

SPORCULARDA YEME BOZUKLUKLARI

Dilek KENDİR¹, Efsun KARABUDAK²

¹Konya Gençlik ve Spor İl Müdürlüğü, Konya

²Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Ankara

ÖZET

Yeme bozuklukları yüksek mortalite oranına sahip klinik ruhsal bozukluklardır. Yeme bozukluğu sporcularda genel popülasyondan daha yüksek oranda gözlenmektedir. Yeme bozukluğu gelişimi açısından daha fazla risk altında olan spor dalları ise; sıklıkta sporları (judo, boks, halter, güreş), estetik sporlar (bale, jimnastik, artistik paten) ve dayanıklılık (uzun mesafe koşu, bisiklet) sporlarıdır. Kadın sporcularda yeme bozuklukları, düşük vücut ağırlığı ve yetersiz enerji alımının sonucu menstrual disfonksiyon, düşük enerji kullanılabilirliği ve düşük kemik mineral yoğunluğu ile karakterize olan sporcu triadı ile ilişkilidir. Yeme bozukluğu olan kadın sporcularda gözlenen aşırı egzersiz yapma davranışı sonucunda yorgunluk, amenore, vücut ağırlık kaybı ve uykusuzluk gibi belirtiler ile ortaya çıkan sürantrenman durumu gözlenmekte ve performans bozulmaktadır. Yeme bozukluklarının erken dönemde saptanması hem sağlık problemlerinin ortaya çıkmasını hem de sporcunun performansının olumsuz etkilenmesini engellemektedir. Antrenörlere ve sporculara yeme bozuklukları risk faktörleri konusunda eğitim verilmesi büyük önem taşımaktadır. Sporcuya yeme bozukluğu tanısı konulduktan sonra; multidisipliner (spor hekimi, sporcu diyetisyeni, spor psikoloğu ve antrenörden oluşan) bir ekiple tedavi sürecinin planlanması oldukça önemlidir. Bu derleme sporcularda yeme bozukluğu yaygınlığını, risk altındaki spor dallarını ve yeme bozukluklarına sebep olan faktörleri değerlendirmek ve yeme bozuklukları ile ilgili genel bilgi vermek amacıyla hazırlanmıştır.

Anahtar kelimeler: Yeme bozuklukları, sporcu, spor dalı, performans

EATING DISORDERS IN ATHLETES

ABSTRACT

Eating disorders are clinical mental disorders with a high mortality rate. The prevalence of eating disorders is higher in the athletes than of general population. In addition, many studies have shown that prevalence of eating disorders in women is higher in both athletes and non-athletes. The sports that are more at risk for developing eating disorders; weight class sports (judo, boxing, weightlifting, wrestling), aesthetic sports (ballet, gymnastics, figure skating) and endurance (long distance running, cycling) sports. Eating disorders in female athletes, low body weight and low energy intake are associated with the triad of female athletes characterized by low menstrual dysfunction, low energy availability and low bone mineral density. As a result of excessive exercise in athletes having eating disorders, amenorrhea, weight loss and insomnia symptoms observed associated with overtraining syndrome and performance is impaired. Early detection of eating disorders prevents both the emergence of health problems and adversely affecting the performance of the athlete. It is of great importance that coaches and athletes are educated about risk factors for eating disorders. After being diagnosed with an athletic eating disorder; it is very important to plan the treatment process of a multidisciplinary team (sports physician, athletic dietitian, sports psychologist and coach). This review is designed to evaluate the prevalence of eating disorders in athletes, the risk factors for eating disorders and to provide information about the treatment of eating disorders.

Key Words: Eating disorders, athletes, sports branches, performance

İletişim/Correspondence:

Dilek KENDİR
Konya Gençlik ve Spor İl Müdürlüğü, Konya

E- posta: dilekgurol06@gmail.com

Geliş tarihi/Received:09.01.2019

Kabul Tarihi/ Accepted: 24.05.2019

GİRİŞ

Yeme bozuklukları Amerikan Psikiyatri Birliği ve Dünya Sağlık Örgütü tarafından anormal yeme davranışı olarak tanımlanan yüksek mortalite oranına sahip klinik ruhsal bozukluklardır (1,2). Ruhsal bozuklukların tanısal ve sayımsal kılavuzuna (DSM-V) göre klinik yeme bozuklukları; Anoreksiya Nervosa (AN), Bulimiya Nervosa (BN), Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu (BED), Tanımlanmış Beslenme ve Yeme Bozukluğu, Tanımlanmamış Beslenme ve Yeme Bozukluğu olmak üzere beş grup altında toplanmaktadır (1). Bu bozukluklar, vücut ağırlığı ve görünümü konusundaki kaygı sebebiyle açlık, kısıtlı yeme, öğün atlama, aşırı yeme, zayıflama ilaçları kullanımı, laksatif ve diüretik kullanımı, aşırı egzersiz yapma gibi sağlık bozucu davranışlar ile karakterize edilir (3). Bu psikopatolojik bozuklukların sıklığı genel popülasyonda %1 ile %4 arasında değişmektedir (4). Yeme bozukluğu prevalansı sporcularda genel popülasyondan daha yüksektir (5-7). Yapılan birçok çalışmada kadınlarda yeme bozukluğu prevalansı hem sporcularda hem de spor yapmayan bireylerde erkeklerden daha yüksek bulunmuştur (8-11). Yeme bozukluğu gelişiminin özellikle adolesan dönemde olduğu bildirilmekte ve bu dönemde vücut kompozisyonunda, şeklinde gözlenen hızlı değişim yeme bozukluğunun en yüksek seviyede görülmesine sebep olmaktadır (12).

Yeme bozuklukları sıklet, dayanıklılık ve estetik spor dallarında daha yüksek prevalansta gözlenmektedir (13). Sporcularda yeme bozukluklarının kısa dönem sonuçları; sportif performansta azalma, dehidrasyon, maksimal oksijen tüketiminde azalma ve yetersiz ve dengesiz beslenme sonucu düşük enerji alımı

şeklinde sıralanabilir. Uzun vadede oluşabilecek sağlık sonuçları ise kardiyovasküler, endokrin, üreme, iskelet, gastrointestinal sistem, merkezi sinir sistemi gibi böbrek dahil olmak üzere çeşitli vücut sistemlerinin olumsuz etkilenmesi şeklindedir (14).

Bu derleme yazısının amacı sporcularda yeme bozukluğu yaygınlığını, risk altındaki spor dallarını ve yeme bozukluklarına sebep olan faktörleri değerlendirmek ve yeme bozuklukları hakkında genel bilgi vermektir.

Yeme Bozukluklarının Tanımı Anoreksiya Nervosa

Anoreksiya nervozada bireyler vücut ağırlıklarını kontrol etme çabası nedeniyle, bir takım takıntılı davranışlar (kendini kusturma, laksatif-diüretik kullanımı, aşırı egzersiz gibi) ile alınan kalorileri denetlemeye çalışmaktadırlar (15). Besin tüketiminden kaçınırlar ve porsiyonlarını çok küçük miktarlarda ayarlamaya dikkat ederler. Çok düşük kilolu olmalarına rağmen kendilerini aşırı kilolu olarak görmektedirler ve sürekli tekrarlarla tartılma davranışı göstermektedirler (16). Menarş sonrası genç kızlarda ardışık en az üç menstrual siklusun olmaması ile karakterize amenore gözlenmektedir (17).

Anoreksiya Nervosa Semptomları

Aşırı derecede kısıtlanmış yeme davranışı ve yoğun egzersiz, aşırı zayıflık, ağırlık artışı kaygısı, bozulmuş beden algısı ve benlik saygısı şeklindedir. Ayrıca zamanla; hafif anemi, kas kaybı ve güçsüzlüğü, kırılğan saç ve tırnak, kuru ve sarımsı cilt, ince vücut tüylerinin büyümesi (lanugo), şiddetli konstipasyon, reflü, düşük kan basıncı, yavaşlamış solunum ve nabız,

vücut iç ısısında düşme, uyuşukluk (laterji), halsizlik ve yorgun hissetme, amenore ve kısırlık gibi semptomlar gelişebilmektedir (16,18).

Bulimiya Nervoz

Tıkınırcasına yeme bulimiya nervozanın en önemli özelliğidir. Bulimiya nervozada, yinelenen tıkınırcasına yeme döngülerini takiben ağırlık artışını engellemek için kusma, laksatif / diüretik kullanımı, aç kalma ya da aşırı egzersiz yapma gibi davranışlar gözlenir (19,20).

Bu telafi edici mekanizmalara rağmen, BN'li bireyler genellikle normal ağırlıkta ya da hafif şişmandır. Laksatif kullanımı özellikle genç bireylerde yaygındır (21).

Bulimiya Nervoz Semptomları

Kronik iltihaplı ve ağrılı boğaz, boyun ve çene altındaki tükürük bezlerinde şişme, kronik öksürük, aşınmış diş minesini ve mide asidine maruz kalmadan kaynaklanan giderek daha fazla duyarlı hale gelmiş ve çürümüş dişler, reflü gibi gastrointestinal problemler, şiddetli dehidrasyon, laksatif kullanımı sonucu intestinal sorunlar ve kardiyak aritmi, nöbet ve ölüme sonuçlanabilen elektrolit dengesizlikleri BN'nin semptomlarından (16,19,22).

Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu Tanımı

Tıkınırcasına yeme bozukluğu (BED) olan bireyler yeme kontrollerini kaybederler. BED'li bireylerde tıkınırcasına yeme ataklarını bulimiya nervozadaki gibi arınma yöntemleri, aşırı egzersiz ve aç kalma takip etmez (15,16). Bunun sonucunda tıkınırcasına yeme bozukluğu olan kişiler genellikle aşırı kilolu veya obezdirler (16).

Tanımlanmamış Beslenme ve Yeme Bozukluğu

Bireyde toplumsal, mesleki veya diğer önemli alanlarda klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya neden olan beslenme ve yeme bozukluğunun belirtilerinin baskın olduğu, ancak bunların beslenme ve yeme bozuklukları tanı kümesindeki herhangi birinin tanısı için tanı ölçütlerini tam karşılamadığı durumlar bu kategoride değerlendirilir (1).

Sporcularda Yeme Bozukluklarının Yaygınlığı

Norveçli 1620 elit sporcu ve 1696 sporcu olmayan bireyin incelendiği çalışmada, sporcuların %13.5'inde, kontrol grubunun ise %4.6'sında yeme bozukluğu gözlenmiştir (23). Yeme bozukluğu prevalansının adölesan sporcu ve sporcu olmayan bireylerde karşılaştırıldığı bir başka çalışmada yeme bozukluğu görülme oranının; adölesan sporcularda (%7) kontrol grubundan (%2.3) ve kadınlarda (%14) erkeklerden (%3.2) daha yüksek olduğu saptanmıştır. Sporcuların yeme bozukluğu açısından daha fazla risk altında olmaları artan antrenman şiddeti ve yoğunluğu, rekabet ve sosyal baskı gibi faktörlerle ilişkilendirilmektedir (24). Bir başka çalışmada ise klinik yeme bozukluğu yaygınlığının; liseli kadın sporcularda %14 ile %32 aralığında olduğu saptanmıştır (25). Üniversiteli kadın sporcularda yeme bozukluğu görülme oranının ise %6 ile %45 arasında, genel yetişkin popülasyonda ise %5 ile %9 arasında olduğu bildirilmiştir (26). Üniversiteli kadın sporcular ile yapılan başka bir çalışmada katılımcıların %6.8'inin anoreksiyaya, %1.8'inin ise bulimiya nervozaya duyarlı olduğu bildirilmiştir. Ayrıca katılımcıların

%61'inin benlik saygısının normal düzeyde olduğu, %29.4' ünün benlik saygısının yüksek olduğu saptanmıştır (27). İngiliz kadın mesafe koşucuları ile yapılan bir başka çalışmada sporcuların %16'sında yeme bozukluğu olduğu; bunun %3.8' inin anoreksiya, %1.1' inin bulimiya nervoza ve %10'unun ise tanımlanmamış beslenme ve yeme bozukluğu olduğu bildirilmiştir (28). Sundgot-Borgen ve ark. (29) 35 farklı spor dalından 522 Norveçli elit kadın sporcu ve 448 spor yapmayan kontrol grubu ile yaptıkları çalışmada sporcuların %18'inin, kontrol grubunun ise %5'inin anormal yeme davranışlarına sahip olduğunu saptamıştır. Schaal ve ark. (9) yaptıkları çalışmada yeme bozukluğu prevalansının kadınlarda en yüksek olarak yarış sporlarında (%9-%14); erkeklerde ise mücadele sporlarında (%4.8-%7) olduğunu belirlemiştir. Alman elit sporcularla yapılan çalışmada ise yeme bozukluğunun özellikle kadın sporcularda erkeklerden daha fazla gözleendiği ve sıklet (boks, judo, tekvando, halter, güreş) sporcularında daha yaygın olduğu saptanmıştır (30). Kadın yüzücüler ve jimnastikçiler üzerinde yapılan bir başka çalışmada, anormal yeme davranışları görülme sıklığı sırası ile %15.4 ve %62 oranında bulunmuştur (31). Amerika ve Avrupa'da yaşayan profesyonel balerinler üzerinde yapılan çalışmada, balerinlerin boya göre ideal ağırlıklarının %12 altında olduğu ve %15'inin AN ve %19'unun BN kriterlerini taşıdığı belirlenmiştir (32). Krentz ve Warschburger (33) adolesan sporcular ile yaptıkları çalışmada jimnastik, artistik paten, dalış ve bale dahil olmak üzere, estetik sporların yeme bozuklukları için risk faktörü olduğunu belirtmişlerdir. Bir başka çalışmada ise kadın sporcularda yeme bozukluğu prevalansı estetik sporlarda (ritmik jimnastik, artistik paten) yaklaşık %40, sıklet sporlarında (judo,

boks) yaklaşık %30, takım sporlarında ise %15 olarak bulunmuştur (34). Borgen ve Corbin'in (35) yaptıkları bir araştırmada ise, sporcu olmayan bireylerin %6'sında, zayıflığın ve görünümün ön planda olduğu spor dallarındaki sporcuların %20'sinde, fiziksel görünümün önemli olmadığı spor dallarında mücadele eden sporcuların ise %10'unda yeme bozuklukları görüldüğü belirlenmiştir. Prospektif kontrollü bir çalışmanın sonuçları, performansı artırmak için diyet yapan ve daha düşük vücut yağ yüzdesine sahip olma arzusu olan sporcularda yeme bozukluğu gelişme olasılığının daha yüksek olduğunu göstermiştir (24).

Sporcularda Yeme Bozukluklarının Oluşum Nedenleri ve Risk Faktörleri

Sporcularda görülen yeme bozukluklarının genetik, psikolojik, sosyokültürel, cinsiyete ve spora özgü risk faktörleri ve çocukluk çağında cinsel istismar öyküsüyle ilişkili olduğu düşünülmektedir (26).

Genetik Risk Faktörleri; Aile ve ikiz çalışmaları, yeme bozukluklarına yatkınlıkta, genetik etkenlerin rolüne dikkat çekmektedir. Gerek anoreksiya gerekse bulimiya nervozalı kişilerin birinci derece yakınlarında her iki bozukluğun da görülebilmesi ve duygu durum, anksiyete, alkol-madde kullanım ve kişilik bozukluklarının da normal popülasyondan daha sık görülmesi genetik yatkınlığa işaret etmektedir (36).

Psikolojik Risk Faktörleri; Yeme bozuklukları konusunda psikolojik risk faktörleri arasında; beden memnuniyetsizliği, düşük benlik saygısı ve mükemmeliyetçilik gibi kişilik özellikleri yer almaktadır (26). Jimnastikçi kadın

sporcular ile yapılan çalışmada pubertal gelişimin yeme bozukluğu ile yüksek oranda ilişkili olduğu saptanmıştır. Ayrıca çalışmanın sonuçları yüksek benlik saygısının düşük yeme bozukluğu ile ilişkili olduğunu göstermiştir (37).

Sosyokültürel Risk Faktörleri; Medya aracılığıyla daha zayıf olma durumunun vurgulanması; kadınlarda kilo alma endişesine, zayıf beden algısına, bilinçsiz kilo verme davranışına sebep olmaktadır (26). Adölesan kadınlarda yeme bozuklukları ile ilişkilendirilen faktörler arasında; akran baskısı, televizyondaki ve magazin dergilerindeki kadınlar gibi görünmeye çalışma ve vücut ağırlıkları ile alay edilme yer almaktadır (38).

Spora Özgü Risk Faktörleri; Yoğun egzersiz programı olan elit sporcular, yeme bozuklukları bakımından daha fazla risk altında bulunmaktadır. Bu durum sağlık için egzersiz yapan bireyler arasında görülmemektedir (39). Spora bağlı risk faktörleri ise erken yaşta spora başlama, artmış antrenman yoğunluğu, sık ve sağlıksız vücut ağırlığı düzenlemeleri, yaralanmalar, motivasyonun baskılanması ve antrenörlerin olumsuz davranışları şeklinde sıralanmaktadır. Sporcuların yağsız vücut kütlelerinin artması ve vücut ağırlığının azalması amacıyla yaptıkları bilinçsiz enerji kısıtlaması ve vücut ağırlığı kaybı da yeme bozukluklarına sebep olabilmektedir (26,13). Dayanıklılık, estetik ve sıklet sporları, yağsız vücut kütlelerinin önemli olduğu, daha fazla ağırlık kaybı diyetlerinin uygulandığı spor dallarıdır. Sıklet sporlarında müsabaka öncesi tartım kuralları sporcularda sıklıkla yarıştan hemen önce hızlı vücut ağırlığı kaybı davranışlarına sebep olmaktadır. Estetik spor dallarında ise hem teknik becerileri

yürütmek hem de estetik görünüm açısından zayıflık önem taşımakta ve bu spor dalları ile uğraşan bireylerde de yeme bozukluğu riski yüksek olmaktadır (13). Yaralanmalar sonucunda sporcularda genellikle ağırlık artışı gözlenmekte bununla birlikte yaralanma sonucu antrenman yapılamaması, yarışların tamamlanamaması gibi durumların da görülmesi yeme bozukluğu riskini artırmaktadır (40).

Dans, jimnastik, yüzme, aerobik, buz pateni gibi estetik sporlara katılan 5-7 yaşlarında 192 çocuk ve annelerinin alındığı bir çalışmada, kontrol grubuna göre hem çocukların hem de annelerinin, vücut ağırlığı konusunda çok büyük endişe taşıdıkları belirlenmiştir (41). Ackard ve ark. (42) üniversiteli kadınlar ile yaptıkları çalışmada, çocukluk çağında bale yapmış genç bireylerde, herhangi bir aktiviteye katılmayan bireylere göre daha fazla bulimik alışkanlıklar görüldüğü saptanmıştır. Sporcuların spor dallarına göre vücut tiplerinin toplumdaki vücut tipi algısıyla çelişmesi, sporcular üzerinde baskı yaratmakta ve yeme bozukluklarına sebep olmaktadır (30). Ayrıca sporcular arasında olan “Sporcu Anoreksiyası (Anorexia Athletica) diye adlandırılan sporculara özgü yeme davranışı bozukluğu da görülmektedir. Bu beslenme bozukluğuna sahip sporcular besin tüketimini kısıtlarlar, ancak bu kısıtlama anoreksiya nervoza tanısı konulma noktasında değildir. Bu nedenle, sporcu anoreksiyası, yüksek fiziksel performansa rağmen azalmış enerji alımı ve düşük vücut ağırlığı şeklinde görülebilir (43).

Amerikan Spor Hekimliği Birliği (ACSM)’nin 1997’deki raporu yeme bozuklukları, amenore ve osteoporoz ile karakterize bir tablo olarak “kadın sporcu triadı”ni tanımlamıştır (44). Kadın sporcu

triadı sporcularda yeme bozuklukları, düşük vücut ağırlığı ve yetersiz enerji alımının sonucu menstrual disfonksiyon, azalmış enerji varlığı ve düşük kemik mineral yoğunluğu ile karakterizedir (45). Kadın sporcu triadının başlangıcında genellikle vücut ağırlığını azaltma isteği yatar ve önlem alınmazsa anoreksiya nervoza ya da bulimiya nervoza gibi yeme bozuklukları ortaya çıkabilmektedir. Yeme bozukluklarını takip eden süreç ise menstrual düzensizlikler ve amenore ile devam eder. Uzun süren yeme bozuklukları ve amenorenin sonucunda ise geri dönüşü olmayan bir sağlık sorunu olan premenopozal osteoporoz ve stres kırıkları meydana gelmektedir (46).

Düşük vücut ağırlığının avantaj sağladığı jimnastik, bale ve buz pateni gibi estetik spor dallarında, yoğun dayanıklılık antrenmanları gerektiren uzun mesafe koşusu ve yüzme gibi sporlarda ve spora başlama yaşının çok düşük olduğu sporcularda kadın sporcu triadının görülme oranı daha yüksektir (46,47). Yeme bozukluğu olan sporcularda gözlenen aşırı egzersiz yapma davranışı sonucunda yorgunluk, amenore, vücut ağırlık kaybı ve uykusuzluk gibi belirtiler ile ortaya çıkan sürantrenman durumu gözlenmekte ve performans bozulmaktadır. Ayrıca bu sporcularda besin alımının kısıtlanması sebebiyle çeşitli mekanizmalar ile spor performansı bozulabilmektedir. Bu mekanizmalar: glikojen depolarının azalması ile fiziksel, psikolojik ve mental kapasitede azalma, dolaşımda artan laktat sebebiyle kas ağrısı, dehidrasyona bağlı kas krampları ve yağsız vücut kütlesi kaybı sebebiyle kas gücünün ve performansın azalması şeklinde sıralanabilir (45).

Yeme Bozukluğu Tarama Testleri

Yeme tutum testi (EAT-40) 1979 yılında anoreksiya nervoza olan bireylerde bir dizi tutum ve davranışını değerlendirmek için geliştirilmiştir. Altılı likert tipi ölçek 40 sorudan oluşmakta ve puan artışı yeme davranışı bozukluğu riskindeki artışla ilişkilendirilmektedir (48). 1982'de EAT-40 güncellenip revize edilerek geçerlilik ve tutarlılığı yüksek; yeme bozuklukları, diyet ve bulimiya nervoza konularına ilişkin toplam 26 soru içeren EAT-26 geliştirilmiştir (49).

Hollanda Yeme Davranışı Anketi (DEBQ) 1986 yılında Van Strein ve ark. (50) tarafından, açlık gibi içsel yeme davranışları dışında yemeyi etkileyen dışsal faktörleri saptamak amacıyla geliştirilmiştir. Anket, 33 madde ve 3 alt ölçekten oluşmaktadır. Yeme Bozuklukları Değerlendirme Ölçeği (EDE-Q) ilk olarak Fairburn ve Beglin (51) tarafından 1994 yılında geliştirilmiştir. Yeme bozukluğu tanısında altın standart olarak kabul edilmektedir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ise 2011 yılında Yücel ve ark. (52) tarafından yapılan ölçek, 7'li likert tipinde toplam 28 sorudan oluşmaktadır. Yeme Bozuklukları Envanteri (EDI), 64 sorudan oluşan, bulimiya ve anoreksiyanın psikolojik özelliklerini karakterize etmek için geliştirilen tarama aracıdır (25). REZZY Yeme Bozuklukları Ölçeği (SCOFF) yeme bozukluğu tanısı koymaktan daha çok yeme bozukluğu riskini ortaya koymak için tasarlanmış basit ve uygulanması kolay, 5 sorudan oluşan bir tarama aracıdır (53). Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği ise Aydemir ve ark. (54) tarafından yapılmıştır. Kadın Atlet Tarama Aracı (FAST) özellikle kadın sporculara yönelik geliştirilen sporcunun yeme davranışları ve antrenman düzeni hakkında 33 sorudan oluşan bir ankettir (25). Atletik Ortam Anketi

(AMDQ) kadın sporcularda yeme bozukluğu taraması için geliştirilmiş ve sporcunun kendi tarafından doldurulan 119 sorulu bir tarama testidir (53). Fizyolojik Tarama Testi (PST) 18 maddelik bir tarama aracıdır. Sporcunun kendisi tarafından cevaplanmakta, fizyolojik faktörlere ilişkin 14 adet soru ve 4 adet fizyolojik ölçümden oluşmaktadır (53).

Yeme Bozukluğu Tedavisi

Sporcularda yeme bozukluğu tedavisinin hedefleri; yeterli besin alımını sağlamak, vücut ağırlığını sağlıklı bir seviyeye getirmek, aşırı egzersizin azaltılmasını sağlamak, tıkinma ataklarını ve sonrasında meydana gelen telafi davranışlarını durdurma (55).

Yeme bozuklukları hem fiziksel sağlığı hem de spor performansını olumsuz etkilemektedir. Antrenörlerin, sporcuların ve ailelerin yeme bozuklukları risk faktörleri konusunda eğitilmesi büyük önem taşımaktadır. Eğitimin geliştirilmesi ve uygulanmasının sporcularda kendini kabul etmeyi, antrenman programına uygun beslenmelerini destekleyerek yeme bozukluğunu önlemede etkili olması beklenmektedir (45,56). Sporcuların düşük vücut ağırlığında olmaları ya da diğer yeme bozukluğu belirtilerini göstermeleri tıbbi müdahale gerektirebilmektedir (45). Yeme bozukluğunu önlemek için sporcuların sağlığını ve performansını geliştirici beslenme eğitimi desteği alması gerekmektedir. Sporcularda kilo kaybı aşamalı olarak, kontrollü ve uzman gözetimi altında sağlanırsa yeme bozukluğu gelişim riski daha az olmaktadır (13). Beslenme planının ilk amacı düzenli öğün tüketimini sağlamak ve beslenmeyi gün içinde sürdürmektir. Düzenli beslenme olmadığında genç bireyler öğün atlama

davranışı gösterebilir ve açlık sinyallerini kaybedebilirler. Yemek sırasında ve sonrasında bireylere duygusal destek verilmesi önem taşımaktadır (21). Doğru beslenme, diyetisyen gözetiminde yeterli ve dengeli olmalıdır (56). Buna ek olarak sporcuların takım arkadaşlarıyla olumsuz şekilde karşılaştırılmasından kaçınılmalıdır. Antrenörler sporculara özellikle vücut ağırlığı ve kompozisyonu ile ilgili baskı ve eleştirilerden uzak bir ortam oluşturmaları ve kendilerini geliştirmeye teşvik etmelidirler. Yeme bozukluklarına bağlı sporcularda yaralanma riski de artmaktadır. Yaralanma rehabilitasyonunda fizyoterapist- hekim-sporcu-antrenörün iş birliği içerisinde olması büyük önem taşımaktadır. Rehabilitasyon programı planlanırken medikal stabilite için beslenme desteğinin ve enerji gereksiniminin sağlanması, spor ortamında mevcut stres faktörlerinin değerlendirilmesi ve uzaklaştırılması yeme bozukluğu riskini azaltabilecek uygulamalardır (13).

SONUÇ ve ÖNERİLER

Yeme bozuklukları yüksek mortalite oranına sahip klinik ruhsal bozukluklardır. Bu bozukluklar, besin alımı, vücut ağırlığı ve görünümü konusundaki kaygı sebebiyle açlık, kısıtlı yeme, öğün atlama, aşırı yeme, diyet hapları, laksatif ve diüretik kullanımı, aşırı egzersiz yapma gibi sağlığı tehdit eden bozukluklar ile karakterizedir.

Yeme bozukluğu prevalansı sporcularda genel popülasyondan daha yüksek oranda gözlenmektedir. Aile öyküsü, biyolojik faktörler (genetik, yaş gibi), sosyokültürel faktörler (akran baskısı, medya etkisi, sosyal baskı, ailede yeme bozukluğu görülmesi gibi), negatif beden algısı, ağırlık ve fiziksel görünümle ilgili kaygılar, mükemmeliyetçilik gibi kişilik özellikleri,

düşük benlik saygısı, yüksek stres yeme bozuklukları görülme riskini artıran faktörlerdir. Spor ortamı özellikle estetik, sıklet ve ultra-dayanıklılık branşlarındaki sporlar, erken yaşta spora başlama, artmış antrenman yoğunluğu, sık ve sağlıksız vücut ağırlığı düzenlemeleri, yaralanmalar, motivasyonun baskılanması ve antrenörlerin olumsuz davranışları ise spora bağlı gelişen risk faktörleridir. Yeme bozuklukları hem fiziksel sağlığı hem de spor performansını olumsuz etkilemektedir. Antrenörlere ve sporculara yeme bozuklukları ile ilgili risk faktörleri konusunda eğitim verilmesi büyük önem taşımaktadır. Sporcuyla yeme bozukluğu tanısı konulduktan sonra; spor hekimi, fizyoterapist, sporcu diyetisyeni, spor psikoloğu ve antrenörden oluşan multidisipliner bir ekiple tedavi sürecinin planlanması oldukça önemlidir.

KAYNAKLAR

1. Amerikan Psikiyatri Birliği Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El kitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru El kitabı (çeviri Köroğlu E). Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2014.
2. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization; 1992.
3. Nattiv A, Loucks AB, Manore MM, Sanborn CF, Sundgot-Borgen J, Warren MP; American College of Sports Medicine. American College of Sports Medicine position stand. The female athlete triad. *Med Sci Sports Exerc.* 2007; 39(10): 1867–1882.
4. Scherer FC, Martins CR, Pelegrini A, Matheus SC, Petroski EL. Body image among adolescents: association with sexual maturation and symptoms of eating disorders. *Braz J Psychiatr.* 2010; 59(3): 198–202.
5. Filaire E, Rouveix M, Pannafieux C, Ferrand C. Eating attitudes, perfectionism and body-esteem of elite male judoists and cyclists. *J Sports Sci Med.* 2007; 6(1): 50–57.
6. Torstveit MK, Rosenvinge JH, Sundgot-Borgen J. Prevalence of eating disorders and predictive power of risk models in female athletes elite: a controlled study. *Scand J Med Sci Sports.* 2008; 18(1): 108–118.
7. Martinsen M, Brantland-Sanda S, Eriksson AK, Sundgot-Borgen J. Dieting to win or to thin? A study of dieting and disordered eating among adolescent elite athletes and non-athlete controls. *Br J Sports Med.* 2010; 44(1): 70–76.
8. Fortes LS, Kakeshita IS, Almeida SS, Gomes AR, Ferreira MC. Eating behaviors in youths: A comparison between female and male athletes and non-athletes. *Scand J Med Sci Sports.* 2014; 24(1): e62–e68.
9. Schaal K, Tafflet M, Nassif H, Thibault V, Pichard C, Alcotte M. et al. Psychological balance in high level athletes: gender-based differences and sport-specific patterns. *PLoS One.* 2011; 6(5): 1–9.
10. Baum A. Eating disorders in the male athlete. *Sports Med.* 2006; 36(1): 1-6.
11. Byrne S, McLean N. Elite athletes: effects of the pressure to be thin. *J Sci Med Sport.* 2002; 5(2): 80-94.
12. Martinsen M, Bahr R, Børresen R, Holme I, Pensgaard AM, Sundgot-Borgen J. Preventing eating disorders among young elite athletes: a randomized controlled trial. *Med Sci Sports Exerc.* 2014; 46(3): 435-47.
13. Currie A. Sport and eating disorders - understanding and managing the risks. *Asian J Sports Med.* 2010; 1(2): 63-68.
14. Bonci CM, Bonci LJ, Granger LR, Johnson CL, Malina RM, Milne LW. et al. National athletic trainers' association position statement: preventing, detecting, and managing disordered eating in athletes. *J Athl Train.* 2008; 43(1): 80-108.
15. Yücel B. Estetik bir kaygıdan hastalığa uzanan yol. *Klinik Gelişim.* 2009; 22(4): 9-44.
16. National Institute of Mental Health. U.S. Department of Health and Human Services. Eating Disorders. NIH Publication No: TR 17-4901. Revised 2018.
17. Yage J, Andersen AE. Anorexia nervosa. *N Engl J Med.* 2005; 353(14): 1481-1488.
18. Moskowitz L, Weiselberg E. Anorexia nervosa/atypical anorexia nervosa. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care.* 2017; 47(4): 70-84.
19. Castillo M, Weiselberg E. Bulimia nervosa/purging disorder. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care.* 2017; 47(4): 85-94.
20. Rosen DS; American Academy of Pediatrics Committee on Adolescence. Identification and

management of eating disorders in children and adolescents. *Pediatrics*. 126(6); 1240-53.

21. Mairs R, Nicholls D. Assessment and treatment of eating disorders in children and adolescents. *Arch Dis Child*. 2016; 101(12): 1168-1175.

22. Sachs K, Mehler PS. Medical complications of bulimia nervosa and their treatments. *Eat Weight Disord*. 2016; 21(1): 13-18.

23. 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.

24. Martinsen M, Sundgot-Borgen J. Higher prevalence of eating disorders among adolescent elite athletes than controls. *Med Sci Sport Exerc*. 2013; 45(6): 1188-1197.

25. Knapp J, Aerni G, Anderson J. Eating disorders in female athletes: use of screening tools. *Curr Sports Med Rep*. 2014; 13(4): 214-8.

26. Bratland-Sanda S, Sundgot-Borgen J. Eating disorders in athletes: overview of prevalence, risk factors and recommendations for prevention and treatment. *Eur J Sport Sci*. 2013; 13(5): 499-508.

27. McLester CN, Hardin R, Hoppe S. Susceptibility to eating disorders among collegiate female student-athletes. *J Athl Train*. 2014; 49(3): 406-410.

28. Hulley AJ, Hill AJ. Eating disorders and health in elite women distance runners. *Int J Eat Disord*. 2001; 30(3): 312-7.

29. Sundgot Borgen, J. Prevalence of eating disorders in elite female athletes. *Int J Sport Nutr*. 1993; 3(1): 29-40.

30. Giel KE, Hermann-Werner A, Mayer J, Diehl K, Schneider S, Thiel A. et al. Eating disorder pathology in elite adolescent athletes. *Int J Eat Disord*. 2016; 49(6): 553-562.

31. Pelma MT, Koszewski WM, Romani W, Case JG, Zuiderhof NJ, McCoy PM. Identifying college athletes at risk for pathogenic eating. *Br J Sports Med*. 2002; 36: 45-50.

32. Hamilton LH, Gunn JB, Warren MP. Sociocultural influences on eating disorders in professional female ballet dancers. *Int J Eat Disord*. 1985; 4(4): 4105-477.

33. Krentz EM, Warschburger P. A longitudinal investigation of sports-related risk factors for disordered eating in aesthetic sports. *Scand J Med Sci Sports*. 2013; 23(3): 303-310.

34. Sundgot Borgen J, Meyer NL, Lohman TG, Ackland TR, Maughan RJ, Stewart AD. et al. How to minimise the health risks to athletes who compete in weight-sensitive sports review and position statement on behalf of the Ad Hoc Research

Working Group on Body Composition, Health and Performance, under the auspices of the IOC Medical Commission. *Br J Sports Med*. 2013; 47(16): 1012-1022.

35. Borgen JS, Corbin CB. Eating disorders among female athlete. *Phys Sportsmed*. 1987; 15(2): 89-93.

36. Kuruoğlu AÇ. Yeme bozukluklarında genetik etkenler. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*. 2000; 10(1): 32-37.

37. Harriger JA, Witherington DC, Bryan AD. Eating pathology in female gymnasts: potential risk and protective factors. *Body Image*. 2014; 11(4): 501-8.

38. Taylor CB, Sharpe T, Shisslak C, Bryson S, Estes LS, Gray N. et al. Factors associated with weight concerns in adolescent girls. *Int J Eat Disord*. 1998; 24(1): 31-42.

39. Augestad LB. Prevalence and gender differences in eating attitudes and physical activity among Norwegians. *Eat Weight Disord*. 2000; 5(2): 62-72.

40. Sundgot Borgen J. Risk and trigger factors for the development of eating disorders in female elite athletes. *Med Sci Sports Exerc*. 1994; 26(4): 414-419.

41. Davison KK, Earnest MB, Birch, LL. Participation in aesthetic sports and girls' weight concerns at ages 5 and 7 years. *Int J Eat Disord*. 2002; 31(3): 312-317.

42. Ackard DM, Henderson JB, Wonderlich AL. The associations between childhood dance participation and adult disordered eating and related psychopathology. *J Psychosom Res*. 2004; 57(5): 485-90.

43. Sudi K, Ottl K, Payerl D, Baumgartl P, Tauschmann K, Müller W. Anorexia athletica. *Nutrition*. 2004; 20(7-8): 657-661.

44. Hobart JA, Smucker DR. The female athlete triad. *Am Fam Physician*. 2000; 61(11): 3357-3364.

45. 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.

46. Şahin Özdemir FN, Ersöz G. Kadın sporcu üçlemesi. *Türkiye Klinikleri Spor Bilimleri Dergisi*. 2013; 5(2): 86-95.

47. Tan J, Bloodworth A, McNamee M, Hewitt J. Investigating eating disorders in elite gymnasts: conceptual, ethical and methodological issues. *Eur J Sport Sci*. 2014; 14(1) :60-68.

48. Garner DM, Garfinkel PE. The eating attitudes test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychol Med*. 1979; 9(2): 273-9.

49. Garner DM, Olmsted MP, Bohr Y, Garfinkel PE. The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates. *Psychol Med.* 1982; 12(4): 871-8.
50. Van Strein T, Frijters J, Bergers G, Defares P. The Dutch eating behaviour questionnaire (DEBQ) for assesment of restrained,emotional and external eating behaviour. *Int J Eat Disord.* 1986; 5(2) : 295-315.
51. Fairburn CG, Beglin SJ. Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire? *Int J Eat Disord.* 1994; 16(4): 363-370.
52. Yücel B, Polat A, İkiz T, Dugor 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; 19(6): 509-511.
53. Tuzgöl T, Emiroğlu E, Güneş FE. Atletlerde yeme bozuklukları. *Türkiye Klinikleri Spor Bilimleri Dergisi.* 2018; 10(2): 88-96.
54. Aydemir Ö, Köksal B, Sapmaz ŞY, Yüceyar H. Kadın üniversite öğrencilerinde REZZY yeme bozuklukları ölçeği Türkçe formunun güvenilirlik ve geçerliliği. *Anadolu Psikiyatri Dergisi.* 2015; 16(1): 31-35.
55. Black DR, Larkin LJS, Coster DC, Leverenz LJ, Abood DA. Physiologic screening test for eating disorders/disordered eating among female collegiate athletes. *J Athl Train.* 2003; 38(4): 286–297.
56. Coelho GM, Gomes AI, Ribeiro BG, Soares EA. Prevention of eating disorders in female athletes. *J Sports Med.* 2014; 5: 105-113.