \pm 10.63$  cm ile  $168.7 \pm 8.00$  cm'dir. Tüm adölesanların BKİ ortalaması  $20.9 \pm 3.49$  kg/m<sup>2</sup>, sporcuların  $20.4 \pm 3.20$  kg/m<sup>2</sup>, sedanterlerinki ortalama  $21.3 \pm 3.71$  kg/m<sup>2</sup> olarak hesaplanmıştır. Sporcuların ve sedanterlere göre BKİ ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı şekilde düşükken ( $p < 0.05$ ). vücut ağırlığı ve boy uzunluğu ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir.
8. Sporcu kızlar ve sedanter kızların ağırlıkları sırasıyla  $52.7 \pm 8.90$  kg ve  $56.6 \pm 9.46$  kg, boy uzunlukları sırasıyla  $163.2 \pm 6.36$  cm ve  $164.2 \pm 5.69$  cm ve BKİ'leri sırasıyla  $19.7 \pm 2.83$  kg/m<sup>2</sup> ve  $20.9 \pm 3.49$  kg/m<sup>2</sup> olarak belirlenmiştir ve sporcu kızların sedanter kızlara göre ağırlıklarının ve BKİ'lerinin önemli şekilde daha düşük olduğu görülmüştür ( $p < 0.05$ ). Boy uzunluğu açısından ise iki grup arasında istatistiksel fark saptanmamıştır ( $p > 0.05$ ). Sporcu erkekler ve sedanter erkeklerin ağırlıkları sırasıyla  $63.2 \pm 14.78$  kg ve  $65.9 \pm 13.26$  kg, boy uzunlukları sırasıyla  $172.1 \pm 11.77$  cm ve  $174.2 \pm 6.92$  cm ve BKİ'leri sırasıyla  $21.0 \pm 3.37$  kg/m<sup>2</sup> ve  $21.7 \pm 3.95$  kg/m<sup>2</sup> olarak belirlenmiştir. Sporcu erkeklerle

sedanter erkekler arasında ağırlık, boy uzunluğu ve BKİ açısından önemli farklılık bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

9. Katılımcıların yaşa göre ağırlık persentilleri incelendiğinde tüm bireylerin %68.9'unun (n:302) yaşa göre ağırlığı normal sınırlarda iken, %18.8'inin (n:82) hafif kilolu, %5.9'unun (n:26) zayıf, %4.3'ünün (n:19) obez, %2.1'inin (n:9) çok zayıf olduğu belirlenmiştir. Sporcuların %70.3'ünün (n:154) normal, %17.4'ünün (n:38) hafif kilolu, %5.9'unun (n:13) obez, %5.9'unun (n:13) zayıf, %0.5'inin (n:1) çok zayıf; sedanterlerin ise %67.6'sının (n:148) normal, %20.1'inin (n:44) hafif kilolu, %5.9'unun (n:13) zayıf, %3.7'sinin (n:8) çok zayıf, ve %2.7'sinin (n:6) obez olduğu belirlenmiştir.
10. Yaşa göre boy persentilleri incelendiğinde tüm bireylerin %68.7'sinin (n:301) normal boy uzunluğuna sahipken, %19.9'unun (n:87) uzun, %7.8'inin (n:34) çok uzun, %2.7'sinin (n:12) kısa, %0.9'unun (n:4) bodur olduğu belirlenmiştir. Sporcuların %64.8'inin (n:142) normal, %22.4'ünün (n:49) uzun, %10.5'inin (n:23) çok uzun, %0.9'unun (n:2) kısa, %1.4'ünün (n:3) bodur, sedanterlerin ise %72.6'sının (n:159) normal, %17.4'ünün (n:38) uzun, %5.0'inin (n:11) çok uzun, %4.5'inin (n:10) kısa, %0.5'inin (n:1) bodur olduğu belirlenmiştir.
11. Yaşa göre BKİ Z Skor incelendiğinde tüm bireylerin %77.4'ünün (n:339) normal, %14.6'sının (n:64) hafif şişman, %5.7'sinin (n:25) obez, %2.3'ünün (n:10) zayıf; sporcuların %79.5'inin (n:174) normal, %13.2'sinin (n:29) hafif şişman, %6.4'ünün (n:14) obez, %0.9'unun (n:2) zayıf, sedanterlerin %75.3'ünün (n:165) normal, %16.0'sının (n:35) hafif şişman, %5.0'inin (n:11) obez, %3.7'sinin (n:8) zayıf olduğu belirlenmiştir. Her iki grupta da çok zayıf sınıflandırmasına giren adölesan bulunmamaktadır.
12. Katılımcıların %47.9'u (n:210) ağırlık kaybetmek, %23.5'i (n:103) ağırlık kazanmak isterken, %28.6'sı (n:125) ise ağırlığını değiştirmek istememektedir. Sporculardan %44.3'ü (n:97) ağırlık kaybetmek istediğini, %21.5'i (n:47) ağırlık kazanmak istediğini belirtmiştir. Sedanterlerde ise %51.6'sı (n:113), ağırlık kaybetmek istediğini, %25.6'sı (n:56) ağırlık kazanmak istediğini söylemiştir. Sporcu ve sedanterlerde ağırlık kaybetmek ve ağırlık kazanmak isteyen kişi sayısı arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Sporcuların %34.2'sinin (n:75), sedanterlerin ise %22.8'inin (n:50)

ağırlığını değiştirmek istemediği saptanmıştır. Sporcularda sedanterlere göre ağırlığını değiştirmek istemeyen kişi sayısı istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha fazladır ( $p<0.05$ ).

13. Sporcu kızların %59.0'u (n:59), sedanter kızların %65.3'ü (n:79), sporcu erkeklerin %31.9'u (n:38), sedanter erkeklerin %34.7'si (n:34) ağırlık kaybetmek istediğini bildirmiştir. Sporcu kızların %9.0'u (n:9), sedanter kızların %14.9'u (n:18), sporcu erkeklerin %31.9'u (n:38), sedanter erkeklerin %38.8'i (n:38) ağırlık kazanmak istediğini bildirmiştir. Sporcu kızların %32.0'si (n:32), sedanter kızların %19.8'i (n:24), sporcu erkeklerin %36.2'si (n:43), sedanter erkeklerin %26.5'i (n:26) ağırlığını değiştirmek istemediğini bildirmiştir. Sporcu erkekler ile sedanter erkekler ve sporcu kızlar ile sedanter kızlar arasında ağırlık kaybetmek ve kazanmak isteyen kişi sayısı bakımından istatistiksel olarak fark yoktur ( $p>0.05$ ). Sporcu kızlarda sedanter kızlara göre ağırlığını değiştirmek istemeyen kişi sayısı anlamlı şekilde daha fazladır ( $p<0.05$ ). Sporcu ve sedanterler cinsiyete göre değerlendirildiğinde, sporcu kızlarda sporcu erkeklere göre, sedanter kızlarda sedanter erkeklere göre ağırlık kaybetmek ve kazanmak isteyen kişi sayısının istatistiksel olarak anlamlı şekilde fazla olduğu görülmüştür ( $p<0.05$ ).
14. Ağırlık kaybetmek isteyen katılımcılar içinde; kaybetmek istenen ağırlığın genel ortalaması  $6.8\pm 4.13$  kg olup, bu ağırlık ortalaması sporcularda  $5.7\pm 3.42$  kg, sedanterlerde  $7.7\pm 4.45$  kg olarak belirlenmiştir. Sedanterlerin kaybetmek istediği ağırlık ortalamasının sporculara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha fazla olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ).
15. Tüm katılımcılarda kazanmak istenen ortalama ağırlık  $6.3\pm 3.46$  kg, sporcularda  $5.3\pm 2.68$  kg, sedanterlerde  $7.1\pm 3.85$  kg olarak belirlenmiştir. Sedanterlerin kazanmak istediği ağırlık ortalamasının sporculara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha fazla olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ).
16. Ağırlık kaybetmek istediğini belirtenler incelendiğinde sporcu kızların  $5.2\pm 3.51$  kg, sedanter kızların  $7.4\pm 4.15$  kg, sporcu erkeklerin  $6.4\pm 3.18$  kg ve sedanter erkeklerin  $8.5\pm 5.05$  kg ağırlık kaybetmek istediği saptanmıştır. Ağırlık kazanmak istediğini bildiren sporcu kızların  $4.4\pm 2.00$  kg, sedanter kızların  $5.6\pm 2.64$  kg, sporcu erkeklerin  $5.5\pm 2.49$  kg ve sedanter erkeklerin



7.8±4.14 kg ağırlık kazanmak istedikleri saptanmıştır. Sedanter kızların sporcu kızlara göre kaybetmek istedikleri ağırlık ortalaması istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir ( $p<0.05$ ). Kazanmak istenen ağırlık ortalaması açısından ise sedanter kızlar ile sporcu kızlar arasında istatistiksel olarak fark yoktur. Sedanter erkeklerin ise sporcu erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek miktarda ağırlık kaybetmek ve kazanmak istedikleri görülmüştür ( $p<0.05$ ). Sporcular ve sedanterler cinsiyete göre incelendiklerinde ise sporcu kızlar ile sporcu erkekler ve sedanter kızlar ile sedanter erkekler arasında kazanmak istenen ağırlık ortalaması açısından istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmamıştır. Kazanmak istenen ağırlık açısından sporcu kızlar ile sporcu erkekler arasında fark yokken ( $p>0.05$ ), sedanter erkeklerin sedanter kızlara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek ortalamada ağırlık kazanmak istedikleri saptanmıştır ( $p<0.05$ ).

17. Tüm katılımcıların %27.2'si (n:119), sporcuların %26.5'i (n:58), sedanterlerin %27.9'u (n:61) kilo vermelerini söyleyen birilerinin olduğunu bildirmiştir. Sporculara en çok (n:27, %46.5) antrenörleri kilo vermeleri gerektiğini söylemiştir.
18. Tüm katılımcıların %25.3'ü (n:111), sporcuların %26.0'sı (n:57) ve sedanterlerin %24.7'si (n:54) kilo almasını söyleyenlerin olduğunu bildirmiştir. Sporculara en çok (n:32, %56.1) aileleri kilo almaları gerektiğini söylemiştir.
19. Katılımcıların %81.3'ü (n:356) son 12 ayda ağırlıklarının değiştiğini bildirmiştir. Katılımcıların %63.0'ünün (n:276) ağırlığı artmış, %18.3'ünün (n:80) azalmış, %18.7'inin (n:82) ise değişmemiştir. Sporcu ve sedanterler ayrı ayrı incelendiklerinde, sporcuların %83.1'i (n:182), sedanterlerin %79.5'i (n:174) ağırlıklarının değiştiğini bildirmiştir. Sporcuların %66.7'si (n:146) ağırlığının arttığını, %16.4'ü (n:36) ağırlığının azaldığını bildirmiştir. Sedanterlerin ise %59.4'ü (n:130) ağırlığının arttığını, %20.1'i (n:44) ağırlığının azaldığını bildirmiştir. Ağırlığın artması ve azalması açısından iki grup arasında fark yoktur ( $p>0.05$ ). Katılımcıların %18.7'sinin (n:82) (sporcu katılımcıların %16.9'unun, sedanter katılımcıların %20.5'inin) ağırlığının değişmediği saptanmış ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir ( $p>0.05$ ).

20. Tüm katılımcıların kaybettiği ağırlığın ortalaması  $4.8 \pm 3.67$  kg, kazanılan ağırlığın ortalaması  $4.6 \pm 3.02$  kg olarak belirlenmiştir. Son 12 ayda sporcuların ortalama  $4.4 \pm 2.97$  kg, sedanterlerin ortalama  $4.8 \pm 3.07$  kg ağırlık kazandıkları belirlenmiş ve son 12 ayda kazanılan ağırlık ortalamaları açısından iki grup arasında fark bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ). Son 12 ayda sporcuların ortalama  $4.3 \pm 3.25$  kg, sedanterlerin ortalama  $5.2 \pm 3.97$  kg ağırlık kaybettikleri belirlenmiş ve son 12 ayda kaybedilen ağırlık ortalamaları açısından iki grup arasında fark saptanmamıştır ( $p > 0.05$ ).
21. Tüm katılımcıların %62.3'ü (n:273), sporcuların %73.5'i (n:161), sedanterlerin ise %51.1'i (n:112) vücut görüntüsünden memnun olduklarını belirtirken, tüm katılımcıların %37.7'si (n:165), sporcuların %26.5'i (n:58), sedanterlerin %48.9'u (n:107) vücut görüntüsünden memnun olmadıklarını belirtmişlerdir. Vücut görüntüsünden memnun olma açısından sporcularla sedanterler arasında anlamlı farklılık vardır ( $p < 0.05$ ). Sporcuların sedanterlere göre vücut görüntülerinden daha memnun oldukları görülmektedir.
22. Tüm katılımcıların %31.7'si (n:139), sporcuların %31.1'i (n:68), sedanterlerin %32.4'ü (n:71) şu an ağırlık kaybetme çabası içinde olduklarını bildirmişlerdir. Sporcularla sedanterler arasında ağırlık kaybetmeye çalışma durumu açısından istatistiksel olarak fark bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ).
23. Sporcular (%63.2, n:43) ve sedanterler (%56.3, n:40) ağırlık kaybetmek için en sık olarak "daha fazla egzersiz yapma" yöntemine başvurmaktadır.
24. Tüm katılımcıların %48.2'si (n:211) ayda 1 kez, %21.7'si (n:95) haftada 1 kez, %11.4'ü (n:50) ayda 2-3 kez, %8.2'si (n:36) günde 1 kez, %6.4'ü (n:28) haftada 2 kez, %1.8'i (n:8) yılda 1 kez, %1.6'sı (n:7) günde 2-4 kez, %0.7'si (n:3) ayda 5-6 kez tartıldığını bildirmiştir.
25. Katılımcıların tartılma sıklığının sınıflandırılması, Yeme Bozuklukluğunu Değerlendirme Ölçeğinin (EDE-Q) mülakata dayalı versiyonu olan Yeme Bozukluklarını Değerlendirme (EDE) ölçüm aracındaki sınıflandırma temel alınarak da incelenmiştir. Buna göre katılımcılar günlük/günde birden fazla, haftada birden fazla, haftada 1 ayda 1 arası, ayda 1 ve daha az tartılanlar olmak üzere 4 gruba ayrılmışlardır. Sporcuların sedanterlere göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha sık tartıldığı saptanmıştır ( $p < 0.05$ ).

26. Katılımcıların uyku süresi ortalaması tüm katılımcılarda  $7.8 \pm 1.28$  saat, sporcularda  $8.1 \pm 1.31$  saat, sedanterlerde  $7.7 \pm 1.24$  saat olarak belirlenmiştir. Sedanterlerin sporculara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha az uyudukları saptanmıştır ( $p < 0.05$ ).
27. Spor yapma durumu ve cinsiyete göre katılımcıların uyku süreleri ayrı ayrı değerlendirilmiştir. Sporcu kızların  $8.3 \pm 1.39$  saat, sporcu erkeklerin  $7.9 \pm 1.21$  saat, sedanter kızların  $7.7 \pm 1.23$  saat, sedanter erkeklerin  $7.7 \pm 1.25$  saat uyudukları belirlenmiştir. Sporcu kızların sporcu erkeklere ve sedanter kızlara göre istatistiksel olarak önemli şekilde daha fazla uyuduğu saptanmıştır ( $p < 0.05$ ). Sporcu erkekler ile sedanter erkekler ve sedanter kızlar ile sedanter erkeklerin uyku süreleri açısından gruplar arasında fark görülmemiştir ( $p > 0.05$ ).
28. Katılımcılar, CDC'nin adölesanlar için uyku süresi referansına göre (8.5-9.5 saat) sınıflandırılmışlardır. Buna göre 8.5 saatin altı az uyku, 8.5-9.5 saat arası normal uyku, 9.5 saatin üstü de fazla uyku olarak sınıflandırılmıştır. Buna göre tüm katılımcıların %69.6'sının (n:305) az, %20.1'inin (n:88) normal, %10.3'ünün (n:45) fazla uyuduğu belirlenmiştir. Sporcuların %65.3'ü (n:143) az uyku, %22.4'ü (n:49) normal uyku, %12.3'ü (n:27) fazla uyku uyuduğu belirlenmiştir. Sedanterlerin ise %74.0'ü (n:162) az uyku, %17.8'i (n:39) normal uyku, %8.2'si (n:18) fazla uyku uyuduğu belirlenmiştir.
29. Yeme Tutumu Testi-26'dan alınan puanlar değerlendirildiğinde; tüm katılımcıların ortalama EAT-26 toplam puanı  $10.0 \pm 7.31$ , sporcuların ortalama puanı  $9.9 \pm 7.02$  sedanterlerin ortalama puanı  $10.1 \pm 7.60$  olarak hesaplanmıştır. Testin diyet yapma alt ölçeğinde, tüm katılımcıların ortalama puanı  $4.8 \pm 4.97$  sporcuların ortalama puanı  $4.7 \pm 4.41$ , sedanterlerin ortalama puanı  $4.9 \pm 5.47$  olarak hesaplanmıştır. Bulimia ve besinle meşguliyet alt ölçeğinde ise tüm katılımcıların ortalama puanı  $1.3 \pm 2.09$ , sporcuların ortalama puanı  $1.1 \pm 1.96$ , sedanterlerin ortalama puanı  $1.4 \pm 2.21$  olarak hesaplanmıştır. Oral kontrol alt ölçeğinde ise tüm katılımcıların ortalama puanı  $3.9 \pm 3.22$ , sporcuların ortalama puanı  $4.1 \pm 3.27$ , sedanterlerin ortalama puanı  $3.7 \pm 3.16$  olarak hesaplanmıştır. EAT-26 testi toplam puanı ve alt ölçeklerinde sporcu ve sedanterler arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ).

30. EAT-26'nın kesme noktası (20 puan) dikkate alındığında, tüm katılımcıların %11.0 (n:48), sporcuların %11.0 (n:24) ve sedanterlerin %11.0'inde (n:24) "anormal yeme davranışı" olduğu belirlenmiştir. Kesme noktası dikkate alınarak EAT-26 sonuçları incelendiğinde sporcu olanlar ve olmayanlar arasında istatistiksel açıdan fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).
31. Katılımcılar cinsiyete ve spor yapma durumuna göre incelendiklerinde; EAT-26 toplam puan ortalamasının sporcu kızlarda  $10.9\pm 7.37$ , sporcu erkeklerde  $9.1\pm 6.62$ , sedanter kızlarda  $10.1\pm 7.60$ , sedanter erkeklerde  $8.6\pm 6.07$  puan olduğu saptanmıştır. Testin diyet yapma alt ölçeğinin ortalaması, sporcu kızlarda  $5.5\pm 4.96$ , sporcu erkeklerde  $4.0\pm 3.79$ , sedanter kızlarda  $6.0\pm 6.37$ , sedanter erkeklerde  $3.5\pm 3.68$  puandır. Bulimia ve besinle meşguliyet alt ölçeğinin ortalaması sporcu kızlarda  $1.2\pm 2.08$ , sporcu erkeklerde  $1.1\pm 1.87$ , sedanter kızlarda  $1.6\pm 2.34$ , sedanter erkeklerde  $1.1\pm 2.00$  puandır. Oral kontrol alt ölçeğinin ortalaması sporcu kızlarda  $4.2\pm 3.36$ , sporcu erkeklerde  $3.9\pm 3.20$ , sedanter kızlarda  $3.5\pm 3.35$ , sedanter erkeklerde  $3.9\pm 2.92$  puandır.
32. Cinsiyete göre sporcular değerlendirildiğinde; kızlar toplam puan ve alt ölçek puanlarında daha fazla puan almışlar ve kız ile erkek sporcuların diyet yapma alt ölçeği ortalamaları arasında, istatistiksel olarak önemli fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Kız sporcuların erkek sporculara göre diyetsel alımlarını anlamlı şekilde daha fazla kısıtladıkları görülmüştür. Sedanter kızların ise, sedanter erkeklere göre oral kontrol dışında tüm skorları daha yüksek olup toplam skor ve diyet yapma skorları arasında anlamlı farklılık vardır ( $p<0.05$ ). Aynı şekilde sedanter kızlar da sedanter erkeklere göre diyetsel alımlarını anlamlı şekilde daha fazla kısıtlamakta ve bozuk yeme davranışı sergilemektedirler. Aynı cinsiyetteki katılımcılar spor yapma durumlarına göre değerlendirildiğinde sedanter kızların sporcu kızlara göre oral kontrol dışında tüm skorları daha yüksektir ancak fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p>0.05$ ). Erkek sporcularda ise erkek sedanterlere göre tüm puanların ortalaması daha yüksek olup yine istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).
33. Sporcu kızlarda katıldıkları spor türlerine göre EAT-26 toplam puan ve alt ölçekleri puanının ortalaması incelenmiştir. EAT-26 toplam puan ortalamasının dayanıklılık sporcularında  $8.4\pm 6.64$ , kuvvet sporcularında

9.5±6.21, dövüş sporcularında 13.1±7.72, takım sporcularında 13.6±8.11 puan olduğu saptanmıştır. Testin diyet yapma alt ölçeğinin ortalaması, dayanıklılık sporcularında 4.3±4.34, kuvvet sporcularında 5.2±4.45, dövüş sporcularında 6.4±5.73, takım sporcularında 6.2±4.71 puandır. Bulimia ve besinle meşguliyet alt ölçeğinde dayanıklılık sporcularının ortalama puanı 1.2±2.02, kuvvet sporcularının ortalama puanı 0.9±1.86, dövüş sporcularının ortalama puanı 1.0±1.71, takım sporcularının ortalama puanı 2.7±3.37 olarak belirlenmiştir. Oral kontrol alt ölçeğinde ise dayanıklılık sporcularının ortalama puanı 2.9±2.64, kuvvet sporcularının ortalama puanı 3.4±3.10, dövüş sporcularının ortalama puanı 5.6±3.55, takım sporcularının ortalama puanı 5.0±3.53 olarak belirlenmiştir.

34. Kız sporcular arasında toplam puan ve bulimia ve besinle meşguliyet alt ölçeği ortalaması en yüksek olan grup takım sporcularıdır. Diyet yapma ve oral kontrol alt ölçeklerinin puan ortalaması en yüksek olan grup ise dövüş sporcularıdır. EAT-26 toplam ve oral kontrol ortalaması spor tiplerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Dayanıklılık sporcularının EAT-26 toplam ve oral kontrol ortalaması, dövüş sporcularına göre anlamlı şekilde düşüktür ( $p<0.05$ ). Dövüş sporcularının dayanıklılık sporcularına göre, yüksek düzeyde kontrollü yeme davranışları sergiledikleri görülmüştür.
35. Farklı spor türlerine katılan erkek sporcular arasında ise toplam puan ve oral kontrol alt ölçeği puanı ortalamasında en yüksek skoru takım sporcuları kaydetmiştir. Bulimia alt ölçeğinde kuvvet, diyet yapma alt ölçeğinde dövüş sporcuları en yüksek ortalama değere sahiptir. Erkek sporcular arasında EAT-26 toplam puan ve tüm alt ölçeklerin ortalaması açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ( $p>0.05$ ).
36. Yeme Bozukluğunu Değerlendirme Ölçeğinden alınan puanlar değerlendirildiğinde; tüm katılımcıların global skor ortalaması 1.1±1.13, sporcuların global skor ortalaması 1.1±1.10, sedanterlerin global skor ortalaması 1.2±1.16 olarak hesaplanmıştır. Testin kısıtlama alt ölçeğinde tüm katılımcıların ortalama puanı 1.0±1.26, sporcuların ortalama puanı 1.1±1.32, sedanterlerin ortalama puanı 1.0±1.21 olarak hesaplanmıştır. Yeme endişesi alt ölçeğinde tüm katılımcıların ortalama puanı 0.7±1.00, sporcuların ortalama

puanı  $0.7\pm 1.02$ , sedanterlerin ortalama puanı  $0.7\pm 0.99$  olarak hesaplanmıştır. Beden şekli endişesi alt ölçeğinde tüm katılımcıların ortalama puanı  $1.5\pm 1.48$ , sporcuların ortalama puanı  $1.3\pm 1.39$ , sedanterlerin ortalama puanı  $1.6\pm 1.55$  olarak hesaplanmıştır. Kilo endişesi alt ölçeğinde ise tüm katılımcıların ortalama puanı  $1.3\pm 1.34$ , sporcuların ortalama puanı  $1.2\pm 1.28$ , sedanterlerin ortalama puanı  $1.4\pm 1.40$  olarak hesaplanmıştır. Sporcu ve sedanterler arasında global skor, kısıtlama alt ölçeği puanı, yeme endişesi alt ölçeği puanı, kilo endişesi alt ölçeği puanı açısından istatistiksel fark yokken, beden şekli endişesi alt ölçeği puanı ortalamaları açısından anlamlı farklılık vardır ( $p<0.05$ ). Sedanterlerin sporculara göre anlamlı şekilde daha fazla beden memnuniyetsizliğine ve beden şeklini değiştirme arzusuna sahip oldukları görülmektedir.

37. Yeme Bozukluğunu Değerlendirme Ölçeğinin global skor için kesme noktası (4 puan) dikkate alındığında, tüm katılımcıların %2.5'inin (n:11), sporcuların %2.3'ünün (n:5) ve sedanterlerin %2.7'sinin (n:6) bozuk yeme davranışına sahip olduğu belirlenmiştir. Ancak gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiştir.

38. Yeme Bozukluğunu Değerlendirme Ölçeğinden alınan puanlar cinsiyete ve spor yapma durumuna göre değerlendirildiğinde; global skorda sporcu kızların ortalama puanı  $1.1\pm 1.12$ , sporcu erkeklerin ortalama puanı  $1.0\pm 1.07$ , sedanter kızların ortalama puanı  $1.4\pm 1.28$ , sedanter erkeklerin ortalama puanı  $0.9\pm 0.92$  olarak belirlenmiştir. Testin kısıtlama alt ölçeğinde, sporcu kızların ortalama puanı  $1.1\pm 1.33$ , sporcu erkeklerin ortalama puanı  $1.0\pm 1.32$ , sedanter kızların ortalama puanı  $1.1\pm 1.32$ , sedanter erkeklerin ortalama puanı  $0.8\pm 1.03$  olarak belirlenmiştir. Yeme endişesi alt ölçeğinde sporcu kızların ortalama puanı  $0.8\pm 1.02$ , sporcu erkeklerin ortalama puanı  $0.6\pm 1.01$ , sedanter kızların ortalama puanı  $0.8\pm 1.13$ , sedanter erkeklerin ortalama puanı  $0.4\pm 0.73$  olarak belirlenmiştir. Beden şekli endişesi alt ölçeğinde sporcu kızların ortalama puanı  $1.4\pm 1.42$ , sporcu erkeklerin ortalama puanı  $1.2\pm 1.36$ , sedanter kızların ortalama puanı  $1.9\pm 1.72$ , sedanter erkeklerin ortalama puanı  $1.2\pm 1.22$  olarak belirlenmiştir. Kilo şekli endişesi alt ölçeğinde ise sporcu kızların ortalama puanı  $1.3\pm 1.34$ , sporcu erkeklerin ortalama puanı  $1.1\pm 1.21$ , sedanter kızların

ortalama puanı  $1.6\pm 1.49$ , sedanter erkeklerin ortalama puanı  $1.0\pm 1.23$  olarak belirlenmiştir.

39. Kız sporcular erkek sporculara göre global skor ve alt ölçek ortalamalarında daha yüksek puanlar kaydetmiş ancak iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Sedanter kızlar sedanter erkeklere göre global skor ve tüm alt ölçeklerden daha yüksek ortalama puan almış olup kısıtlama alt ölçeği dışındaki tüm puanlar iki grup arasında istatistiksel olarak farklı bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Sedanter kızlarda sedanter erkeklere göre, yeme bozukluğu psikopatolojisinin ve beden memnuniyetsizliği şiddetinin, ağırlığı değiştirme arzusunun ve besin, yeme ve kalorilerle meşguliyetin anlamlı şekilde daha yüksek olduğu görülmektedir.
40. Sedanter kızların sporcu kızlara göre global skor ve tüm alt ölçek skorları daha yüksektir ve beden şekli alt ölçeği puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmakta, sedanter kızların sporcu kızlara göre beden memnuniyetsizliklerinin daha fazla olduğu görülmüştür ( $p<0.05$ ). Sporcu erkekler sedanter erkeklere göre 5 puan türü için de daha yüksek ortalamalara sahip olup gruplar arasında istatistiksel açıdan bir fark bulunmamaktadır ( $p>0.05$ ).
41. Sporcu kızlarda katıldıkları spor türlerine göre EDE-Q global skor ve alt ölçeklerinin puan ortalaması incelendiğinde; global skor ortalamasının dayanıklılık sporcularında  $0.6\pm 0.84$ , kuvvet sporcularında  $0.9\pm 0.85$ , dövüş sporcularında  $1.5\pm 1.28$ , takım sporcularında  $1.7\pm 1.11$  puan olduğu belirlenmiştir. Testin kısıtlama alt ölçeğinin ortalaması, dayanıklılık sporcularında  $0.6\pm 1.10$ , kuvvet sporcularında  $1.2\pm 1.19$ , dövüş sporcularında  $1.2\pm 1.35$ , takım sporcularında  $1.8\pm 1.73$  puandır. Yeme endişesi alt ölçeğinin ortalaması dayanıklılık sporcularında  $0.4\pm 0.69$ , kuvvet sporcularında  $0.6\pm 0.86$ , dövüş sporcularında  $1.1\pm 1.25$ , takım sporcularında  $1.2\pm 1.03$  puandır. Beden şekli endişesi alt ölçeğinin ortalaması dayanıklılık sporcularında  $0.8\pm 1.09$ , kuvvet sporcularında  $0.9\pm 0.88$ , dövüş sporcularında  $1.9\pm 1.55$ , takım sporcularında  $2.1\pm 1.87$  puandır. Kilo endişesi alt ölçeğinde ise dayanıklılık sporcularında  $0.7\pm 1.03$ , kuvvet sporcularında  $1.0\pm 0.90$ , dövüş sporcularında  $2.0\pm 1.51$ , takım sporcularında  $1.8\pm 1.33$  puandır. Kız sporcularda

kilo endişesi hariç tüm alt ölçeklerde ve global skorda en yüksek puan ortalamasını takım sporcuları kaydetmiştir. Kilo endişesi ölçeğinde en yüksek puanı ise dövüş sporcuları kaydetmiştir. Dayanıklılık sporcularının kısıtlama ve kilo endişesi alt ölçeği ve global skor ortalamaları takım ve dövüş sporcularınıninkine göre, yeme endişesi ve beden şekli endişesi alt ölçek puanları dövüş sporcularına anlamlı şekilde düşüktür ( $p<0.05$ ). Dayanıklılık sporcularının takım ve dövüş sporcularına göre yeme bozukluğu, beden memnuniyetsizliği, diyetsel kısıtlama, yeme ve kalorilerle meşguliyet, gizli yeme, yedikten sonra suçluluk hissetme gibi davranışları anlamlı şekilde daha az sergiledikleri görülmektedir.

42. Farklı spor türlerine katılan erkek sporcularda global skorda, yeme endişesi, beden şekli endişesi, kilo endişesi alt ölçeklerinde dövüş sporcuları; kısıtlama alt ölçeğinde dayanıklılık sporcuları en yüksek puan ortalamasını kaydetmiştir ancak gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamsızdır ( $p>0.05$ ).

43. Yeme Bozukluğunu Değerlendirme Ölçeğinin yeme bozukluğu davranışlarını yansıtan soruları incelenmiştir. Objektif tıkinma davranışı (başkası tarafından aşırı miktarda olarak tanımlanacak biçimde yemek) sporcularda %54.8 (n:120), sedanterlerde %42.0 (n:92) oranında görülmektedir. Subjektif tıkinma davranışı (yemek yemeyle ilgili kontrolü kaybetme hissine kapılmak) sporcularda %42.3 (n:93), sedanterlerde %37.9 (n:83) oranında görülmektedir. Diyetsel kısıtlama (uyanırken 8 saat boyunca ya da daha fazla bir süre için bir şey yememe) sporcularda %30.6 (n:67), sedanterlerde %25.6 (n:56) oranında görülmüştür. Sporcuların %8.7'si (n:19), sedanterlerin %5.9'u (n:13) kendini kusturma davranışını gerçekleştirdiğini bildirmiştir. Laksatif istismarı (beden şeklini veya kiloyu değiştirme amacıyla müshil kullanma) sporcuların %3.7'sinde (n:8), sedanterlerin %2.7'sinde (n:6) görülmüştür. Aşırı egzersiz (kiloyu, beden şeklini ya da yağ miktarını kontrol etmek, kalorileri yakmak amacıyla, "kendini kaybedercesine" ya da "saplantılı" biçimde egzersiz yapmak) sporcuların %33.3'ünde (n:73), sedanterlere %22.8'inde (n:50) görülmüştür. Tüm bu durumlar sporcularda sedanterlere göre daha fazla görülmüş ancak gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.



44. Yeme bozukluğu davranışlarının düzenli görülme durumları incelenmiştir. Tıkıncasına yeme, kendini kusturma ve laksatif istismarı için >4 kez, diyetsel kısıtlama için >13 kez, aşırı egzersiz için >20 kez düzenli görülme olarak kabul edilmiştir. Objektif tıkınma davranışı sporcuların %24.7'sinde (n:54), sedanterlerin %21.5 (n:47), sübjektif tıkınma davranışı sporcuların %17.8'inde (n:39), sedanterlerin %19.2'sinde (n:42), diyetsel kısıtlama sporcuların %7.3'ünde (n:16), sedanterlerin %6.4'ünde (n:14), kendini kusturma sporcuların %1.4'ünde (n:3), sedanterlerin %0.9'ünde (n:2), laksatif istismarı sporcuların %0.9'unda (n:2), sedanterlerin %1.4'ünde (n:3), aşırı egzersiz sporcuların %2.7'sinde (n:6), sedanterlerin %0.9'unda (n:2) düzenli görülmektedir. Objektif tıkınma davranışı, diyetsel kısıtlama, kendini kusturma ve aşırı egzersiz için düzenli görülme sporcularda daha fazladır ancak hiçbir davranış için gruplar arası farklılık görülmemektedir.
45. Yeme Bozukluğunu Değerlendirme Ölçeğinde kız katılımcılara sorulan “geçtiğimiz 3-4 aylık dönemde hiç aybaşı (regl) olmadığınız oldu mu?” sorusuna tüm katılımcıların %14.9'u (n:33) evet, %84.2'si (n:186) hayır, %0.9'u (n:2) henüz regl olmadım yanıtını vermiştir. Menstruasyonun başlamadığını bildiren 2 katılımcı dışarda bırakıldığında, sporcu ve sedanterler arasında menstrual düzensizlik açısından fark görülmemektedir ( $p>0.05$ ). Son 3-4 aylık dönemde aksama yaşadığını bildiren kızların (n:33), %66.7'si (n:22) 1 kere, %27.2'si (n:9) 2 kere, %6.1'i (n:2) 3 kere aksama yaşadığını bildirmiştir. Sporcu kızlardan menstruasyonda aksama yaşadığını bildirenlerin %90.9'u (n:10) bir kere, %9.1'i (n:1) iki kere aksama yaşadığını bildirmiştir. Sedanter kızlardan aksama yaşadığını bildirenlerin %54.5'i (n:12) bir kere, %36.4'ü (n:8) iki kere, %9.1'i (n:2) üç kere aksama yaşadığını belirtmiştir. Sporcu kızlardan hiç biri menstrual aksama sebebiyle ilaç kullanmazken, aksama yaşayan sedanter kızların %9.1'i (n:2) bu sebeple ilaç kullanmaktadır
46. Son 3-4 aylık dönemde menstrual düzeninde aksama olan ve olmayan kızların ölçek puanları ortalamaları EAT-26 için sırasıyla  $13.5\pm 8.90$ ,  $10.7\pm 7.77$ , EDE-Q için sırasıyla  $1.8\pm 1.40$ ,  $1.2\pm 1.16$ , SPAS için sırasıyla  $37.2\pm 11.40$ ,  $32.8\pm 11.15$  olarak hesaplanmıştır. Menstrual düzenlerinde aksama olduğunu bildiren kızların, aksama yaşamayan kızlara göre EDE-Q ve SPAS ortalamaları

- anlamli şekilde daha yuaksektir ( $p<0.05$ ). Yeme bozukluğu davranışının ve beden memnuniyetsizliğinin menstrual düzenle ilişkili olduğu görülmektedir.
47. Sporcu ve sedanter kızlar menstrual düzensizlik açısından ayrı ayrı incelendiklerinde, sporcu grupta menstrual düzensizlik yaşayan grubun, menstrual düzensizlik yaşamaylara göre EAT-26 ve EDE-Q ortalamaları daha yüksek, SPAS ortalamaları küçük bir farkla daha düşüktür fakat üç ölçek için de gruplar arası fark önemli bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Sedanter grupta ise menstrual düzensizlik yaşayan grup, yaşamayan gruba göre her 3 ölçekten daha yüksek ortalamalar kaydetmiş ve gruplar arasındaki fark EDE-Q ve SPAS için anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ).
48. Sosyal Fizik Kaygı Envanterinden alınan puanlar değerlendirildiğinde; tüm katılımcıların ortalama puanı  $31.0\pm 11.05$ , sporcuların ortalama puanı  $29.2\pm 10.71$ , sedanterlerin ortalama puanı  $32.9\pm 11.09$  olarak hesaplanmıştır. Envanterin, Fiziksel Görünüm Rahatlığı (FGR) alt ölçeğinde tüm katılımcıların ortalama puanı  $13.8\pm 5.06$ , sporcuların ortalama puanı  $12.7\pm 4.79$ , sedanterlerin ortalama puanı  $15.0\pm 5.08$  olarak hesaplanmıştır. Olumsuz Değerlendirilme Beklentisi (ODB) alt ölçeğinde ise tüm katılımcıların ortalama puanı  $17.2\pm 6.74$ , sporcuların ortalama puanı  $16.4\pm 6.60$ , sedanterlerin ortalama puanı  $17.9\pm 6.82$  olarak hesaplanmıştır. Sosyal Fizik Kaygı Envanterinin toplam puanının ortalaması ve FGR ve ODB alt ölçekleri puanının ortalaması açısından sedanterlerde sporculara göre daha yüksektir. Sedanterlerin sporculara göre dış görünüşlerinden duydukları kaygı düzeyleri, fiziksel görünümle ilgili duydukları rahatsızlık ve fiziklerinin başkaları tarafından olumsuz değerlendirileceği beklentisi istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir ( $p<0.05$ ).
49. Sosyal Fizik Kaygı Envanterinden alınan puanlar cinsiyete ve spor yapma durumuna göre değerlendirildiğinde; SPAS toplamda sporcu kızların ortalama puanı  $30.9\pm 11.14$ , sporcu erkeklerin ortalama puanı  $27.7\pm 10.16$ , sedanter kızların ortalama puanı  $35.4\pm 11.05$ , sedanter erkeklerin ortalama puanı  $29.8\pm 10.40$  olarak belirlenmiştir. Testin fiziksel görünüm rahatlığı alt ölçeği ortalaması, sporcu kızlarda  $13.4\pm 4.86$ , sporcu erkeklerde  $12.1\pm 4.68$ , sedanter kızlarda  $16.1\pm 4.88$ , sedanter erkeklerde  $13.6\pm 5.00$  puandır. Olumsuz

değerlendirilme beklentisi alt ölçeği ortalaması ise sporcu kızlarda  $17.5 \pm 6.93$ , sporcu erkeklerde  $15.6 \pm 6.19$ , sedanter kızlarda  $19.3 \pm 6.92$ , sedanter erkeklerde  $16.2 \pm 6.35$  puandır.

50. Cinsiyete göre sporcular değerlendirildiğinde, sporcu kızların sporcu erkeklere göre SPAS toplam, FGR ve ODB alt ölçek puanları daha fazla olup SPAS toplam ve ODB puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ( $p < 0.05$ ). Sporcu kızların sporcu erkeklere göre fiziklerinin başkaları tarafından olumsuz değerlendirileceği beklentisi anlamlı derecede daha yüksektir. Sedanter grupta ise; sedanter kızların SPAS toplam ve her iki alt ölçekten aldığı puanlar sedanter erkeklere göre daha fazladır ve puanlar arasında anlamlı farklılık vardır ( $p < 0.05$ ). Sedanter kızların sedanter erkeklere göre dış görünüşlerinden duydukları kaygı düzeyleri, fiziksel görünümle ilgili duydukları rahatsızlık ve fiziklerinin başkaları tarafından olumsuz değerlendirileceği beklentisi anlamlı derecede daha yüksektir.
51. Aynı cinseyete sahip adölesanların spor yapıp yapmama durumlarına göre SPAS toplam, FGR, ODB puanlarına bakıldığında, sedanter kızların sporcu kızlara göre tüm skorlarının daha yüksek olduğu görülmektedir ve SPAS toplam ile FGR puanları arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ( $p < 0.05$ ). Sedanter kızlarda sporcu kızlara göre daha yüksek sosyal fizik kaygısı olduğu saptanmıştır. Aynı şekilde sedanter erkeklerin sporcu erkeklere göre tüm skorları daha yüksektir ve FGR puanları arasında anlamlı farklılık vardır ( $p < 0.05$ ). Sedanter erkeklerin sporcu erkeklere göre fiziksel görünümleriyle ilgili daha çok rahatsızlık yaşadıkları saptanmıştır.
52. Sporcu kızlarda spor türlerine göre SPAS toplam ve alt ölçekleri puanının ortalaması incelendiğinde; SPAS toplam puanda dayanıklılık sporcularının ortalama puanı  $28.6 \pm 10.74$ , kuvvet sporcularının ortalama puanı  $24.8 \pm 7.19$ , dövüş sporcularının ortalama puanı  $34.3 \pm 11.11$ , takım sporcularının ortalama puanı  $37.4 \pm 12.34$  olarak belirlenmiştir. Fiziksel görünüm rahatlığı alt ölçeğinde, dayanıklılık sporcularının ortalama puanı  $12.3 \pm 4.52$ , kuvvet sporcularının ortalama puanı  $10.7 \pm 3.60$ , dövüş sporcularının ortalama puanı  $14.6 \pm 4.61$ , takım sporcularının ortalama puanı  $17.1 \pm 5.54$  olarak belirlenmiştir. Olumsuz değerlendirilme beklentisi alt ölçeğinde ise dayanıklılık sporcularının

ortalama puanı  $16.3 \pm 6.74$ , kuvvet sporcularının ortalama puanı  $14.1 \pm 4.63$ , dövüş sporcularının ortalama puanı  $19.7 \pm 7.11$ , takım sporcularının ortalama puanı  $20.2 \pm 7.73$  olarak belirlenmiştir. Kız sporcular arasında toplam puanda ve alt ölçek puanlarında her üç puan ortalaması için en yüksek skorları takım sporcuları, en düşük skorları kuvvet sporcuları kaydetmiştir. Karşılaştırmalar yapıldığında; kuvvet sporcularının takım ve dövüş sporcularına göre SPAS toplam puanının anlamlı olarak daha düşük olduğu görülmüştür ( $p < 0.05$ ). Takım sporcularının da FGR ortalaması, dayanıklılık ve kuvvet sporcularına göre anlamlı şekilde yüksektir ( $p < 0.05$ ). Ayrıca dövüş sporcularının FGR ve ODB değerleri de kuvvet grubuna göre anlamlı şekilde yüksektir ( $p < 0.05$ ).

53. Farklı spor türlerine katılan erkek sporcular arasında ise toplam puan ve ODB alt ölçeğinde kuvvet sporcuları en yüksek puanları kaydederken, FGR alt ölçeğinde dövüş sporcuları en yüksek ortalamaya sahip olup gruplar arasındaki ortalamaların farkı istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ).
54. Sporcuların EAT-26 ve EDE-Q puanları arasında pozitif ve orta düzeyde ( $r = 0.498$ ,  $p < 0.01$ ), EAT-26 ve SPAS puanları arasında pozitif ve zayıf ( $r = 0.374$ ,  $p < 0.01$ ) ve EDE-Q ve SPAS puanları arasında pozitif ve orta düzeyde ( $r = 0.595$ ,  $p < 0.01$ ) korelasyon saptanmıştır. Sedanterlerin EAT-26 ve EDE-Q puanları arasında pozitif ve orta düzeyde ( $r = 0.507$ ,  $p < 0.01$ ), EAT-26 ve SPAS puanları arasında ( $r = 0.378$ ,  $p < 0.01$ ) pozitif ve zayıf ve EDE-Q ve SPAS puanları arasında pozitif ve kuvvetli korelasyon saptanmıştır ( $r = 0.702$ ,  $p < 0.01$ ).
55. Spora başlama yaşı ile EAT-26 ve EDE-Q puanları arasında ilişki yoktur (sırasıyla  $r = -0.023$ ,  $r = -0.108$   $p > 0.05$ ) ve SPAS puanları ile ilişkileri negatif ancak önemsizdir ( $r = -0.178$   $p < 0.01$ ). Günlük antrenman süresi ile EDE-Q ve SPAS puanları arasında ilişki yoktur (sırasıyla  $r = 0.096$ ,  $r = -0.69$   $p > 0.05$ ) ve EAT-26 ile pozitif ancak önemsiz bir ilişki bulunmaktadır ( $r = 0.133$ ,  $p = 0.05$ ).
56. Sporcularda ve sedanterlerde EAT-26 puanı ile BKİ Z Skor değerleri arasında bir ilişki yoktur ( $r = 0.033$ ,  $p > 0.05$ ). Sporcularda EDE-Q ve SPAS puanları ile BKİ Z Skor değerleri arasında pozitif ve zayıf bir ilişki vardır (sırasıyla  $r = 0.364$ ,  $r = 0.298$ ,  $p < 0.01$ ). Sedanterlerde EDE-Q puanı ile BKİ Z Skor değerleri arasında pozitif ve orta düzeyde ilişki, SPAS puanı ile BKİ Z Skor

değerleri arasında pozitif ve zayıf düzeyde bir ilişki görülmektedir (sırasıyla  $r=0.473$ ,  $r=0.261$ ,  $p<0.01$ ).

57. EAT-26 puan ortalamaları ile vücut ağırlığının hem sporcularda hem sedanterlerde ilişkisi bulunmamaktadır (sırasıyla  $r=-0.003$ ,  $r=0.061$ ,  $p>0.05$ ). EDE-Q ve vücut ağırlığı ilişkisi sporcularda ve sedanterlerde zayıf ve pozitif bulunmuştur (sırasıyla  $r=0.251$ ,  $r=0.261$ ,  $p<0.01$ ). SPAS ve vücut ağırlığı ilişkisi hem sporcularda hem sedanterlerde önemli bulunmamıştır (sırasıyla  $r=0.140$ ,  $r=0.138$ ,  $p<0.01$ ).
58. Sporcularda ve sedanterlerde ağırlık kaybetmek isteyenler istemeyenlere göre EAT-26, EDE-Q ve SPAS ölçeklerinden daha yüksek ortalamaya sahiptir ve her 3 ölçek için de gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak önemlidir ( $p<0.05$ ). Ağırlık kaybetmek isteyenler istemeyenlere göre daha yüksek bozuk yeme davranışı sergilemekte ve sosyal fizik kaygısı yaşamaktadır.
59. Sporcularda ve sedanterlerde vücut görüntüsünden memnun olmayanlar, vücut görüntüsünden memnun olanlara göre EAT-26, EDE-Q ve SPAS ölçeklerinden daha yüksek puanlar almış ve her 3 ölçek için de gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Vücut görüntüsünden memnun olmayanlar, memnun olanlara göre daha yüksek bozuk yeme davranışı sergilemekte ve sosyal fizik kaygısı yaşamaktadır.
60. Katılımcılara “kilo ver” diyen birinin olma durumuna bakılarak ölçek puanları hesaplanmıştır. Hem sporcu hem de sedanter grupta ağırlık kaybetmesi gerektiği söylenen katılımcılar, ağırlık kaybetmesi gerektiği söylenmeyen katılımcılara göre EAT-26, EDE-Q ve SPAS ölçeklerinden daha yüksek puanlar almış ve üç ölçek için de gruplar arası fark anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Ağırlık kaybetmesi söylenen katılımcıların bozulmuş yeme davranışı ve beden algısı bozukluğu patolojisinin daha büyük olduğu görülmüştür.
61. Sporcular için, arkadaşlarının “kilo ver” dediği katılımcılar en yüksek EAT-26 skorunu kaydetmiş ve ailesinin kilo vermesini söylediği katılımcılara göre anlamlı derecede yüksek puan almıştır ( $p<0.05$ ). Sporcular için arkadaşlarının kilo vermesini söylemesi YB davranışlarına diğer kişilere göre daha fazla yol açmaktadır. EDE-Q ve SPAS ortalaması en yüksek grup ise herkesin “kilo ver” dediği sporcular olmuştur. SPAS için herkesin “kilo ver” dediği sporcular,

yalnızca antrenörlerinin “kilo ver” dediği sporculara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek ortalama kaydetmiştir ( $p<0.05$ ). Çevresindeki herkesin “kilo ver” dediği sporcuların sosyal fizik kaygısının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Sedanterlerde EAT-26 ortalaması en yüksek grup arkadaşlarının kilo ver dediği katılımcılar olmuş ancak gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. EDE-Q ve SPAS ortalaması en yüksek grup ise herkesin “kilo ver” dediği katılımcılar olmuştur ve EDE-Q ortalaması açısından herkesin kilo ver dediği katılımcılarla ailelerinin “kilo ver” dediği katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Etrafındaki herkes tarafından ağırlık kaybetmesi gerektiği vurgulanan sedanterlerin daha bozuk yeme davranışı sergilediği belirlenmiştir.

62. Tartılma sıklığına bakıldığında, sporcularda EAT-26 ve EDE-Q ölçeklerinden en yüksek ortalamayı günlük/günde birden fazla tartılan grup kaydetmiştir ve günlük/günde birden fazla tartılan grubun EAT-26 puan ortalaması haftada 1 ayda 1 arası, ayda 1 ve daha az grubuna göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Günlük/günde birden fazla tartılan grupta bozulmuş yeme davranışı, diğer gruplara göre daha çok görülmektedir. EDE-Q ve SPAS puanları açısından gruplar arası fark saptanmamıştır ( $p>0.05$ ). Sedanterlerde her üç ölçekten de en yüksek puanı günlük/günde birden fazla tartılan grup almıştır ancak gruplar arası fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).
63. Sporcu grubunda, az uyuyanların, normal uyuyanların, fazla uyuyanların EAT-26 ortalamaları sırasıyla;  $10.1\pm 7.13$ ,  $9.5\pm 7.12$  ve  $10.0\pm 6.39$ , EDE-Q ortalamaları sırasıyla;  $1.0\pm 1.13$ ,  $1.0\pm 1.02$  ve  $1.3\pm 1.05$ , SPAS ortalamaları sırasıyla;  $28.7\pm 10.96$ ,  $28.8\pm 10.09$  ve  $32.4\pm 10.24$  şeklinde hesaplanmış ve her üç ölçek için de gruplar arasındaki fark önemli bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Sedanter grupta, az uyuyanların, normal uyuyanların, fazla uyuyanların EAT-26 ortalamaları sırasıyla;  $10.2\pm 7.90$ ,  $8.8\pm 6.30$  ve  $11.3\pm 7.51$ , EDE-Q ortalamaları sırasıyla;  $1.1\pm 1.16$ ,  $1.0\pm 1.24$  ve  $1.2\pm 0.99$ , SPAS ortalamaları sırasıyla;  $32.8\pm 10.95$ ,  $32.1\pm 11.49$  ve  $35.3\pm 11.82$  olarak hesaplanmış ve her üç ölçek için de gruplar arasındaki fark önemli bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

## 7. ÖNERİLER

Gelecekteki araştırmalar, yeme bozukluğu davranışlarını ve tarama araçlarını incelemek için hem cinsiyeti hem de fiziksel aktivite seviyesini göz önüne almalı ve bu gruplara spesifik tanı kriterleri ve risk faktörlerini tanımlamalıdır.

Adölesanlarda sağlıksız yeme davranışlarının kökenlerini ve sonuçlarını anlamaya devam etmek için yeni çalışmalar yapılmalıdır. Bu alışmalar ayrıca arkadaşlar ve sosyokültürel çevre gibi bu alışkanlıkları etkileyen olası değişkenleri açıklamalıdır.

Sporcu veya sedanter bir adölesanın yeme bozukluğu veya bozulmuş beden algısı olup olmadığının anlaşılması için maruz kaldığı sosyal veya spor ortamından kaynaklanan baskılar, uyku düzeni, tartılma sıklığı, menstrual siklusun düzeni gibi faktörler bütünüyle incelenmelidir.

Beslenmeyle ilgili kavramları ve inançlarındaki değişiklikleri teşvik etmek için spor camiasında ve okullarda değerlendirme programları ve beslenme eğitimi yatırımları yapılmalıdır. Bu eğitimler yalnızca adölesanları değil, antrenörleri ve aileleri de kapsamalıdır. Sporcu ve sporcu olmayan adölesanların yeme bozukluğu ve beden memnuniyetsizliğinden korunma ve tedavilerinde doktor diyetisyen psikolog gibi sağlık personelleri multidisipliner olarak çalışmalıdır ve düzensiz yeme belirtilerinin farkında olarak, sporcuları/sedanterleri kilo vermede daha sağlıklı yöntemlerin kullanımına yönlendirmeli, bu yöntemleri yalnızca gerektiğinde kullanmaya teşvik etmelidir. Bu stratejilerin gerçekleştirilmesi, performansı artırabilecek ve sağlık üzerindeki olumsuz etkilerini ortadan kaldırarak klinik yeme bozukluklarını önleyebilecektir.

## 8. KAYNAKLAR

1. Thompson A, Petrie T, Anderson C. Body image dissatisfaction, physical activity and screen-time in Spanish adolescents. *J Sci Med Sport* 2017; 20(9):808-813.
2. Mendo-Lázaro S, Polo-del-Río M, Amado-Alonso D, Iglesias-Gallego D, León-del-Barco B. Self-Concept in Childhood: The Role of Body Image and Sport Practice. *Front Psychol.* 2017; 8: 853.
3. Kerner LC. Relationships Between Body Image, Motivation And Physical Education (Pe) Experiences In 13-14 Year Old Boys And Girls. University Of Bedfordshire, Doctor of Philosophy Thesis, Luton, 2013 (Supervisor: Professor David Kirk)
4. Thompson MA, Gray JJ. Development and Validation of a new body-image assessment scale. *Journal of Personality Assessment* 1995; 2:258-269.
5. Bratland-Sanda S, Sundgot-Borgen J. Eating disorders in athletes: Overview of prevalence, risk factors and recommendations for prevention and treatment. *European Journal of SportScience* 2013; 13(5): 499-508.
6. De Bruin AP, Oudejans RR, Bakker FC, Woertman L. Contextual Body Image and Athletes' Disordered Eating: The Contribution of Athletic Body Image to Disordered Eating in High Performance Women Athletes. *European Eating Disorders Review* 2011; 19(3):201-2015.
7. Joy E, Kussman A, Nattiv A. 2016 update on eating disorders in athletes: A comprehensive narrative review with a focus on clinical assessment and management. *Br J Sports Med* 2016;50:154–162.
8. Kong P, Harris LM. The sporting body: body image and eating disorder symptomatology among female athletes from leanness focused and nonleanness focused sports. *Journal of Health Psychology* 2015;149(1-2):141-60.
9. Giel EK, Hermann-Werner A, Mayer J, Diehl K, Schneider S, Thiel A, Zipfel S. Eating Disorder Pathology in Elite Adolescent Athletes. *Journal of Eating Disorders* 2016;49:553–562.
10. Martinsen M, Bahr R, Børresen R, Holme I, Pensgaard AM, Sundgot-Borgen J. Preventing eating disorders among young elite athletes: a randomized controlled trial. *Medicine & Science in Sports & Exercise* 2014; 46(3):435-47.



11. Martinsen M, Bratland- Sanda S, Eriksson AK, Sungdot-Borden J. Dieting to win or to be thin? A study of dieting and disordered eating among adolescent elite athletes and non-athlete controls. *British Journal of Sports Medicine* 2010;44:70-76.
12. World Health Organization. Recognizing adolescence. [http://apps.who.int/adolescent/second-decade/section2/page1/recognizing\\_adolescence.html](http://apps.who.int/adolescent/second-decade/section2/page1/recognizing_adolescence.html) Erişim Tarihi:7 Kasım 2017.
13. World Health Organization (WHO). Adolescents: health risks and solutions. [www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/en/](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/en/) Erişim Tarihi:7 Kasım 2017.
14. World Health Organization (WHO). IMAI One-day Orientation on Adolescents Living with HIV. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44258/1/9789241598972\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44258/1/9789241598972_eng.pdf) Erişim Tarihi:7 Kasım 2017.
15. World Health Organization (WHO). Adolescent development. [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/development/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/development/en/) Erişim Tarihi:7 Kasım 2017.
16. Leite Portella D, Arruda M, Gómez-Campos R, Checkin Portella G, Andruske CL, Cossio-Bolaños MA. Physical Growth and Biological Maturation of Children and Adolescents: Proposed Reference Curves. *Annals of Nutrition and Metabolism* 2017; 70(4):329-337.
17. Campos RG, de Arruda M, Hespanhol JE, Camargo C, Briton RM, Cossio-Bolaños MA. Referencial values for the physical growth of school children and adolescents in Campinas, Brazil. *Annals of Human Biology* 2015;42(1):62-9.
18. Natale V, Rajagopalan A. Worldwide variation in human growth and the World Health Organization growth standards: a systematic review. *British Medical Journal* 2014; 8;4(1) [Electronic Journal] <http://bmjopen.bmj.com/content/4/1/e003735.long>.
19. Guo J. Longitudinal Changes in Chinese Adolescent Girls' Physical Growth, Social Contexts, and Mental Health during the Transition from Primary to Junior High School. The University of Edinburgh, Doctor of Philosophy, Edingburgh, 2015.

20. Forbes EE, Dahl RE. Pubertal development and behavior: hormonal activation of social and motivational tendencies. *Brain and Cognition* 2010 Feb;72(1):66-72.
21. Kar SK, Choudhury A, Singh AP. Understanding normal development of adolescent sexuality: A bumpy ride. *Journal of Human Reproductive Sciences* 2015; 8(2): 70–74.
22. Loomba-Albrecht LA, Styne DM. Effect of puberty on body composition. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes* 2009;16(1):10-15.
23. Rosen DS. Physiologic growth and development during adolescence. *Pediatr Rev* 2004;25(6):194-200.
24. Sawyer SM, Afifi RA, Bearinger LH, Blakemore SJ, Dick B, Ezech AC, Patton GC. Adolescence: a foundation for future health. *Lancet* 2012;379(9826):1630-1640.
25. World Health Organization (WHO). Adolescence: a period needing special attention.  
<http://apps.who.int/adolescent/second-decade/section2/page5/adolescence-psychological-and-social-changes.html> Erişim Tarihi: 7 Kasım 2017.
26. Reena M. Psychological Changes During Puberty - Adolescent School Girls. *Universal Journal of Psychology* 2015;3(3):65-68.
27. Johnson SB, Blum RW, Giedd JN. Adolescent Maturity and the Brain: The Promise and Pitfalls of Neuroscience Research in Adolescent Health Policy. *J Adolesc Health* 2009; 45(3): 216–221.
28. Crews F, He J, Hodge C. Adolescent cortical development: a critical period of vulnerability for addiction. *Pharmacol Biochem Behav* 2007;86:189-199.
29. Hintikka U. Changes in Adolescents' Cognitive and Psychosocial Functioning and Self-Image During Psychiatric Inpatient Treatment. Faculty of Medicine of the University of Kuopio, Kuopio, 2007 (Supervisor: Professor Esko Alhava, M.D., Ph.D).
30. Crone EA, Dahl RE. Understanding adolescence as a period of social-affective engagement and goal flexibility. *Nat Rev Neurosci* 2012;13(9):636-50.

31. Haboubi GJ, Shaikh RB. A Comparison of the Nutritional Status of Adolescents from Selected Schools of South India and UAE: A Cross-sectional Study. *Indian J Community Med* 2009;34(2): 108–111.
32. United Nations Children’s Fund (UNICEF). Adolescence An Age of Opportunity. [https://www.unicef.org/adolescence/files/SOWC\\_2011\\_Main\\_Report\\_EN\\_02\\_092011.pdf](https://www.unicef.org/adolescence/files/SOWC_2011_Main_Report_EN_02_092011.pdf) Erişim Tarihi: 8 Kasım 2017.
33. “Türkiye Beslenme Rehberi. TÜBER 2015”, “T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1031 , Ankara 2016.”
34. Eime RM, Young JA, Harvey JT, Charity MJ, Payne WR. A systematic review of the psychological and social benefits of participation in sport for children and adolescents: informing development of a conceptual model of health through sport. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 2013; 10(98):1-21.
35. Cornelissen T, Pfeifer C. The impact of participation in sports on educational attainment—New evidence from Germany. *Economics of Education Review* 2010; 29:94–103.
36. Slutzky CB, Simpkins SD. The link between children's sport participation and self-esteem: Exploring the mediating role of sport self-concept 2009;10(3): 381-389.
37. Coşkun MN. Vücut Geliştirme Sporu İle İlgilenen Erkek Yetişkin Bireylerde Beden Algısının Yeme Davranışı ve Besin Tüketimi İle İlişkisi. B.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme Ve Diyetetik Anabilim Dalı Yüksek lisans tezi, Ankara, 2011 (Danışman: Doç.Dr. Efsun Karabudak).
38. Smink FR, van Hoeken D, Oldehinkel AJ, Hoek HW. Prevalence and severity of DSM-5 eating disorders in a community cohort of adolescents. *Int J Eat Disord* 2014;47(6):610-619.
39. Martinsen M, Sundgot-Borgen J. Higher prevalence of eating disorders among adolescent elite athletes than controls. *Med Sci Sports Exerc* 2013;45(6):1188-1197.
40. Tenenbaum G, Eklund RC. *Handbook of Sport Psychology Third Edition*. Hoboken, N.J:Wiley, 2007.

41. American Psychiatric Association Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders 5th Edition Washington DC, London: American Psychiatric Publishing,2013.
42. Holtkamp K, Herpertz-Dahlmann B, Herpertz-Dahlmann K, Mika C, Kratzsch C, Hebebrand J. Physical Activity and Restlessness Correlate with Leptin Levels in Patients with Adolescent Anorexia Nervosa. *Biological Psychiatry* 2006; 60(3): 311–313.
43. Dosit J. *Eating Disorders in Athletes*. Vigo: John Willey & Sons Ltd, 2008.
44. El Ghoch M, Soave F, Calugi S, Grave RD. Eating Disorders, Physical Fitness and Sport Performance: A Systematic Review. *Nutrients*. 2013; 5(12): 5140–5160.
45. Yücel B. Estetik Bir Kaygıdan Hastalığa Uzanan Yol: Yeme Bozuklukları. *İstanbul Tabip Odası Klinik Gelişim Dergisi* 2008;22(4): 39-44.
46. Wonderlich SA, Gordon KH, Mitchell JE. The validity and clinical utility of binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders* 2009;42: 687-705
47. Williams G. Binge Eating and Binge Eating Disorder in Athletes: A Review of Theory and Evidence. *The Sport Journal* 2016;19. [Electronic Journal]. <https://thesportjournal.org/article/binge-eating-and-binge-eating-disorder-in-athletes-a-review-of-theory-and-evidence/>.
48. Stice E, Davis K, Miller NP, Marti CN. Fasting increases risk for onset of binge eating and bulimic pathology: a 5-year prospective study. *J Abnorm Psychol* 2008;117(4), 941-946.
49. Woolsey CL, Mannion J, Williams Jr RD, Steffen W, Aruguete MS, Evans MW, Spradley BD, Jacobson BH, Edwards WW, Kensinger WS, Beck NC. Understanding Emotional and Binge Eating: From Sports Training to Tailgating. *The Sport Journal* 2016;19. [Electronic Journal]. <https://thesportjournal.org/article/understanding-emotional-and-binge-eating-from-sports-training-to-tailgating/>
50. Bozan N. Hollanda yeme davranışı (DEBQ) anketinin Türk üniversite öğrencilerinde geçerlik ve güvenilirliğinin sınanması. *B.Ü. Sağlık Bilimleri*

- Enstitüsü, Beslenme Ve Diyetetik Anabilim Dalı, Yüksek lisans tezi,2009 (Danışman: Prof Dr. Murat Baş).
51. Özdemir Şahin NF, Ersöz G. Kadın Sporcu Üçlemesi. Türkiye Klinikleri Spor Bilimleri Dergisi 2013; 5(2):86-95.
  52. Sundgot-Borgen J, Torstveit MK. Prevalence of eating disorders in elite athletes is higher than in the general population. Clin J Sport Med 2004;14(1):25-32.
  53. Herbrich L, Pfeiffera E, Lehmkuhla U, Schneidera N. Anorexia athletica in pre-professional ballet dancers. Journal of Sports Sciences 2011;29(11): 1115-1123.
  54. Freimuth M, Moniz S, Kim SR. Clarifying Exercise Addiction: Differential Diagnosis, Co-occurring Disorders, and Phases of Addiction. Int J Environ Res Public Health 2011; 8(10): 4069–4081.
  55. Vardar E, Vardar S, Toksöz İ, Süt N. Egzersiz Bağımlılığı ve Psikopatolojik Özelliklerinin Değerlendirilmesi. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi 2012;25:51-57.
  56. Grieve FG. A Conceptual Model of Factors Contributing to the Development of Muscle Dysmorphia, Eating Disorders. The Journal of Treatment & Prevention 2007; 15(1): 63-80.
  57. Ergin G. Sağlık Personeli Olan ve Olmayan Bireylerde Ortoreksiya Nervoza Sıklığı Araştırması. B.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme Ve Diyetetik Anabilim Dalı, Yüksek lisans tezi 2014, Ankara (Danışman Doç. Dr. Emine Aksoydan).
  58. Murray SB, Rieger E, Touyz SW, De la Garza García Lic Y. Muscle dysmorphia and the DSM-V conundrum: where does it belong? A review paper. Int J Eat Disord 2010;43(6):483-91.
  59. Eisenberg ME, Wall M, Neumark-Sztainer D. Muscle-enhancing Behaviors Among Adolescent Girls and Boys. Pediatrics 2012; 130(6):1019–1026.
  60. Murray SB, Griffiths S. Adolescent muscle dysmorphia and family-based treatment: a case report. Clin Child Psychol Psychiatry 2015;20(2):324-30
  61. Kazkondu İ. Üniversite Öğrencilerinde Ortoreksiya Nervoza (Sağlıklı Beslenme Takıntısı) Belirtilerinin İncelenmesi. G.Ü. Eğitim Bilimleri

Enstitüsü, Aile Ekonomisi ve Beslenme Eğitimi Anabilim Dalı, Yüksek lisans tezi 2010, Ankara (Danışman: Prof. Dr. Gülden Köksal)

62. Mangieri HR. Fueling Young Athletes. Champaign: Human Kinetics, 2016.
63. American Psychiatric Association. Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders 4th Edition Washington DC: American Psychiatric Publishing,2000.
64. Thein-Nissenbaum JM, Rauh MJ, Carr KE, Loud KJ, McGuine TA. Associations between disordered eating, menstrual dysfunction, and musculoskeletal injury among high school athletes. *J Orthop Sports Phys Ther* 2011 Feb;41(2):60-69.
65. Schaal K, Tafflet M, Nassif H, Thibault V, Pichard C, Alcotte M, Guillet T, El Helou N, Berthelot G, Simon S, Toussaint JF. Psychological balance in high level athletes: gender-based differences and sport-specific patterns. *PLoS One* 2011;4:6(5) [Electronic Journal].  
<http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0019007>
66. Pustivšek S, Hadžić V, Dervišević E. Risk Factors for Eating Disorders among Male Adolescent Athletes. *Zdr Varst* 2015; 54(1): 58–65.
67. Patel DR, Greydanus DE, Pratt DH, Phillips EL. Eating Disorders in Adolescent Athletes. *Journal Of Adolescent Research* 2003;18(3): 280-296.
68. Hilbert A, Pike KM, Goldschmidt AB, Wilfley DE, Fairburn CG, Dohm FA, Walsh BT, Striegel Weissman R. Risk factors across the eating disorders. *Psychiatry Res* 2014;15;220(1-2):500-6.
69. Mazzeo ES, Bulik CM. Environmental and Genetic Risk Factors for Eating Disorders: What the Clinician Needs to Know. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2009; 18(1): 67–82.
70. Keel PK, Forney KJ. Psychosocial risk factors for eating disorders. *Int J Eat Disord* 2013;46(5):433-439.
71. Greenleaf C, Petrie TA, Carter J, Reel JJ. Female Collegiate Athletes: Prevalence of Eating Disorders and Disordered Eating Behaviors. *J Am Coll Health* 2009;57(5): 489-95.
72. Turocy PS, DePalma FB, Horswill CA, Laquale KM, Martin TJ, Perry AC, Somova MJ, Utter AC. National Athletic Trainers' Association Position

Statement: Safe Weight Loss and Maintenance Practices in Sport and Exercise  
*J Athl Train.* 201; 46(3): 322–336

73. Rodgers R, Chabrol H. Parental attitudes, body image disturbance and disordered eating amongst adolescents and young adults: a review. *Eur Eat Disord Rev* 2009;17(2):137-51.
74. Blodgett Salafia EH, Jones ME, Haugen EC, Schaefer MK. Perceptions of the causes of eating disorders: a comparison of individuals with and without eating disorders. *Journal of Eating Disorders.* 2015;3(32):2-10.
75. Ata RN, Ludden AB, Lally MM. The Effects of Gender and Family, Friend, and Media Influences on Eating Behaviors and Body Image During Adolescence. *Journal of Youth and Adolescence.* 2007; 36(8):1024-1037.
76. Latzer Y, Spivak-Lavi Z, Katz R. Disordered eating and media exposure among adolescent girls: the role of parental involvement and sense of empowerment. *International Journal of Adolescence and Youth* 2015; 20(3):375-391.
77. Currie A. Sport and Eating Disorders - Understanding and Managing the Risks. *Asian J Sports Med* 2010;1(2):63-8.
78. Reinking, MF, Alexander LE. Prevalence of disordered-eating behaviors in undergraduate female collegiate athletes and nonathletes. *Journal of Athletic Training* 2005; (40):47-51.
79. Babio N, Canals J, Fernández-Ballart J, Arijia V. Non-clinical adolescent girls at risk of eating disorder: under-reporters or restrained eaters? *Nutr Hosp* 2008;23(1):27-34.
80. Rouzitalab T, Gargari BP, Amirsasan R, Jafarabadi MA, Naeimi AF, Sanoobar M. The Relationship of Disordered Eating Attitudes With Body Composition and Anthropometric Indices in Physical Education Students. *Iran Red Crescent Med J* 2015; 17(11): e20727.
81. Mash EJ, Barkley RA. *Assessment Of Childhood Disorders.* New York: The Guilford Press, 2009.
82. Becker AE, Eddy KT, Perloe A. Clarifying criteria for cognitive signs and symptoms for eating disorders in DSM-V. *Int J Eat Disord* 2009;42(7):611-619.

83. Pope Z, Gao Y, Bolter N, Prichard M. Validity and reliability of eating disorder assessments used with athletes: A review. *Journal of Sport and Health Science* 2015;4: 211-221.
84. Reiter CS, Graves L. Nutrition Therapy for Eating Disorders. *Eating and Feeding Disorders*. 2010;25(2): 122-136.
85. Bonci CM, Bonci LJ, Granger LR, Johnson CL, Malina RM, Milne LW, Ryan RR, Vanderbunt EM. National Athletic Trainers' Association Position Statement: Preventing, Detecting, and Managing Disordered Eating in Athletes. *J Athl Train* 2008;43(1):80-108.
86. Ozier AD, Henry BW. Position of the American Dietetic Association: Nutrition Intervention in the Treatment of Eating Disorders. *J Am Diet Assoc* 2011;111(8):1236-1241.
87. Walsh JM, Wheat ME, Freund K. Detection, Evaluation, and Treatment of Eating Disorders The Role of the Primary Care Physician. *J Gen Intern Med* 2000;15(8):577-590.
88. Uskun E, Şabaplı A. Lise Öğrencilerinin Beden Algıları ile Yeme Tutumları Arasındaki İlişki. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2013;12(5):519-528.
89. Er Y. Aerobik Antrenmanların Beden Algısı Üzerine Etkisi. S.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Konya, 2015 (Danışman Öğr. Gör. Dr. Adem Civan)
90. Filiaut SM, Drummond JN. Athletes and Body Image: Interviews with Gay Sportsmen. *Qualitative Research in Psychology* 2008;5:311–333.
91. Holstorm AJ. The effects of media on body image. *Journal of Broadcasting & Electronic Media* 2004; 48(2):196-217.
92. Howells K, Grogan S. Body image and the female swimmer: muscularity but in moderation. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health* 2012;4(1): 98–116.
93. Bruin AP, Oudejans RRD, Bakker FC. Dieting and body image in aesthetic sports: A comparison of Dutch female gymnasts and non-aesthetic sport participants. *Psychology of Sport and Exercise* 2007;8(4): 507-520.
94. Varnes JR, Stellefson ML, Jaenlle JM, Dorman SM, Dodd V, Miller MD. A systematic review of studies comparing body image concerns among female



- college athletes and non-athletes, 1997–2012. *Body Image Journal* 2013; 12;10(4):421-432.
95. Voelker DK, Reel JJ, Greenleaf C. Weight status and body image perceptions in adolescents: current perspectives. *Adolesc Health Med Ther* 2015; 6: 149–158.
96. Markey CN. Invited commentary: Why body image is important to adolescent development. *J Youth Adolesc* 2010;39(12):1387-91.
97. Ata RN, Rojas A, Ludden AB, J. Thompson JK. Factors Influencing Body Image During Adolescence. Victor R. Preedy, Ronald Ross Watson, Colin R. Martin (Eds.) *Handbook of Behavior, Food and Nutrition*, New York: Springer, 2009, pp.3221-3239.
98. Galli N, Reel JJ. Adonis or Hephaestus? Exploring Body Image in Male Athletes. *Psychology of Men & Masculinity* 2009; 10(2):95–108.
99. Francisco R, Narciso I, Alarcão M. Parental Influences on Elite Aesthetic Athletes' Body Image Dissatisfaction and Disordered Eating. *Journal of Child and Family Studies* 2013;22(8): 1082–1091.
100. Ringham R, Klump K, Kaye W, Stone D, Libman S, Stowe S, Marcus M. Eating disorder symptomatology among ballet dancers. *Int J Eat Disord* 2006;39(6):503-8.
101. Schaefer MK, Blodgett Salafia EH. The connection of teasing by parents, siblings, and peers with girls' body dissatisfaction and boys' drive for muscularity: the role of social comparison as a mediator. *Eat Behav* 2014;15(4):599-608.
102. Rieves L, Cash T. Social developmental factors and women's body-image attitudes *Journal of Social Behavior and Personality* 1996;(11):63-78.
103. Berge JM, Hanson-Bradley C, Tate A, Neumark-Sztainer D. Do parents or siblings engage in more negative weight-based talk with children and what does it sound like? A mixed-methods study. *Body Image* 2016;18:27-33.
104. Quiles Marcos YQ, Sebastián MJ, Pamies Aubalat L, Botella Ausina J, Treasure J. Peer and family influence in eating disorders: A meta-analysis. *Eur Psychiatry* 2013;28 (4):199–206.

105. Ricciardelli AL, Yager Z. *Adolescence and Body Image: From Development to Preventing Dissatisfaction*. Melbourne: Routledge, 2016.
106. Hutchinson DM, Rapee RM. Do friends share similar body image and eating problems? The role of social networks and peer influences in early adolescence. *Behav Res Ther* 2007;45(7):1557-1577.
107. Reel JJ, Petrie TA, SooHoo S, Anderson CM. Weight pressures in sport: examining the factor structure and incremental validity of the weight pressures in sport - females. *Eat Behav* 2013;14(2):137-144.
108. Beckner BN, Record RA. Navigating the thin-ideal in an athletic world: influence of coach communication on female athletes' body image and health choices. *Health Commun* 2016;31(3):364-373.
109. Gomes AR, Martins C, Silva L. Eating disordered behaviours in Portuguese athletes: the influence of personal, sport, and psychological variables. *Eur Eat Disord Rev* 2011;19(3):190-200.
110. Coppola AM, Ward RM, Freysinger VJ. Coaches' Communication of Sport Body Image: Experiences of Female Athletes. *Journal of Applied Sport Psychology* 2014; 26(1):1-16.
111. Kroshus E, Goldman RE, Kubzansky LD, Austin SB. Team-level approaches to addressing disordered eating: a qualitative study of two female collegiate cross country running teams. *Eat Disord*. 2014;22(2):136-51.
112. Sherman R, Thompson RA, Dehass D, Wilfert M. NCAA coaches survey: The role of the coach in identifying and managing athletes with disordered eating. *Eating Disorders*, 2005;13: 447-466.
113. Riebock A. *Sexualized Representation of Female Athletes in the Media: How Does it Affect Collegiate Female Athlete Body Perceptions?* Texas Tech University Sport Management Master of Science Thesis, Texas, 2012 (Supervisor Dr. Sungwon Bae).
114. Thomsen S, Bower D, Barnes M. Photographic images in women's health, fitness, and sports magazines and the physical self-concept of a group of adolescent female volleyball players. *Journal of Sport and Social Issues*. 2004; 28:266-283.

115. Smith LR. What's the Best Exposure? Examining Media Representations of Female Athletes and the Impact on Collegiate Athletes' Self-Objectification. *Communication & Sport* 2015;1-21.
116. Knauss C, Paxton SJ, Alsaker FD. Relationships amongst body dissatisfaction, internalisation of the media body ideal and perceived pressure from media in adolescent girls and boys. *Body Image*. 2007;4(4):353-60.
117. Swamia V, Steadman L, Tovée MJ. A comparison of body size ideals, body dissatisfaction, and media influence between female track athletes, martial artists, and non-athletes. *Psychology of Sport and Exercise* 2009;10(6): 609-614.
118. Ginsberg RL, Gray JJ. The differential depiction of female athletes in judged and non-judged sport magazines *Body Image*. 2006; 3:365-373.
119. Hausenblas HA, Downs DS. Comparison of body image between athletes and nonathletes: A meta-analytic review *Journal of Applied Sport Psychology*, 2001;13:323-339.
120. Carine J. Sports Participation And Its Effect On Self-Esteem And Body Image In College Students. Kean University Educational Psychology Master Thesis, New Jersey, 2011 (Supervisor Andrew Wolanin, Ph.D.)
121. Eccles JS, Barber B, Jozefowicz D, Malanchuk O, Vida M. Self-evaluations of competence, task values, and self-esteem. Washington, DC: American Psychological Association, 1999.
122. Sundgot-Borgen J, Garthe I. Elite athletes in aesthetic and Olympic weight-class sports and the challenge of body weight and body compositions. *J Sports Sci*. 2011;29 (Suppl 1):S101-14.
123. Abbott BD, Barber BL. Differences in functional and aesthetic body image between sedentary girls and girls involved in sports and physical activity: Does sport type make a difference? *Psychology of Sport and Exercise*. 2011; 12(3):333-342.
124. Costarelli V, Stamou D. Emotional Intelligence, Body Image and Disordered Eating Attitudes in Combat Sport Athletes. *Journal of Exercise Science & Fitness*. 2009;7(2):104-111.

- 125.Reel JJ, Gill DL. Slim enough to swim? Weight pressures for competitive swimmers and coaching implications. *The Sport Journal* 2001; 4(2) [Electronic Journal] <http://thesportjournal.org/article/slim-enough-to-swim-weight-pressures-for-competitive-swimmers-and-coaching-implications/>
- 126.Aleong R, Duchesne S, Paus T. Assessment of adolescent body perception: Development and characterization of a novel tool for morphing images of adolescent bodies. *Behavior Research Methods* 2007; 39(3): 651–666.
- 127.Gardner RM, Brown DL. Body image assessment: A review of figural drawing scales. *Personality and Individual Differences* 2010;48(2): 107-111.
- 128.Swamia V, Salemb N, Furnham A, Tovée MJ. Initial examination of the validity and reliability of the female photographic figure rating scale for body image assessment. *Personality and Individual Differences* 2008; 44(8): 1752-1761.
- 129.Neves CM, Filgueiras Meireles JF, Berbert de Carvalho PH, Schubring A, Barker-Ruchti N, Caputo Ferreira ME. Body dissatisfaction in women's artistic gymnastics: A longitudinal study of psychosocial indicators. *J Sports Sci.* 2017;35(17):1745-1751.
- 130.Smolak L, Murnen SK, Ruble AE. Female athletes and eating problems: A meta-analysis. *Int J Eat Disord.* 2000 May;27(4):371-80.
- 131.Ziegler PJ, Khoo CS, Sherr B, Nelson JA, Larson WM, Drenowski A. Body image and dieting behaviors among elite figure skaters. *International Journal of Eating Disorders*, 1998; 24:421-427.
- 132.White J, Halliwell E. Examination of a sociocultural model of excessive exercise among male and female adolescents. *Body Image.* 2010;7(3):227-33.
- 133.Smolak L, Thompson JK. *Body Image, Eating Disorders, and Obesity in Youth: Assessment, Prevention, and Treatment* 2nd ed. Washington, DC:American Psychological Association 2009.
- 134.Grogan S. *Body Image Understanding body dissatisfaction in men, women, and children* Second edition. New York: Routledge, 2008.
- 135.Túry F, Güleç H, Kohls E. Assessment methods for eating disorders and body image disorders. *J Psychosom Res.* 2010 Dec;69(6):601-11.

- 136.American Collage of Sports Medicine. Using Elite Athletes to Create a Healthy Body Image in Youth. <http://www.acsm.org/public-information/acsm-blog/2016/08/10/using-elite-athletes-to-create-a-healthy-body-image-in-youth...-tips-for-parents-and-coaches>. Erişim Tarihi:1 Aralık 2017.
- 137.Pecinovsky C. Ncaa Division I Head Coaches' Experiences With Eating Disorders And Disordered Eating In Female Athletes: A Qualitative Analysis. Georgia Southern University. Master Of Science Thesis. 2013 (Supervisor: Prof. Daniel R. Czech)
- 138.American Collage of Sports Medicine. The Female Athlete Triad. <https://www.acsm.org/docs/brochures/the-female-athlete-triad.pdf>. Erişim Tarihi:1 Aralık 2017.
- 139.Leone JE, Sedory EJ, Gray KA. Recognition and Treatment of Muscle Dysmorphia and Related Body Image Disorders. *J Athl Train.* 2005; 40(4): 352–359.
- 140.Laus MF, Costa TB, Almeida SS. Body image dissatisfaction and its relationship with physical activity and body mass index in Brazilian adolescents. *J. bras. psiquiatr.* 2011; 60(4):315-320.
- 141.Van Durme K, Goossens L, Braet C. Adolescent aesthetic athletes: A group at risk for eating pathology? *Eat Behav.* 2012 Apr;13(2):119-22.
- 142.Desbrow B, McCormack J, Burke L, Cox GR, Fallon K, Hislop M, Logan R, Marino N, Sawyer SM, Shaw G, Star A, Vidgen H, Leveritt M. Sports Dietitians Australia Position Statement: Sports Nutrition for the Adolescent Athlete. *International Journal of Sport Nutrition and Exercise Metabolism.* 2014; 24: 570-584.
- 143.Burke L. *Clinical Sports Nutrition.* New York: Human Kinetics,2007.
- 144.Ann N, Carter J. Building Positive Body Image among College Athletes: A Socially Responsible Approach, *Clothing and Textiles Research Journal* 2006;24(4): 363–80.
- 145.National Collegiate Athletic Association. Mind, Body and Sport: Eating disorders. <http://www.ncaa.org/health-and-safety/sport-science-institute/mind-body-and-sport-eating-disorders>. Erişim Tarihi:01 Aralık 2017.

- 146.Devran Sarıdağ B. Doğu Anadolu Bölgesinde yaşayan Adölesan ve Yetişkinlerin Beslenme Alışkanlıkları ile Yeme Tutum Davranışlarının Belirlenmesi. Yüksek lisans tezi, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2014. (Danışman Prof. Dr. Gül Kızıltan).
- 147.Yucel B, Polat A, İkiz T, Duşgor BP, Elif Yavuz A, Sertel Berk O. The Turkish version of the eating disorder examination questionnaire: reliability and validity in adolescents. *Eur Eat Disord Rev.* 2011 Nov-Dec;19(6):509-11.
- 148.Mulazimoglu-Balli OM, Aşçı FH. “Sosyal fizik kaygı envanteri”nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Spor Bilimleri Dergisi* 2006;17(1):11-19.
- 149.Garner DM, Olmsted MP, Bohr Y, Garfinkel PE. The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates. *Psychol Med.* 1982 Nov;12(4):871-8.
150. Kayano M, Yoshiuchi K, Al-Adawi S, Viernes N, Dorvlo AS, Kumano H, Kuboki T, Akabayashi A. Eating attitudes and body dissatisfaction in adolescents:Cross-cultural study. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2008 Feb;62(1):17-25.
- 151.Sandoz E, Mervin RM, Wilson KG, Kellum KK. Assessment of body image flexibility: The Body Image-Acceptance and Action Questionnaire. *Journal of Contextual Behavioral Science* 2013;2(1-2):39-48.
152. Rivas T, Bersabé R, Jiménez M, Berrocal C. The Eating Attitudes Test (EAT-26): Reliability and Validity in Spanish Female Samples. *Span J Psychol.* 2010 Nov;13(2):1044-56.
- 153.Richter F, Strauss B, Braehler E, Altmann U, Berger U. Psychometric Properties of the Eating Attitudes Test. *Eat Behav.* 2016 Apr;21:198-204.
- 154.Welch E, Miller JL, Ghaderi A, Vaillancourt T. Does perfectionism mediate or moderate the relation between body dissatisfaction and disordered eating attitudes and behaviors? *Eat Behav.* 2009 Aug;10(3):168-75.
- 155.Jennings KM, Phillips KE. Eating Disorder Examination–Questionnaire (EDE–Q): Norms for a Clinical Sample of Males. *Arch Psychiatr Nurs.* 2017 Feb; 31(1): 73–76.
- 156.Grilo CM, Crosby RD, Peterson CB, Masheb RM, White MA, Crow SJ, Wonderlich SA, Mithcell JE. Psychometric Properties of the Eating Disorder

Examination-Questionnaire: Factor Structure and Internal Consistency. *Obesity* (Silver Spring) 2010; 18(5): 977–981.

157. Peláez-Fernández MA, Javier Labrador F, Raich RM. Validation of Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) –Spanish Version– for Screening Eating Disorders. *Span J Psychol.* 2012 Jul;15(2):817-24.
158. Quick VM, Byrd-Bredbenner C. Eating Disorders Examination Questionnaire (EDE-Q): norms for US college students. *Eat Weight Disord.* 2013 Mar;18(1):29-35.
159. Welch E, Birgegård A, Parling T, Ghaderi A. Eating disorder examination questionnaire and clinical impairment assessment questionnaire: General population and clinical norms for young adult women in Sweden. *Behav Res Ther.* 2011 Feb;49(2):85-91.
160. Thein-Nissenbaum JM, Carr KE, Hetzel S, Dennison E. Disordered Eating, Menstrual Irregularity, and Musculoskeletal Injury in High School Athletes. *Sports Health.* 2014 Jul; 6(4): 313–320.
161. Nichols JF, Rauh MJ, Barrack MT, Barkai HS, Pernick Y. Disordered Eating and Menstrual Irregularity in High School Athletes in Lean-Build and Nonlean-Build Sports. *Int J Sport Nutr Exerc Metab.* 2007 Aug;17(4):364-77.
162. Luce KH, Crowther JH, Pole M. Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q): Norms for Undergraduate Women. *Int J Eat Disord.* 2008 Apr;41(3):273-6.
163. Penelo E, Negrete A, Portell M, Raich RM. Psychometric Properties of the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) and Norms for Rural and Urban Adolescent Males and Females in Mexico. *PLoS One.* 2013 Dec 18;8(12):e83245.
164. Haase AM, Mountford V, Waller G. Understanding the Link Between Body Checking Cognitions and Behaviors: The Role of Social Physique Anxiety. *Int J Eat Disord.* 2007 Apr;40(3):241-6.
165. Hart TA, Flora DB, Palyo SA, Frasco DM, Holle C, Heimber RG. Development and Examination of the Social Appearance Anxiety Scale. *Assessment* 2008; 15(1):48-59.

- 166.Hart EA, Leary M R, Rejeski WJ. The measurement of social physique anxiety. *Journal of Sport and Exercise Psychology* 1989; 11: 94-10.
- 167.Pekcan, G. Hastanın Beslenme Durumunun Saptanması, Diyet El Kitabı, (Ed. A. Baysal) 65-116, Hatiboğlu Yayınevi, Ankara, 2002.
168. Centers for Disease Control and Prevention BMI Percentile Calculator for Child and Teen. <https://nccd.cdc.gov/dnpabmi/calculator.aspx> Erişim Tarihi:10 Aralık 2017.
- 169.Aksoydan E, Biçer N. Adölesanların beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite düzeyleri ve vücut kitle indekslerinin değerlendirilmesi. *Gülhane Tıp Derg* 2011; 53: 264-270.
170. World Health Organization Cut-off points and summary statistics. <http://www.who.int/nutgrowthdb/about/introduction/en/index5.html> Erişim Tarihi:10 Aralık 2017.
- 171.Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010. Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı. [http://beslenme.gov.tr/content/files/yayinlar/kitaplar/diger\\_kitaplar/TBSA\\_Beslenme\\_Yayini.pdf](http://beslenme.gov.tr/content/files/yayinlar/kitaplar/diger_kitaplar/TBSA_Beslenme_Yayini.pdf) Erişim Tarihi: 24 Mayıs 2018.
- 172.Michaud PA, Suris JC, Viner R. The Adolescent with a Chronic Condition: Epidemiology, developmental issues and health care provision. WHO publications, Geneva, 2007.
- 173.Jin M, An Q, Wang L. Chronic conditions in adolescents. *Exp Ther Med*. 2017 Jul; 14(1): 478–482.
- 174.Newacheck PW, McManus MA, Fox HB. Prevalence and Impact of Chronic Illness Among Adolescents. *Am J Dis Child*. 1991 Dec;145(12):1367-73.
- 175.Couturier J, Kimber M, Szatmari P. Efficacy of family-based treatment for adolescents with eating disorders: a systematic review and meta-analysis. *Int J Eat Disord*. 2013 Jan;46(1):3-11.
- 176.Rosen DS; American Academy of Pediatrics Committee on Adolescence. Identification and management of eating disorders in children and adolescents. *Pediatrics*. 2010 Dec;126(6):1240-53.



- 177.Orbitello B, Ciano R, Corsaro M, Rocco PL, Taboga C, Tonutti L, Armellini M, Balestrieri M. The EAT-26 as screening instrument for clinical nutrition unit attenders. *Int J Obes (Lond)*. 2006 Jun;30(6):977-81.
- 178.Fortes Lde S. Kakeshita IS. Almeida SS. Gomes AR. Ferreira ME. Eating behaviours in youths: A comparison between female and male athletes and non-athletes. *Scand J Med Sci Sports*. 2014 Feb;24(1):e62-8.
- 179.Ferranda C, Champelya S, Filaire E. The role of body-esteem in predicting disordered eating symptoms: A comparison of French aesthetic athletes and non-athletic females. *Psychology of Sport and Exercise*.2009; 10(3):373-380.
- 180.Mond JM, Hay PJ, Rodgers B, Owen C. Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q): norms for young adult women. *Behav Res Ther*. 2006 Jan;44(1):53-62.
- 181.Mond JM, Hay PJ, Rodgers B, Owen C, Beumont PVJ. Validity of the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) in screening for eating disorders in community samples. *Behaviour Research and Therapy* 2004; (42):551–567.
- 182.Darcy AM, Hardy KK, Lock J, Hill KB, Peebles R. The Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) among university men and women at different levels of athleticism. *Eat Behav*. 2013 Aug;14(3):378-81.
- 183.Zamariola G, Cardini F2, Mian E3, Serino A4, Tsakiris M2. Can you feel the body that you see? On the relationship between interoceptive accuracy and body image. *Body Image*. 2017 Mar;20:130-136.
- 184.Atalay AA, Gençöz T. Critical Factors of Social Physique Anxiety: Exercising and Body Image Satisfaction. *Behaviour Change* 2008;25(3):178-188.
- 185.Brunet J, Sabiston CM. Social physique anxiety and physical activity: A self-determination theory perspective. *Psychology of Sport and Exercise* 2009;10(3):329-335.
- 186.Hasse AM, Prapavessisb H, Owensa G. Perfectionism, social physique anxiety and disordered eating: a comparison of male and female elite athletes. *Psychology of Sport and Exercise* 2002; 3(3):209-222.
- 187.Mülazimoğlu-Ballı Ö, Koca C, Aşçı FH. An Examination of Social Physique Anxiety with Regard to Sex and Level of Sport Involvement. *Journal of Human Kinetics* 2010,;26:115-122.

188. Wertheim EH, Paxton SJ. Body Image Development – Adolescent Girls. *Encyclopedia of Body Image and Human Appearance* 2012;1:187-193.
189. Hausenblas HA, Fallon EA. Exercise and body image: A meta-analysis. *Psychology & Health* 2006;21(1):33-47.
190. Boyd C, Abraham S, Luscombe G. Exercise behaviours and feelings in eating disorder and non-eating disorder groups. *Eur Eat Disord Rev.* 2007 Mar;15(2):112-8.
191. Rouveix M, Bouget M, Pannafieux C, Champely S, Filaire E. Eating attitudes, body esteem, perfectionism and anxiety of judo athletes and nonathletes. *Int J Sports Med.* 2007;1:340–345.
192. Gusella J, Goodwin J, van Roosmalen E. ‘I want to lose weight’: Early risk for disordered eating? *Paediatr Child Health.* 2008 Feb; 13(2): 105–110.
193. Darcy AM, Doyle AC, Lock J, Peebles R, Doyle P, Le Grange D. The Eating Disorders Examination in Adolescent Males with Anorexia Nervosa: How Does It Compare to Adolescent Females? *Int J Eat Disord.* 2012 Jan;45(1):110-4.
194. Arroyo M, Gonzalez-de-Suso JM, Sanchez C, Ansotegui L, Rocandio AM. Body image and body composition: comparisons of young male elite soccer players and controls. *Int J Sport Nutr Exerc Metab.* 2008;1:628–638
195. Field AE, Austin SB, Taylor CB, Malspeis S, Rosner B, Rockett HR, Gillman MW, Colditz GA. Relation between dieting and weight change among preadolescents and adolescents. *Pediatrics.* 2003 Oct;112(4):900-6.
196. Wollenberg G, Shriver LH, Gates GE. Comparison of disordered eating symptoms and emotion regulation difficulties between female college athletes and non-athletes. *Eat Behav.* 2015 Aug;18:1-6.
197. White S, Reynolds-Malec JB, Cordero E. Disordered Eating and the Use of Unhealthy Weight Control Methods in College Students: 1995, 2002, and 2008. *Eat Disord.* 2011 Jul-Aug;19(4):323-34.
198. De Oliveira Coelho GM, Da Silva Gomes AI, Gonçalves Ribeiro B, de Abreu Soares E. Prevention of eating disorders in female athletes. *Open Access J Sports Med.* 2014; 5: 105–113.

199. Muscat, A., & Long, B. (2008). Critical comments about body shape and weight: Disordered eating of female athletes and sport participants. *Journal of Applied Sport Psychology*, 20, 1–24.
200. Kerr, G., Berman, E., & De Souza, M.J. (2006). Disordered eating in women's gymnastics: Perspectives of athletes, coaches, parents, and judges. *Journal of Applied Sport Psychology*, 18, 28–43.
201. Scoffier S, Maïano C, d'Arripe-Longueville F. The effects of social relationships and acceptance on disturbed eating attitudes in elite adolescent female athletes: The mediating role of physical self-perceptions. *Int J Eat Disord* 2010;43(1):65-71.
202. Welsh ME, Sherwood NE, VanWormer JJ, Hotop AM, Jeffery RW. Is Frequent Self-weighing Associated with Poorer Body Satisfaction? Findings from a Phone-based Weight Loss Trial. *J Nutr Educ Behav* 2009; 41(6):425–428.
203. Fairburn CG. *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. New York: Guilford Press, 2008.
204. Klos LA, Esser VE, Kessler MM. To weigh or not to weigh: The relationship between self-weighing behavior and body image among adults. *Body Image* 2012; 9(4): 551-554.
205. Støving RK, Andries A, Brixen K, Bilenberg N, Hørder K. Gender differences in outcome of eating disorders: A retrospective cohort study. *Psychiatry Res* 2011;186(2-3):362-366.
206. Pacanowski CR, Pisetsky EM, Berg KC, Crosby RD, Crow SJ, Linde JA, Mitchell JE, Engel SG, Klein MH, Smith TL, Le Grange D, Wonderlich SA, Peterson CB. Self-Weighing Behavior in Individuals with Eating Disorders. *Int J Eat Disord* 2016;49(8):817-821.
207. Galli N, Petrie T, Chatterton J. Team weigh-ins and self-weighing: Relations to body-related perceptions and disordered eating in collegiate male athletes. *Psychology of Sport and Exercise* 2017;29:51-55.
208. Lauer CJ, Krieg JC. Sleep in eating disorders. *Sleep Medicine Reviews* 2004;8(4): 109–118

- 209.Hicks RA, Rozette E. Habitual Sleep Duration And Eating Disorders In College Students. *Percept Mot Skills* 1986;62(1):209-10.
- 210.Markwald RR, Melanson EL, Smith MR, Higgins J, Perreault L, Eckel RH, et al. Impact of insufficient sleep on total daily energy expenditure, food intake, and weight gain. *Proc Natl Acad Sci USA* 2013;110(5):695–700.
- 211.Abbott BD, Barber BL. Embodied image: Gender differences in functional and aesthetic body image among Australian adolescents. *Body Image* 2010;7:(1) 22–31.
- 212.Miranda VP, Conti MA, de Carvalho PH, Bastos RR, Ferreira ME. Body image in different periods of adolescence. *Rev Paul Pediatr* 2014;32(1):63-69.
- 213.Maloney MJ, McGuire J, Daniels SR, Specker B. Dieting behavior and eating attitudes in children. *Pediatrics* 1989;84:482–489.
- 214.Carlat DJ, Camargo CA. Review of bulimia nervosa in males. *The American Journal of Psychiatry* 1991;148:831–843.
- 215.Vyver E, Steinegger C, Katzman DK. Eating Disorders and Menstrual Dysfunction in Adolescents. *Ann N Y Acad Sci* 2008;1135:253-64.
- 216.Vale B, Brito S, Paulos L, Moleiro P. Menstruation disorders in adolescents with eating disorders – target body mass index percentiles for their resolution. *Einstein (Sao Paulo)* 2014;12(2):175-180.
- 217.Cobb KL, Bachrach LK, Greendale G, Marcus R, Neer RM, Nieves J, Sowers MF, Brown BW Jr, Gopalakrishnan G, Luetters C, Tanner HK, Ward B, Kelsey JL. Disordered Eating, Menstrual Irregularity, and Bone Mineral Density in Female Runners. *Med Sci Sports Exerc* 2003;35(5):711-719.
- 218.Hoch AZ, Pajewski NM, Moraski L, Carrera GF, Wilson CR, Hoffmann RG, Schimke JE, Gutterman DD. Prevalence Of The Female Athlete Triad In High School Athletes And Sedentary Students. *Clin J Sport Med* 2009;19(5):421-428.
- 219.Nichols JF, Rauh MJ, Lawson MJ. Prevalence of the female athlete triad syndrome among high school athletes. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2006;160:137–142.

## 9. EKLER

### EK-1 ÖRNEKLEM SAYISININ BELİRLENMESİ (POWER ANALİZ DÖKÜMÜ)

**t tests** – Means: Difference between two independent means (two groups)

**Analysis:** A priori: Compute required sample size

<b>Input:</b>	Tail(s)	=	One
	Effect size d	=	0.2380952
	$\alpha$ err prob	=	0.05
	Power (1- $\beta$ err prob)	=	0.80
	Allocation ratio N2/N1	=	1
<b>Output:</b>	Noncentrality parameter $\delta$	=	2.4914817
	Critical t	=	1.6483560
	Df	=	436
	Sample size group 1	=	219
	Sample size group 2	=	219
	Total sample size	=	438

The screenshot shows the G\*Power 3.1.0 software interface. The main window displays the following information:

- Test family:** t tests
- Statistical test:** Means: Difference between two independent means (two groups)
- Type of power analysis:** A priori: Compute required sample size - given  $\alpha$ , power, and effect size
- Input Parameters:**
  - Tail(s): One
  - Effect size d: 0.2380952
  - $\alpha$  err prob: 0.05
  - Power (1- $\beta$  err prob): 0.80
  - Allocation ratio N2/N1: 1
- Output Parameters:**
  - Noncentrality parameter  $\delta$ : 2.4914817
  - Critical t: 1.6483560
  - Df: 436
  - Sample size group 1: 219
  - Sample size group 2: 219
  - Total sample size: 438
  - Actual power: 0.8003186
- Group Parameters (n1 != n2):**
  - Mean group 1: 0.9
  - Mean group 2: 1.15
  - SD  $\sigma$  within each group: 1.05
- Group Parameters (n1 = n2):**
  - Mean group 1: 0
  - Mean group 2: 1
  - SD  $\sigma$  group 1: 0.5
  - SD  $\sigma$  group 2: 0.5
- Buttons:** Calculate, Calculate and transfer to main window, Close

## Evren Ve Örneklem

Araştırmanın evreni, Mersinde yaşayan adolesan sporcu olan ve olmayan çocuklar şeklinde belirlenmiştir. Evren sayısı Tük sitesinden yaklaşık 426.000 olarak belirlenmiştir. Önsel bilgilerden yola çıkarak;  $p = \%50$ ;  $p = \%50$  olarak dikkate alınmıştır.

$$n = \frac{Nt^2 pq}{d^2 (N - 1) + t^2 pq}$$

n: örnekleme alınacak örnek sayısı

N: Hedef kitledeki birey sayısı

p:İncelenen olayın görülüş sıklığı

q:İncelenen olayın görülmeyiş sıklığı

t: Belirlenen bir anlamlılık düzeyinde, t tablosuna göre bulunan teorik değer

d: Olayın görülüş sıklığına göre kabul edilen  $\pm$  örnekleme hatası

$$n = \frac{(426000)(1,96)^2 (0,50)(0,50)}{(0,05)^2 (426000 - 1) + (1,96)^2 (0,50)(0,50)} = 383,8 \text{ olarak hesaplanmıştır.}$$

Evren sayısı 426.000, %95 güven aralığında,  $\pm\%5$  örnekleme hatası ile istatistik tahminlerin yapılabilmesi için en az uygun örneklem büyüklüğü 384 olarak hesaplanmıştır. Evren genellemesi yapılabilmesi ve temsil edilebilmesi için alınması gereken gözlem (anket) sayısı en az 384 olmalıdır.

Bu çerçevede; power analizine göre en az 219 sporcu çocuk ve en az 219 sporcu olmayan çocuk olmak üzere 438 çocuk üzerinde anketler uygulanmalıdır.

Rastgele örnekleme yöntemleri, güvenlik sebebiyle uygulanamadığından dolayı, örnekleme yöntemi kolayda örnekleme olarak seçilmiştir.

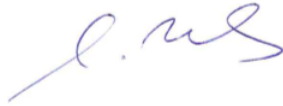
## EK-2 ETİK KURUL KARARI



SAYI: ATADEK-2017/4  
KONU: Etik Kurul Kararı

Sayın Gonca Yıldırım

Sorumluğunu yürüttüğünüz **“Adölesan Sporcularda Yeme Tutumu ve Beden Algıları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi”** başlıklı proje 02.03.2017 tarih 2017/4 Sayılı Atadek Kurul Toplantısında görüşülmüş olup 2017-4/9 karar numarası ile tıbbi etik yönden uygun bulunmuştur.



Prof.Dr. İsmail Hakkı ULUS  
ATADEK Kurul Başkanı

## EK-3 ANKET FORMU

1. Anket no: .....

Tarih: .....

### Adölesan Sporcularda Yeme Tutumu ve Beden Algıları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Sayın katılımcı,

Bu çalışma verileri sadece bilimsel amaçlı olarak kullanılacaktır. Adınız ve soyadınız yalnızca gerekli olduğunda size ulaşabilmemiz için istenmektedir.

Lütfen hiçbir soruyu atlamadan cevaplayınız.

İlginiz ve sabrınız için teşekkür ederim.

1. Adı-Soyadı:.....

2. Doğum tarihi:...../...../.....

3. Cinsiyet: 1. Kadın 2. Erkek

4. Ağırlık : ..... kg

5. Boy: ..... cm

6. BKI: ..... (bunu araştırmacı hesaplayacak)

7. Kaçınıcı sınıftasınız:.....

8. Doktor tarafından tanısı konulmuş kronik bir hastalığınız var mı?

1. Evet 2. Hayır

9. 8. Soruda cevabınız evet hastalığınızı lütfen belirtiniz:.....

10. Düzenli olarak kullandığınız bir ilaç var mı? 1. Evet 2. Hayır

11. 10. soru cevabınız evet ise hangi ilaçlar olduğunu lütfen belirtiniz?.....

12. Daha önce yeme bozukluğu (anoreksiya nervoza, bulimia nervoza) tanısı aldınız mı?

1. Evet..... 2. Hayır

13. Lisanslı olarak spor yapıyor musunuz? 1. Evet 2. Hayır

Cevabınız hayır ise 21. soruya geçiniz.



14. 13. Soruda cevabınız evet ise hangi spor branşını yapıyorsunuz?

.....

15. Kaç yıldır bu branşı lisanslı olarak yapıyorsunuz?... ..... yıl

16. Müsabakalara/yarışlara katılıyor musunuz? 1. Evet 2. Hayır

17. Evet ise kaç yıldır müsabakalara/yarışlara katılıyorsunuz?..... yıl

18. Ne sıklıkta antrenman yapıyorsunuz?..... kez gün/hafta

19. Haftada toplam kaç saat antrenman yapıyorsunuz?..... saat

20. Bir antrenmanınız ortalama ne kadar sürüyor..... (dakika veya saat olarak belirtin)

21. Kilo vermek istiyor musunuz? 1. Evet ..... kg 2. Hayır

22. Kilo almak istiyor musunuz? 1. Evet..... kg 2. Hayır

23. Kilo vermenizin gerekli olduğunu size söyleyen biri var mı? 1. Evet 2. Hayır

24. 23. Soru evet ise kim olduğunu belirtin.....

25. Kilo almanızın gerekli olduğunu size söyleyen biri var mı? 1. Evet 2. Hayır

26. 25. Soru evet ise kim olduğunu belirtin.....

27. Son 12 ayda vücut ağırlığınız değişti mi? 1. Evet..... kg arttı

2. Evet.....kg azaldı

3. Hayır

28. Vücut görünüşünüzden memnun musunuz? 1. Evet 2. Hayır

29. Şu an kilo vermek için bir şey yapıyor musunuz? 1. Evet 2. Hayır

30. Evet ise belirtiniz?

1. Az yemek

2. Daha fazla egzersiz veya antrenman yapmak

3. Öğün atlamak

4. Diyet hapi kullanmak

5. Daha çok su içmek

6. Karbonhidratlı yiyecekleri azaltmak/kesmek

7. Tatlı yemeyi azaltmak/kesmek

8. Diğer (belirtiniz) .....

31. Ne sıklıkla tartılırsınız? ..... kez günde/haftada/ayda

32. Günde ortalama kaç saat uyuyorsunuz..... saat

## EK-4 EAT-26 YEME TUTUM ÖLÇEĞİ

Bu bir test değildir; “doğru” veya “yanlış” yanıt yoktur. İçtenlikle yanıtlamanız önemlidir. Her soruda size uygunluk derecesine karşılık gelen kutunun içerisine “X” işareti koyarak cevaplayınız.

1. Şişmanlamaktan ödüm kopar.	Daima <input type="radio"/>	Çok Sık <input type="radio"/>	Sık Sık <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Hiçbir Zaman <input type="radio"/>
2. Acıktığımda yemek yememeye çalışırım.	Daima <input type="radio"/>	Çok Sık <input type="radio"/>	Sık Sık <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Hiçbir Zaman <input type="radio"/>
3. Aklım fikrim yemektendir.	Daima <input type="radio"/>	Çok Sık <input type="radio"/>	Sık Sık <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Hiçbir Zaman <input type="radio"/>
4. Yemek yemeyi durduramadığım zamanlar olur.	Daima <input type="radio"/>	Çok Sık <input type="radio"/>	Sık Sık <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Hiçbir Zaman <input type="radio"/>
5. Yiyeceğimi küçük küçük parçalara bölerim.	Daima <input type="radio"/>	Çok Sık <input type="radio"/>	Sık Sık <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Hiçbir Zaman <input type="radio"/>
6. Yediğim yiyeceğin kalorisini bilirim.	Daima <input type="radio"/>	Çok Sık <input type="radio"/>	Sık Sık <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Hiçbir Zaman <input type="radio"/>
7. Ekmek, patates, pirinç gibi yüksek kalorili yiyeceklerden kaçınırım.	Daima <input type="radio"/>	Çok Sık <input type="radio"/>	Sık Sık <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Hiçbir Zaman <input type="radio"/>
8. Ailem fazla yememi bekler.	Daima <input type="radio"/>	Çok Sık <input type="radio"/>	Sık Sık <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Hiçbir Zaman <input type="radio"/>
9. Yemek yedikten sonra kusarım.	Daima <input type="radio"/>	Çok Sık <input type="radio"/>	Sık Sık <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Hiçbir Zaman <input type="radio"/>
10. Yemek yedikten sonra aşırı suçluluk duyarım.	Daima <input type="radio"/>	Çok Sık <input type="radio"/>	Sık Sık <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Hiçbir Zaman <input type="radio"/>
11. Tek düşüncem daha zayıf olmaktır.	Daima <input type="radio"/>	Çok Sık <input type="radio"/>	Sık Sık <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Hiçbir Zaman <input type="radio"/>
12. Egzersiz yaptığımda harcadığım kalorileri hesaplarım.	Daima <input type="radio"/>	Çok Sık <input type="radio"/>	Sık Sık <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Hiçbir Zaman <input type="radio"/>
13. Başkaları çok zayıf olduğumu düşünür.	Daima <input type="radio"/>	Çok Sık <input type="radio"/>	Sık Sık <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Hiçbir Zaman <input type="radio"/>

14. Şişmanlayacağım (vücudumun yağ toplayacağı) düşüncesi zihnimi meşgul eder.	Daima <input type="radio"/>	Çok Sık <input type="radio"/>	Sık Sık <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Hiçbir Zaman <input type="radio"/>
15. Yemeklerimi yemek başkalarınınkinden daha uzun sürer.	Daima <input type="radio"/>	Çok Sık <input type="radio"/>	Sık Sık <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Hiçbir Zaman <input type="radio"/>
16. Şekerli yiyeceklerden kaçınıyorum.	Daima <input type="radio"/>	Çok Sık <input type="radio"/>	Sık Sık <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Hiçbir Zaman <input type="radio"/>
17. Diyet (perhiz) yemekleri yerim.	Daima <input type="radio"/>	Çok Sık <input type="radio"/>	Sık Sık <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Hiçbir Zaman <input type="radio"/>
18. Yaşamımı yiyeceğin kontrol ettiğini düşünürüm.	Daima <input type="radio"/>	Çok Sık <input type="radio"/>	Sık Sık <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Hiçbir Zaman <input type="radio"/>
19. Yiyecek konusunda kendimi denetleyebilirim.	Daima <input type="radio"/>	Çok Sık <input type="radio"/>	Sık Sık <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Hiçbir Zaman <input type="radio"/>
20. Yemek konusunda başkalarının bana baskı yaptığını hissedirim.	Daima <input type="radio"/>	Çok Sık <input type="radio"/>	Sık Sık <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Hiçbir Zaman <input type="radio"/>
21. Yiyeceklerle ilgili düşünceler çok zamanımı alır.	Daima <input type="radio"/>	Çok Sık <input type="radio"/>	Sık Sık <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Hiçbir Zaman <input type="radio"/>
22. Tatlı yedikten sonra rahatsız olurum.	Daima <input type="radio"/>	Çok Sık <input type="radio"/>	Sık Sık <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Hiçbir Zaman <input type="radio"/>
23. Perhiz yaparım.	Daima <input type="radio"/>	Çok Sık <input type="radio"/>	Sık Sık <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Hiçbir Zaman <input type="radio"/>
24. Midemin boş olmasından hoşlanırım.	Daima <input type="radio"/>	Çok Sık <input type="radio"/>	Sık Sık <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Hiçbir Zaman <input type="radio"/>
25. Şekerli, yağlı yiyecekleri denemekten hoşlanırım.	Daima <input type="radio"/>	Çok Sık <input type="radio"/>	Sık Sık <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Hiçbir Zaman <input type="radio"/>
26. Yemeklerden sonra içimden kusmak gelir.	Daima <input type="radio"/>	Çok Sık <input type="radio"/>	Sık Sık <input type="radio"/>	Bazen <input type="radio"/>	Nadiren <input type="radio"/>	Hiçbir Zaman <input type="radio"/>

## EK-5 YEME BOZUKLUĞUNU DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

**YÖNERGE** : Aşağıdaki sorular sadece son 4 hafta ile ilgilidir. Lütfen her soruyu dikkatlice okuyunuz ve tüm soruları yanıtlayınız. Teşekkürler.

**1'den 12'ye kadar olan sorular:** Lütfen sağdaki uygun olan sayıyı yuvarlak içine alınız. Soruların sadece son dört haftayı içerdiğini (28 gün) unutmayınız.

	Son 28 günün kaçında...	Hiçbirinde	1 -5 gün	6 -12 gün	13 -15 gün	16 -22 gün	23 -27 gün	Hergün
1-	Kilonuzu ya da bedeninizin şeklini değiştirmek amacıyla yiyecek miktarınızı kasıtlı olarak sınırlandırmaya çalıştınız? (Başarılı olup olmadığınız önemli değildir.)	0	1	2	3	4	5	6
2-	Bedeninizin şeklini ya da kilonuzu değiştirmek amacıyla uzun bir süre (uyanık olduğunuz 8 saat boyunca ya da daha fazla bir süre için) hiçbir şey yemediğiniz oldu?	0	1	2	3	4	5	6
3-	Bedeninizin şeklini ya da kilonuzu değiştirmek amacıyla hoşlandığınız yiyecekleri beslenme düzeninizden çıkarmaya çalıştınız? (Başarılı olup olmadığınız önemli değildir.)	0	1	2	3	4	5	6
4-	Bedeninizin şeklini ya da kilonuzu değiştirmek amacıyla yemenizle ilgili (örn. kalori sınırlandırması) belli kurallara uymaya çalıştınız? (Başarılı olup olmadığınız önemli değildir.)	0	1	2	3	4	5	6
5-	Bedeninizin şeklini ya da kilonuzu etkilemek amacıyla boş bir mideye sahip olmak için belirgin bir arzu duydunuz?	0	1	2	3	4	5	6
6-	Tamamen düz bir karına sahip olmak için belirgin bir arzu duydunuz?	0	1	2	3	4	5	6
7-	Yiyecek, yemek yeme ya da kalorilerle ilgili düşünmenin, ilgilendiğiniz konulara (örn. çalışma, bir konuşmayı takip etme ya da okuma) yoğunlaşmanızı çok zorlaştırdığı oldu mu?	0	1	2	3	4	5	6

**1'den 12'ye kadar olan sorular:** Lütfen sağdaki uygun olan sayıyı yuvarlak içine alınız. Soruların sadece son dört haftayı içerdiğini (28 gün) unutmayınız.

	Son 28 günün kaçında...	Hiçbirin- de	1 -5 gün	6 -12 gün	13 -15 gün	16 -22 gün	23 -27 gün	Her gün
8-	Bedeninizin şekli ve kiloyla ilgili düşünmenin, ilgilendiğiniz konulara (örn. İşinize, bir konuşmayı takip etmenize ya da okumanıza) yoğunlaşmanızı çok zorlaştırdığı oldu?	0	1	2	3	4	5	6
9-	Yemek yemeye ilgili kontrolü kaybetmekten belirgin biçimde korktuğunuz oldu?	0	1	2	3	4	5	6
10-	Kilo alabileceğinizden belirgin bir biçimde korktunuz?	0	1	2	3	4	5	6
11-	Kendinizi şişman hissettiniz?	0	1	2	3	4	5	6
12-	Kilo vermek için güçlü bir arzunuz oldu?	0	1	2	3	4	5	6

**13'ten 18'e kadar olan sorular:** Lütfen sağdaki boşluğa uygun sayıyı yazınız. Soruların yalnızca son dört haftaya yönelik olduklarını (28 güne) hatırlayınız.

	Son dört hafta içinde (28 gün)...	
13-	Son 28 gün içinde, kaç kere, başka insanların alışılmadık miktarda fazla (şartlara göre) olarak tanımlayacakları biçimde yemek yediniz?	.....
14-	Bu süre içinde kaç kere yemek yemenize ilgili kontrolü kaybetme hissine kapıldınız (yediğiniz sırada) ?	.....
15-	Son 28 günün kaç <b>GÜNÜNDE</b> aşırı yemek yeme nöbetleri ortaya çıktı (örn. Alışılmadık miktarda fazla yemek yediğiniz ve o sırada kontrolü kaybettiğiniz duygusunu yaşadınız)?	.....
16-	Son 28 gün içinde, bedeninizin şekli ya da kilonuzu kontrol amacıyla, kaç <u>kere</u> kendinizi kusturdunuz?	.....
17-	Son 28 gün içinde, bedeninizin şekli ya da kilonuzu kontrol amacıyla, kaç <u>kere</u> müshil (bağırsak çalıştırıcı) kullandınız?	.....
18-	Son 28 gün içinde, kilonuzu, bedeninizin şeklini ya da yağ miktarınızı kontrol etmek, kalorileri yakmak amacıyla, kaç kere "kendinizi kaybedercesine" ya da "saplantılı" biçimde egzersiz yaptınız?	.....

**19'dan 21'e kadar olan sorular:** Lütfen uygun sayıyı yuvarlak içine alınız. Lütfen bu sorular için "tıknırcasına yeme" teriminin, mevcut koşullarda başkalarına göre alışılmadık miktarda ve kontrolü kaybetme duygusuyla beraber fazla yemeyi ifade ettiğini göz önünde bulundurunuz.

19-	Son 28 gün içinde, kaç kere gizlice (örn. Saklanarak) yemek yediniz? (Tıknırcasına yeme durumlarını saymayınız.)	Hiçbiri	1 -5 gün	6 -12 gün	13 -15 gün	16 -22 gün	23 -27 gün	Hergün
		0	1	2	3	4	5	6
20-	Yemek yediğiniz zaman bedeninizin şeklini ya da kilonuzu etkilediği için ne oranda kendinizi suçlu hissettiniz (hata yaptığınızı hissettiniz)? (Tıknırcasına yemek yeme durumlarını saymayınız.)	Hiçbiri	Nadiren	Yarıdan az	Yarı yarıya	Yarıdan fazla	Çoğu zaman	Herzaman
		0	1	2	3	4	5	6
21-	Son 28 gün içinde, başkalarının sizi yemek yerken görmesiyle ilgili ne kadar endişelendiniz? (Tıknırcasına yeme durumlarını saymayınız.)	Hiç	Biraz	Orta	Önemli Ölçüde			
		0	1	2	3	4	5	6

**22'den 28'e kadar olan sorular:** Lütfen sağda uygun bulduğunuz sayıyı yuvarlak içine alınız. Soruların yalnızca son dört haftaya yönelik olduklarını (28 güne) hatırlayınız.

Hiç Biraz Orta Önemli  
Ölçüde

22-	<u>Kilonuz</u> , kişi olarak kendiniz hakkında düşüncenizi ve yargınızı etkiledi mi?	0	1	2	3	4	5	6
23-	<u>Bedeninizin şekli</u> , kendiniz hakkındaki düşüncenizi (yargınızı) etkiledi mi?	0	1	2	3	4	5	6
24-	Önümüzdeki dört hafta boyunca, haftada 1 kez tartılmanız istense (ne daha sık ne daha seyrek), bu <u>sizi ne kadar üzerdi</u> ?	0	1	2	3	4	5	6
25-	<u>Kilonuzdan</u> ne derece memnun değilsiniz ?	0	1	2	3	4	5	6
26-	<u>Bedeninizin şeklinden</u> ne derece memnun değilsiniz?	0	1	2	3	4	5	6
27-	Bedeninizi görmekten ne kadar rahatsız oluyorsunuz (örn. Aynada, mağazanın camında, soyunurken, banyo ya da duş yaparken)?	0	1	2	3	4	5	6
28-	<u>Başkalarının</u> bedeninizin şeklini görme-sinden ne derece rahatsız oluyorsunuz? (örn. Soyunma odalarında, yüzerken ya da dar elbiseler giyerken)	0	1	2	3	4	5	6

Şu andaki kilonuz nedir? (Lütfen en yakın tahmini yapınız).....

Boyunuz ne kadar? (Lütfen en yakın tahmini yapınız).....

**Kadınlara :** Geçtiğimiz üç-dört aylık dönemde hiç aybaşı (regl) olmadığınız oldu mu?.....

Aksama olduysa kaç tane?.....

Bu nedenle ilaç kullanıyor musunuz?.....

## EK-6 Sosyal Fizik Kaygı Envanteri (SPAS)

Bu bir test değildir; “doğru” veya “yanlış” yanıt yoktur. İhtenlikle yanıtlamanız önemlidir. Her soruda size uygunluk derecesine karşılık gelen kutunun içerisinde “X” işareti koyarak cevaplayınız.

	<b>Tamamen Yanlış</b>	<b>Genellikle Yanlış</b>	<b>Bazen Yanlış Bazen Doğru</b>	<b>Genellikle Doğru</b>	<b>Tamamen Doğru</b>
1-Fiziksel görünüşümden hoşnutum					
2-Beni çok zayıf veya çok şişman gösteren kıyafetleri giymekten hiç endişe duymam					
3-Fiziki görünümüm hakkında takıntılı olmamayı isterdim					
4-Diğer insanların kilom veya kas gelişimim hakkında olumsuz yargıları olduğu konusunda endişeye kapıldığım zamanlar olur					
5-Aynaya baktığım zaman fiziksel görünüşümden dolayı kendimi iyi hissedirim					
6-Fiziksel görünüşümün çekici olmayan bölgeleri, belirli sosyal ortamlarda sinirli olmama neden olur					
7-Başkalarının yanındayken fiziksel görünüşümden endişelenirim					
8-Diğer insanlara, fiziğimin ne kadar hoş görüldüğü konusunda son derece rahatım					
9-Diğer insanların fiziğimi incelediğini bilmek beni rahatsız eder					
10-Fiziksel görünümümü diğer insanlara göstereceğim zaman çok utangaç olurum					
11-Başkaları bariz bir biçimde vücuduma baktıklarında kendimi genellikle rahat hissedirim					
12-Mayoluyken vücudumun şeklinden dolayı kendimi sıklıkla sinirli hissedirim					



EK-7

## ÖZGEÇMİŞ

### Kişisel bilgiler

<b>Adı</b>	Gonca	<b>Soyadı</b>	Yıldırım
<b>Doğum yeri</b>	Mersin	<b>Doğum tarihi</b>	30.06.1992
<b>Uyruğu</b>	T.C	<b>Telefon</b>	0536 996 1391
<b>E-mail</b>	gncyildirim@gmail.com		

### Eğitim düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
<b>Doktora/uz</b>		
<b>Yüksek lisans</b>	Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi	
<b>Lisans</b>	Başkent Üniversitesi	2015
<b>Lise</b>	Tevfik Sırrı Gür Anadolu Lisesi	2010

### İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre/yıl
1.	Araştırma Görevlisi	Atılım Üniversitesi	2017-
2.	Diyetisyen	IMC Hastanesi	2016-2017

Yabancı Dilleri	Okuduğunu anlama*	* Konuşma*	Yazma*
İNGİLİZCE	Çok iyi	İyi	İyi

\*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin.

Yabancı Dil Sınav Notu								
KPDS (YDS)	ÜDS	IELT S	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE
95,0								

	Sayısal	Eşit ağırlık	Sözel
<b>ALES Puanı</b>	77,3	81,1	79,7

### Bilgisayar bilgisi

Program	Kullanma becerisi
<b>Microsof Office Programları</b>	İyi

\*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin