**LEAF-Q**

**Kadın Sporcularda Düşük Kullanılabilir Enerji Anketi**

Kadın sporcularda düşük kullanılabilir enerji anketi (LEAF-Q), yetersiz enerji alımının fizyolojik belirtilerine odaklanmaktadır. Ankette yaralanmalar, gastrointestinal (mide ve bağırsak) ve üreme fonksiyonlarıyla ilgili sorular yer almaktadır. LEAF-Q anketini yanıtlamaya zaman ayırdığınız için teşekkür ederiz. Yanıtlarınız gizli tutulacaktır.

İsim:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-posta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cep telefon numarası: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Meslek: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Eğitim:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Yaş: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ (yıl)

Boy: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ (cm) Kilo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (kg)

Şu anki boyunuzla şimdiye kadar ulaştığınız **en yüksek vücut ağırlığınız**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (kg)

(Gebelik dönemi hariç)

Şu anki boyunuzla şimdiye kadar ulaştığınız **en düşük vücut ağırlığınız**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (kg)

Sigara kullanıyor musunuz? Evet Hayır

Herhangi bir ilaç kullanıyor musunuz (doğum kontrol hapı hariç)?

 Evet Hayır

Cevabınız **“evet”** ise ne tür ilaçlar kullanıyorsunuz? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Yaptığınız spor branşı: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Haftada ortalama kaç saat antrenman yaparsınız? .................................... saat/hafta

Haftada ortalama ne sıklıkla antrenman yaparsınız? .................................. gün/hafta

Günde ortalama kaç saat antrenman yaparsınız? ...................................... saat/gün

Yaptığınız antrenman hakkında yorumlarınız veya eklemek istedikleriniz:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Durumunuzu en iyi tanımlayan yanıtı işaretleyiniz.**

**1. Yaralanmalar**

A: Son 1 yıl içerisinde yaralanma sebebiyle antrenman ya da müsabakalara katılamama gibi bir durum yaşadınız mı?

 Hayır, hiç yaşamadım Evet, 1-2 kez

 Evet, 3-4 kez Evet, 5 veya daha fazla

A1: Cevabınız **“evet”** ise son 1 yıl içerisinde yaralanma sebebiyle toplam kaç gün antrenman ya da müsabakalara katılamadınız?

 1-7 gün 8-14 gün 15-21 gün 22 gün ya da daha fazla

A2: Cevabınız **“evet”** ise son 1 yıl içerisinde ne tür yaralanmalar yaşadınız?

Kas dokusu Kemik

 Bağ dokusu Eklem

 Tendon Diğer………

A3: Cevabınız **“evet”** ise geçirdiğiniz yaralanmalar vücudunuzun hangi bölgesindeydi? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

Alt ekstremite (kalça, uyluk, alt bacak, ayak)

 Üst ekstremite (omuz kemeri, üst kol, önkol, el)

Baş-boyun

 Gövde

 Diğer………

A4: Cevabınız **“evet”** ise geçirdiğiniz yaralanmaların türünü işaretleyiniz (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

 Kas zedelenmesi Kas yırtılması Kırık

 Çıkık Burkulma Diğer………

**Durumunuzu en iyi tanımlayan yanıtı işaretleyiniz.**

2. **Gastrointestinal (Mide ve Bağırsak) Fonksiyon**

A: Karnınızda regl (adet) dönemi dışında gaz ya da şişkinlik hisseder misiniz?

 Evet, günde birkaç kez Evet, haftada birkaç kez

 Evet, haftada 1-2 kez veya daha az Nadiren veya hiç

B: Karnınızda regl (adet) dönemi ile ilgili olmayan kramp ya da ağrı yaşar mısınız?

 Evet, günde birkaç kez Evet, haftada birkaç kez

 Evet, haftada 1-2 kez veya daha az Nadiren veya hiç

C: Ortalama ne kadar sıklıkla büyük tuvaletinizi yaparsınız?

 Günde birkaç kez Günde 1 kez İki günde bir

 Haftada 2 kez Haftada 1 kez veya daha az

D: Normal gaitanızı (dışkınızı) nasıl tanımlarsınız?

 Normal (yumuşak) İshal gibi (sulu) Sert ve kuru

Mide ve bağırsak fonksiyonunuz hakkında yorumlarınız veya eklemek istedikleriniz: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Durumunuzu en iyi tanımlayan yanıtı işaretleyiniz.**

**3. Menstrual Fonksiyon ve Kontraseptif (Doğum Kontrol Yöntemi) Kullanımı**

**3.1. Kontraseptifler (Doğum Kontrol Yöntemleri)**

A: Oral kontraseptif (doğum kontrol hapı) kullanıyor musunuz?

 Evet Hayır

A1: Cevabınız **“evet”** ise neden doğum kontrol hapı kullanıyorsunuz?

 Gebelikten korunmak için

 Adet ağrılarını azaltmak için

 Adet kanamasını azaltmak için

 Spor performansımla ilgili olarak adet döngümü düzenlemek için

 Kullanmadığımda adet olamadığım için

Diğer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A2: Cevabınız **“hayır”** ise daha önce doğum kontrol hapı kullandınız mı?

 Evet Hayır

A2:1 Cevabınız **“evet”** ise ne zaman ve ne kadar süre kullandınız?

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

B: Farklı türde hormon içeren bir kontraseptif (doğum kontrol yöntemi) kullanıyor musunuz? (örn: doğum kontrol implantı veya rahim içi araç)

 Evet Hayır

B1: Cevabınız **“evet”** ise türünü belirtiniz.

 Hormon bantları Hormonlu spiral

 Hormon implantı Vajinal halka

 Diğer

**Durumunuzu en iyi tanımlayan yanıtı işaretleyiniz.**

**3.2. Menstrual (Adet Döngüsü) Fonksiyon**

A: İlk adet olduğunuzda kaç yaşındaydınız?

 11 yaş ve altı 12-14 yaş 15 yaş ve üzeri

 Hatırlamıyorum Hiç adet olmadım

**(Cevabınız “*hiç adet olmadım*” ise cevaplayacağınız başka soru yoktur)**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

B: İlk adetiniz doğal bir şekilde mi (kendiliğinden) gerçekleşti?

 Evet Hayır Hatırlamıyorum

B1: Cevabınız **“hayır”** ise adet döngünüzün başlaması için ne tür bir tedavi uygulandı?

 Hormon tedavisi Kilo almak Egzersiz miktarını azaltmak

 Diğer:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C: Adet döngünüz normal midir?

 Evet Hayır (**C6. soruya geçiniz**) Bilmiyorum (**C6. soruya geçiniz**)

C1: Cevabınız **“evet”** ise en son ne zaman adet oldunuz?

 0-4 hafta önce 1-2 ay önce 3-4 ay önce 5 ay veya daha önce

C2: Cevabınız **“evet”** ise adet dönemleriniz düzenli midir? (Her 28 ila 34 günde bir)

 Evet, çoğunlukla düzenlidir Hayır, çoğunlukla düzenli değildir

C3: Cevabınız **“evet”** ise adet kanamanız kaç gün sürüyor?

 1-2 gün 3-4 gün 5-6 gün 7-8 gün 9 gün veya daha fazla

C4: Cevabınız **“evet”** ise daha önce hiç ağır adet kanaması problemi yaşadınız mı?

 Evet Hayır

C5: Cevabınız **“evet”** ise son 1 yıl içinde kaç kez adet oldunuz?

 12 veya daha fazla 9-11 kez 6-8 kez 3-5 kez 0-2 kez

C6: Cevabınız **“hayır”** veya **“bilmiyorum”** ise en son ne zaman adet oldunuz?

 2-3 ay önce 4-5 ay önce 6 ay veya daha uzun zaman önce

 Hamileyim ve bu yüzden adet olmuyorum

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

D: Art arda 3 ay veya daha uzun süreyle adet olmadığınız oldu mu (gebelik dönemi dışında)?

 Hayır, hiç olmadı Evet, daha önce oldu

 Evet, şu anda bu durumu yaşıyorum

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E: Egzersiz şiddetini, sıklığını veya süresini arttırdığınızda adet düzeninizde bir değişiklik yaşar mısınız?

 Evet Hayır

E1: Cevabınız **“evet”** ise nasıl bir değişiklik yaşarsınız? (Bir ya da daha fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)

 Daha **az** kanamam olur Kanama günlerim daha **kısa** sürer

 Kanamam durur Daha **fazla** kanamam olur

 Kanama günlerim daha **uzun** sürer

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_