



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ (ΤΕΙ) ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ ΓΕΩΠΟΝΙΑΣ & ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ ΤΡΟΦΙΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ & ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΑΣ

Πτυχιακή Εργασία

**«Διατροφικές διαταραχές και αθλητισμός. Προσδιορισμός,
αιτίες και συχνότητα εμφάνισης σε αθλητές και αθλήτριες»**

Ζουρίδη Ειρήνη, ΑΜ: 2145

Σκόρδου Μαρία, ΑΜ: 2138

Επιβλέποντες: Τράνακας Βασίλειος

Σφακιανάκη Ειρήνη

ΣΗΤΕΙΑ, ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ, 2018



TECHNOLOGICAL EDUCATIONAL INSTITUTE OF CRETE
SCHOOL OF AGRICULTURE, FOOD & NUTRITION
DEPARTMENT OF NUTRITION & DIETETICS

THESIS

for the Undergraduate Degree

**«Eating Disorders and Sports. Determination, causes and
incidence between male and female athletes»**

Zouridi Eirini, YD: 2145

Skordou Maria, YD: 2138

SUPERVISOR: TranakasVassilios
Sfakianaki Irene

SITIA, OCTOBER, 2018

«Ζουρίδη Ειρήνη, Σκόρδου Μαρία», «Διατροφικές διαταραχές και αθλητισμός. Προσδιορισμός, αιτίες και συχνότητα εμφάνισης σε αθλητές και αθλήτριες»

Στις οικογένειές μας

Περίληψη

Οι διατροφικές διαταραχές είναι σοβαρές ψυχιατρικές διαταραχές που χαρακτηρίζονται από επίμονη διαταραχή της κατανάλωσης φαγητού ή της συμπεριφοράς που σχετίζεται με το φαγητό και οι οποίες έχουν ως αποτέλεσμα μεταβλητή ή αλλοιωμένη κατανάλωση ή απορρόφηση των τροφίμων. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση της ύπαρξης και της συχνότητας εμφάνισης διατροφικών διαταραχών, μεταξύ αθλητών και αθλητριών από διάφορα αθλήματα τα οποία απαιτούν χαμηλό σωματικό βάρος για λόγους επίδοσης, όπως μπαλέτο, γυμναστική, τρέξιμο σε μεγάλες αποστάσεις, κολύμβηση και σε αθλήματα όπου υπάρχει κατηγοριοποίηση των αθλητών ανάλογα με το βάρος, όπως οι πολεμικές τέχνες. Η έρευνα διενεργήθηκε σε ένα δείγμα 100 αθλητών, 49 ανδρών και 51 γυναικών ηλικίας 18-30 ετών στην περιοχή του Ηρακλείου και για την αξιολόγηση τους χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο EDE-Q το οποίο αποτελεί ένα αξιόπιστο μέτρο του εύρους και της σοβαρότητας των χαρακτηριστικών των διατροφικών διαταραχών. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι οι περισσότεροι αθλητές είχαν χαμηλού βαθμού διατροφικές διαταραχές, οι οποίες χαρακτηρίζονταν κυρίως από περιορισμούς στη διατροφή (κυρίως παράλειψη γευμάτων), από την αίσθηση ενοχής που ένιωσαν εξαιτίας των φορών που έφαγαν κάτι που τους άρεσε και της επίδρασης που είχε στο σχήμα ή το βάρος τους και από την έντονη επιθυμία να χάσουν βάρος, τα οποία παρουσιάζονται ως επί το πλείστον λίγες μέρες μέσα στον μήνα (1-5 μέρες). Σε ένα μικρό μέρος αθλητών καταγράφηκαν υψηλότερες βαθμολογίες κυρίως στις διαστάσεις που αφορούσαν τον περιορισμό στην διατροφή προκειμένου να επηρεάσουν το σχήμα ή το βάρος του σώματος και τις ανησυχίες για το βάρος και το σχήμα του σώματος, υποδεικνύοντας έναν υψηλότερο κίνδυνο ανάπτυξης σοβαρότερων διατροφικών διαταραχών μελλοντικά. Μελλοντικές έρευνες είναι αναγκαίο να επιβεβαιώσουν τα ευρήματα αυτά σε μεγαλύτερα και περισσότερο ομοιογενή δείγματα.

Λέξεις – Κλειδιά

Διατροφικές διαταραχές, νευρική (αθλητική) ανορεξία, νευρική βουλιμία, υπερβολική άσκηση, εθιστική άσκηση

Abstract

Eating disorders are severe psychiatric disorders characterized by a persistent disorder of eating or eating-related behavior that results in variable or altered consumption or absorption of food. The purpose of this paper is to investigate the existence and incidence of eating disorders among female and male athletes from various sports that require low body weight for performance purposes, such as ballet, gymnastics, long-distance running, swimming and in sports where there is categorization of athletes depending on weight, such as martial arts. The survey was carried out on a sample of 100 athletes, 49 men and 51 women between the ages 18-30 in the Heraklion area and for their evaluation was used the EDE-Q questionnaire which is a reliable measure of the variation and severity of eating disorders characteristics. The results of the study showed that most athletes had low eating disorders, which were characterized mainly by nutrition restrictions (mainly meal omissions), the sense of guilt they felt because of the occasional eating of something they liked and the effect they had on body shape or weight, and the intense desire to lose weight, which were mostly presented a few days in the month (1-5 days). In a small proportion of athletes, higher scores were recorded, mainly on dietary limitations, to influence body shape or weight, indicating a higher risk of developing more severe eating disorders in the future. Future research is necessary to confirm these findings in larger and more homogeneous samples.

Keywords

Eating disorders, (athletica) anorexia nervosa, bulimia nervosa, excessive exercise, addictive exercise

Περιεχόμενα

Περίληψη.....	iv
Abstract	v
Περιεχόμενα	vi
Κατάλογος Εικόνων / Σχημάτων	viii
Κατάλογος Πινάκων	xi
Συντομογραφίες & Ακρωνύμια.....	xii
ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	1
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1
1. ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΟΝ ΑΘΛΗΤΙΣΜΟ.....	3
1.1. Ορισμός.....	3
1.2. Κριτήρια κατά DSM-V	4
1.3. Παράγοντες Κινδύνου.....	9
1.3.1. Γενικοί Παράγοντες	9
1.3.2. Ειδικοί Παράγοντες.....	10
1.4. Δυσλειτουργίες ορμονών σχετιζόμενων με τις διατροφικές διαταραχές.....	13
1.5. Ρόλος συστημάτων νευροδιαβιβαστών.....	15
1.6. Πρόληψη	16
1.7. Θεραπεία	16
2. ΚΕΦΑΛΑΙΟ: Η ΕΘΙΣΤΙΚΗ ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ.....	19
2.1. Ορισμός και Χαρακτηριστικά	19
2.2. Εθισμός στην άσκηση και διατροφικές ή άλλες διαταραχές σε διάφορους αθλητές.....	23

2.3. Αθλήματα με δείκτη ευαισθησίας το βάρος του αθλητή και οι κίνδυνοι που μπορούν να προσβάλουν την υγεία τους.....	26
2.4. Συνέπειες.....	28
2.5. Φυσική Δραστηριότητα και Ψυχική Υγεία.....	29
2.5.1. Άσκηση και κατάθλιψη.....	29
2.6. Συμπεράσματα.....	31
3. ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	32
3.1. Μεθοδολογία.....	32
3.2. Αποτελέσματα.....	34
3.2.1. Χαρακτηριστικά δείγματος.....	34
3.2.2. Αποτελέσματα περιγραφικής στατιστικής.....	42
3.2.3. Αποτελέσματα επαγωγικής στατιστικής.....	68
3.3. Σχολιασμός.....	73
3.4. Συζήτηση-Συμπεράσματα.....	75
3.5. Περιορισμοί της έρευνας.....	77
3.6. Προτάσεις για Μελλοντικές Εφαρμογές.....	78
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	80
Παράρτημα Α: Ερωτηματολόγιο έρευνας.....	87

Κατάλογος Εικόνων / Σχημάτων

Γράφημα 1. Κατανομή φύλου συμμετεχόντων	33
Γράφημα 2. Αποτελέσματα για την δραστηριότητα/άθλημα των συμμετεχόντων	34
Γράφημα 3. Αποτελέσματα για την δραστηριότητα/άθλημα των συμμετεχόντων ως προς το φύλο τους.....	35
Γράφημα 4. Κατανομή ηλικίας συμμετεχόντων	36
Γράφημα 5. Κατανομή ηλικίας συμμετεχόντων ως προς το φύλο τους.....	37
Γράφημα 6. Κατανομή βάρους συμμετεχόντων	37
Γράφημα 7. Κατανομή ύψους συμμετεχόντων	38
Γράφημα 8. Αποτελέσματα για το αν έχουν σκοπίμως προσπαθήσει να περιορίσουν την ποσότητα φαγητού που τρώνε ώστε να επηρεάσουν το σχήμα του σώματός τους ή το βάρος τους.....	40
Γράφημα 9. Αποτελέσματα για το αν έχουν μείνει για μεγάλα χρονικά διαστήματα (8 ώρες μετά το ξύπνημα ή περισσότερο) χωρίς να φάνε απολύτως τίποτα προκειμένου να επηρεάσουν το σχήμα ή το βάρος τους	41
Γράφημα 10. Αποτελέσματα για το αν προσπάθησαν να αποκλείσουν από τη διατροφή τους οποιαδήποτε τρόφιμα που τους αρέσουν για να επηρεάσουν το σχήμα ή το βάρος τους	42
Γράφημα 11. Αποτελέσματα για το αν έχουν ακολουθήσει ορισμένους κανόνες σχετικά με τη διατροφή σας (για παράδειγμα, περιορισμός θερμίδων) για να επηρεάσουν το σχήμα ή το βάρος τους	43
Γράφημα 12. Αποτελέσματα για το αν είχαν απόλυτη επιθυμία να έχουν άδειο στομάχι με σκοπό να επηρεάσουν το σχήμα ή το βάρος τους.....	44
Γράφημα 13. Κατανομή διάστασης που αφορά τους περιορισμούς στην διατροφή	45
Γράφημα 14. Αποτελέσματα για το κατά πόσο η σκέψη σχετικά με το φαγητό, τη διατροφή ή τις θερμίδες κάνει πολύ δύσκολο να συγκεντρωθούν σε πράγματα που σας ενδιαφέρουν (για παράδειγμα, εργασία, παρακολούθηση μιας συζήτησης, διάβασμα)	46
Γράφημα 15. Αποτελέσματα για το κατά πόσο έχουν νιώσει έντονο φόβο απώλειας ελέγχου κατανάλωσης φαγητού.....	47
Γράφημα 16. Αποτελέσματα για το κατά πόσο συχνά τις τελευταίες 28 ημέρες, έχουν φάει με μυστικότητα (δηλαδή, στα κρυφά).....	48
Γράφημα 17. Αποτελέσματα για το κατά πόσο συχνά έχουν αισθανθεί ένοχοι εξαιτίας της επίδρασης αυτού στο σχήμα ή το βάρος τους	49
Γράφημα 18. Αποτελέσματα για το κατά πόσο συχνά τις τελευταίες 28 ημέρες, τους ενδιέφερε το να τους δουν άλλοι άνθρωποι να τρώνε.....	50

Γράφημα 19. Κατανομή διάστασης που αφορά την ανησυχία για την διατροφή	51
Γράφημα 20. Αποτελέσματα για το πόσο συχνά είχαν την απόλυτη επιθυμία να έχουν ένα εντελώς επίπεδο στομάχι.....	52
Γράφημα 21. Αποτελέσματα για το πόσο συχνά ήταν πολύ δύσκολο να συγκεντρωθούν σε πράγματα που τους ενδιαφέρουν (για παράδειγμα, εργασία, παρακολούθηση μιας συζήτησης, διάβασμα) λόγω της σκέψης του σχήματος ή του βάρους τους	53
Γράφημα 22. Αποτελέσματα για το πόσο συχνά έχουν νιώσει έντονο φόβο ότι μπορεί να πάρουν βάρος	54
Γράφημα 23. Αποτελέσματα για το πόσο συχνά έχει επηρεάσει το σχήμα τους το πώς σκέφτονται (κρίνουν) τον εαυτό τους ως άτομο.....	55
Γράφημα 24. Αποτελέσματα για το πόσο συχνά έχουν αισθανθεί ότι είναι παχύς	56
Γράφημα 25. Αποτελέσματα για το πόσο συχνά ήταν δυσαρεστημένοι με το σχήμα τους	57
Γράφημα 26. Αποτελέσματα για το πόσο συχνά έχουν αισθανθεί άβολα με το να βλέπουν το σώμα τους	58
Γράφημα 27. Αποτελέσματα για το πόσο συχνά έχουν αισθανθεί άβολα για τους άλλους που βλέπουν το σχήμα τους και την μορφή τους.....	59
Γράφημα 28. Κατανομή διάστασης που αφορά την ανησυχία για το σχήμα του σώματος	60
Γράφημα 29. Αποτελέσματα για το πόσο συχνά έχουν αισθανθεί έντονη επιθυμία να χάσουν βάρος.....	61
Γράφημα 30. Αποτελέσματα για το πόσο συχνά έχει επηρεάσει το βάρος τους το πώς σκέφτονται (κρίνουν) τον εαυτό τους ως άτομο.....	62
Γράφημα 31. Αποτελέσματα για το πόσο δυσαρεστημένοι είναι με το βάρος τους	63
Γράφημα 32. Κατανομή διάστασης που αφορά την ανησυχία για το βάρος του σώματος.....	64
Γράφημα 33. Κατανομή ύψους συμμετεχόντων	65
Γράφημα 34. Διατροφικές διαταραχές που σχετίζονται με τους περιορισμούς ως προς το άθλημα/δραστηριότητα των αθλητών	66
Γράφημα 35. Διατροφικές διαταραχές που σχετίζονται με την ανησυχία ως προς την διατροφή ως προς το άθλημα/δραστηριότητα των αθλητών	67
Γράφημα 36. Διατροφικές διαταραχές που σχετίζονται με την ανησυχία για το σχήμα του σώματος ως προς το άθλημα/δραστηριότητα των αθλητών	68
Γράφημα 37. Διατροφικές διαταραχές που σχετίζονται με την ανησυχία ως προς την διατροφή ως προς το άθλημα/δραστηριότητα των αθλητών	69
Γράφημα 38. Διατροφικές διαταραχές που σχετίζονται με την ανησυχία για το σχήμα του σώματος ως προς το άθλημα/δραστηριότητα των αθλητών	70
Γράφημα 39. Διατροφικές διαταραχές που σχετίζονται με την ανησυχία για το βάρος του σώματος ως προς το άθλημα/δραστηριότητα των αθλητών	71

Γράφημα 40. Διατροφικές διαταραχές ως προς το άθλημα/δραστηριότητα των αθλητών72

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1. Μέση τιμή και τυπική απόκλιση ηλικίας, ύψους και βάρους ανάλογα με την δραστηριότητα/άθλημα	41
--	----

Συντομογραφίες & Ακρωνύμια

DSM-V Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition

WHO World Health Organization

APA American Psychological Association

ARFID Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder

OSFED Other Specified Feeding or Eating Disorder

UFED Unspecified Feeding or Eating Disorder

BDD Body Dysmorphic Disorders

IOC International Olympic Committee

ACSM American College of Sports Medicine

NATA National Athletic Trainers Association

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟΜΕΡΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η σωματική δραστηριότητα είναι ένα σημαντικό εργαλείο δημόσιας υγείας που χρησιμοποιείται στη θεραπεία και την πρόληψη διαφόρων φυσικών ασθενειών, καθώς και στη θεραπεία ορισμένων ψυχιατρικών ασθενειών όπως οι καταθλιπτικές και οι αγχώδεις διαταραχές. Ωστόσο η εμπλοκή στην άσκηση, παρά τις ευεργετικές επιδράσεις της, έχει επίσης συσχετιστεί με εξασθενημένη ψυχική υγεία, που χαρακτηρίζεται από διαταραχές όπως η «υπερβολική άσκηση», το «σύνδρομο υπερβολικής προπόνησης» αλλά και με διαταραχές στη διατροφή. Οικαταστάσεις αυτές έχουν παρατηρηθεί σε περισσότερο έντονο βαθμό και με μεγαλύτερη συχνότητα μεταξύ αθλητικών πληθυσμών (Peluso και Andrade, 2005).

Οι αθλητές έχουν εδώ και χρόνια αναγνωριστεί ως μια ομάδα που μπορεί να υποβληθεί σε ιδιαίτερα έντονη πίεση για να προσαρμοστεί σε ένα ιδανικό σχήμα σώματος. Οι αθλητές αντιμετωπίζουν την ίδια πίεση που αντιμετωπίζουν οι περισσότεροι άνθρωποι στη σύγχρονη κοινωνία, να συμμορφώνονται με ένα αισθητικό ιδεώδες σχετικά με το σώμα τους. Ωστόσο πέρα από αυτή τη γενική κοινωνική πίεση, μπορεί να αντιμετωπίσουν επιπλέον πίεση, λόγω του αθλήματος ενασχόλησης για να επιτύχουν και να διατηρήσουν ένα ιδανικό σχήμα σώματος. Οι αθλητές υπάρχουν σε μια άκρως ανταγωνιστική κουλτούρα και όλο και μεγαλύτερη πίεση τους ασκείται για να χειριστούν την κατανάλωση τροφής και το βάρος τους, προκειμένου να μεγιστοποιήσουν την απόδοσή τους. Αυτή η πίεση μέσα στην αθλητική υποκουλτούρα είναι πιθανό να είναι ακόμα πιο έντονη για τους αθλητές που αγωνίζονται σε αθλήματα με περιορισμούς βάρους ή αθλήματα που απαιτούν σχήμα άπαχου σώματος ή χαμηλό σωματικό βάρος για λόγους απόδοσης ή εμφάνισης όπως το μπαλέτο, η γυμναστική ή το τρέξιμο (Bratland-Sanda και Sundgot-Borgen, 2013).

Οι διατροφικές διαταραχές αποτελούν σοβαρές ψυχικές ασθένειες με υψηλά ποσοστά θνησιμότητας. Είναι συχνά μακροχρόνιες και έχουν σημαντικό αρνητικό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής του ατόμου. Χαρακτηρίζονται από μια ανησυχία σχετικά με την ποσότητα

τροφής που καταναλώνεται, το σωματικό βάρος και το σχήμα του σώματος που οδηγεί σε συμπεριφορές όπως η λιμοκτονία, η νηστεία, η βουλιμία καθώς και η υπερβολική άσκηση. Αυτή η παθολογική συμπεριφορά γίνεται το επίκεντρο της καθημερινής ζωής και σε άλλες πτυχές της ζωής, όπως η οικογένεια, το σχολείο ή η εργασία και η κοινωνική ζωή, εφόσον δε δίνεται προτεραιότητα σ' αυτές, εξαιτίας της διαταραχής (Bratland-Sandaetal, 2013).

Μελέτες υποδηλώνουν ότι οι παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών είναι πολυπαραγοντικοί. Οι παράγοντες αυτοί μπορούν να χωριστούν σε παράγοντες προδιάθεσης, ενεργοποίησης και διαιωνιστικούς παράγοντες. Σ' αυτούς περιλαμβάνονται βιολογικοί, γενετικοί, κοινωνικό-πολιτιστικοί, καθώς και παράγοντες συσχετιζόμενοι με το άθλημα και το φύλο (Zipfeletal, 2013).

Η έγκαιρη ανίχνευση των διατροφικών διαταραχών είναι ζωτικής σημασίας για την πρόληψη και τη διαδικασία ανάκαμψης. Είναι σημαντικό ότι οι αθλητές με διατροφικές διαταραχές θεωρούνται ασθενείς και λαμβάνουν κατάλληλη ιατρική, διατροφική και ψυχιατρική θεραπεία, αλλά επιπλέον χρειάζονται και στενή παρακολούθηση κατά τη διάρκεια της προπόνησης. Συστήνεται, έτσι, μια προσέγγιση πολλαπλών επιστημονικών θεραπειών, όπου θα πρέπει συνήθως και να προσαρμόζουν τον όγκο αλλά και τον τύπο της άσκησης (Mathisenetal, 2017).

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι σε θεωρητικό επίπεδο να διερευνήσει την παθολογία, την αιτιολογία και τους παράγοντες κινδύνου των διατροφικών διαταραχών καθώς και της εθιστικής άσκησης μεταξύ αθλητικών πληθυσμών. Σε εμπειρικό επίπεδο, σκοπός της έρευνας που διενεργείται είναι η διερεύνηση ύπαρξης και συχνότητας εμφάνισης διατροφικών διαταραχών, τόσο σε επαγγελματίες όσο και σε ερασιτέχνες αθλητές και αθλήτριες σε διάφορα αθλήματα τα οποία απαιτούν χαμηλό σωματικό βάρος για λόγους επίδοσης, όπως μπαλέτο, γυμναστική, τρέξιμο σε μεγάλες αποστάσεις, κολύμβηση και σε αθλήματα όπου υπάρχει κατηγοριοποίηση των αθλητών ανάλογα με το βάρος, όπως οι πολεμικές τέχνες.

1. ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΟΝ ΑΘΛΗΤΙΣΜΟ

1.1. Ορισμός

Σύμφωνα με την πέμπτη έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου Ψυχικών Διαταραχών (DiagnosticandStatisticalManualofMentalDisorders – DSM-V), οι διατροφικές διαταραχές (EatingDisorders) είναι σοβαρές ψυχιατρικές διαταραχές που χαρακτηρίζονται από επίμονη διαταραχή της κατανάλωσης φαγητού ή της συμπεριφοράς που σχετίζεται με το φαγητό και οι οποίες έχουν ως αποτέλεσμα μεταβλητή ή αλλοιωμένη κατανάλωση ή απορρόφηση των τροφίμων. Οι διατροφικές διαταραχές συμβάλλουν στην επιδείνωση της σωματικής υγείας και της ψυχοκοινωνικής λειτουργίας (Castellini, Trisolini και Ricca, 2014), συμπεριλαμβανομένης της ποιότητας ζωής στο σπίτι και την εργασία, την προσωπική λειτουργία και την κοινωνική ζωή (DeVosetal., 2017).

Μέχρι πρόσφατα οι διατροφικές διαταραχές, κυρίως η ανορεξία και η νευρική βουλιμία, θεωρούνταν ένα πρόβλημα που περιοριζόταν σε μεγάλο βαθμό στα περισσότερο βιομηχανικά έθνη της Δύσης, στο βαθμό που ορισμένοι ερευνητές έχουν ισχυριστεί ότι αυτές οι διαταραχές είναι συνδεδεμένες με τον πολιτισμό (WHO, 2005; Babicz-Zielińska, Wądołowska&Tomaszewski, 2013).

Το παραπάνω χαρακτηριστικό, έχει επιβεβαιωθεί εν μέρει από κάποιες επιδημιολογικές μελέτες, που δείχνουν πολύ χαμηλό επιπολασμό της νευρικής ανορεξίας στην Αφρική και τη Λατινική Αμερική και μεταξύ των Ισπανών στις ΗΠΑ, σε σύγκριση με τα αντίστοιχα ποσοστά στις δυτικές χώρες, αλλά και σε σύγκριση με τουλάχιστον ορισμένες ασιατικές χώρες, όπως η Κίνα και η Ιαπωνία (Pike, Hoek και Dunne, 2014; Hoek, 2016; Keski-Rahkonen και Musteli, 2016). Στην πραγματικότητα ωστόσο οι διατροφικές διαταραχέςείναι πολύπλοκες και πολυπαραγοντικέςκαταστάσεις, οι οποίες εντοπίζονται σε όλες τις κοινωνίες και τους πολιτισμούς (Currie, 2010; Hoek, 2016).

Μεταξύ του γενικού πληθυσμού, οι αθλητές είναι μια σημαντική ομάδα κινδύνου για ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών, καθώς το βάρος έχει σημαντική επίδραση στην απόδοση. Ο επιπολασμός των διατροφικών διαταραχών έχει βρεθεί ότι κυμαίνεται από 0-

19% στους άνδρες αθλητές και 6-45% στις γυναίκες αθλήτριες, ανάλογα με την έρευνα (Bratland-Sanda και Sundgot-Borgen, 2013; Martinsen και Sundgot-Borgen, 2013; DeBruin, 2017). Αν και ο αθλητισμός και η άσκηση, συνδέονται παραδοσιακά με καλύτερα επίπεδα σωματικής και ψυχικής υγείας, ο επαγγελματικός αθλητισμός εσωκλείει σημαντικούς κινδύνους για την σωματική και ψυχική υγεία, πολλοί από τους οποίους προκαλούνται και από τις διατροφικές διαταραχές (Lichtenstein, 2014; Ismailova και Gazdowska, 2016). Οι διατροφικές διαταραχές εμφανίζονται με σχετική συχνότητα σε αθλήματα όπως η γυμναστική και το πατινάζ, τα αθλήματα αντοχής (π.χ. δρομείς) και τα αθλήματα με κατηγορίες βάρους (π.χ. τζούντο, πυγμαχία, πάλη, κλπ.) όπου ο έλεγχος του βάρους είναι περισσότερο σημαντικός σε σχέση με άλλα αθλήματα (Sudietal, 2004; Marquez, 2008; Currie, 2010).

1.2. Κριτήρια κατά DSM-V

Το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών (DSM) είναι ένα εγχειρίδιο της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (APA), στο οποίο περιγράφονται τα διαγνωστικά κριτήρια (βασισζόμενα στα συμπτώματα), για μια σειρά καλά ταξινομημένων ψυχιατρικών διαταραχών, προκειμένου να βοηθήσουν τους κλινικούς ιατρούς στην εγκυρότερη διάγνωση τους. Το 2013, η τέταρτη έκδοση του DSM (DSM-IV), αντικαταστάθηκε από την πέμπτη έκδοση (DSM-V), στην οποία έγινε μια σειρά προσαρμογών στα διαγνωστικά κριτήρια σε όλες τις ψυχιατρικές διαταραχές.

Το εγχειρίδιο DSM-V περιλαμβάνει μια ταξινόμηση για τις διατροφικές διαταραχές στον γενικό πληθυσμό, οι οποίες περιλαμβάνουν: 1) τη νευρική ανορεξία (anorexia nervosa), 2) την νευρική βουλιμία (bulimia nervosa), 3) την αδηφαγική διαταραχή (binge eating disorder), 4) την αλλοτριοφαγία (Pica disorder), 5) την μηρυκαστική διαταραχή (rumination disorder), 6) την αποφευκτική / περιοριστική διαταραχή πρόσληψης τροφής (avoidant/restrictive food intake disorder- (ARFID), 7) τις άλλες καθορισμένες διατροφικές διαταραχές (Other Specified Feeding or Eating Disorder- OSFED), οι οποίες περιλαμβάνουν την άτυπη νευρική ανορεξία (atypical anorexia nervosa), την διαταραχή απόρριψης (purging disorders), τη διαταραχή νυκτερινής κατανάλωσης τροφής (night eating syndrome), καθώς και προηγούμενες διαταραχές με μειωμένο εύρος και

ένταση συμπτωμάτων (αδηφαγική διαταραχή και νευρική βουλιμία) και τέλος 8) τις μηκαθορισμένες διατροφικές διαταραχές (Unspecified Feeding or Eating Disorder -UFED) (Mancuso et al, 2015).

Μεταξύ των αθλητών, από τις παραπάνω διαταραχές απαντώνται συχνότερα η νευρική ανορεξία και η νευρική βουλιμία (Currie, 2010). Η νευρική ανορεξία είναι μια ψυχιατρική διαταραχή που χαρακτηρίζεται από: 1) περιορισμό στην πρόσληψη ενέργειας, με συνακόλουθο επικίνδυνα χαμηλό σωματικό βάρος σε σχέση με το ελάχιστο αναμενόμενο για την ηλικία, το φύλο, την αναπτυξιακή περίοδο και τη σωματική υγεία, 2) έντονο φόβο αύξησης βάρους ή φόβο μετατροπής σε λίπος, ακόμα και όταν το άτομο έχει ήδη πολύ χαμηλό βάρος, 3) διαταραχή της σωματικής εικόνας που χαρακτηρίζεται από τον τρόπο με τον οποίο το άτομο βιώνει το σωματικό βάρος ή το σχήμα του σώματος του, σε συνδυασμό με την αδικαιολόγητη επίδραση του σχήματος του σώματος και του βάρους στην αυτό-αξιολόγηση του εαυτού ή επίμονη έλλειψη αναγνώρισης της σοβαρότητας του σημερινού χαμηλού σωματικού βάρους (Phillipou, Castle και Rossell, 2017). Το βασικό χαρακτηριστικό είναι ο διαιτητικός περιορισμός, ο οποίος ορίζεται, είτε ως καθόλου πρόσληψη τροφής για οκτώ ή περισσότερες συνεχόμενες, είτε η κατανάλωση λιγότερων από 1.200 kcal την ημέρα (Fitzsimmons-Craft et al, 2015).

Η αθλητική ανορεξία (anorexia athletica), είναι επίσης ένας όρος που προτάθηκε στη βιβλιογραφία, για πρώτη φορά τον Sundgot-Borgen (1993) ως μια διαταραχή που εντοπίζεται συχνά σε γυναίκες και χαρακτηρίζεται από συμπτώματα παρόμοια με αυτά της νευρικής ανορεξίας, αλλά υποκλινικής σοβαρότητας, όπως απώλεια βάρους μεγαλύτερη του 5% του αναμενόμενου σωματικού βάρους, υπερβολική άσκηση, ανώμαλη εμμηνοπαύση, προβλήματα σωματικής εικόνας και χρήση αντισταθμιστικών συμπεριφορών, όπως εμετός και χρήση καθαρτικών. Οι Sudi et al (2004), περιέγραψαν μετέπειτα τα βασικά χαρακτηριστικά της αθλητικής ανορεξίας, τα οποία την διαχωρίζουν από την νευρική ανορεξία. Σύμφωνα με τους ερευνητές η μείωση της σωματικής μάζας και / ή η απώλεια σωματικού λίπους, βασίζεται στην βελτίωση της απόδοσης και όχι στην εμφάνιση ή την υπερβολική ανησυχία για το σώμα, όπως συμβαίνει στην νευρική ανορεξία, αν και είναι πιθανό να αναπτυχθεί υπερβολική ανησυχία για το σχήμα του σώματος, ειδικά όταν οι αθλητές συγκρίνουν τα επίπεδα λίπους στο σώμα τους, με αυτά άλλων επιτυχημένων αθλητών. Επιπρόσθετα, η απώλεια της σωματικής μάζας οδηγεί σε

μια άλιπη φυσική κατάσταση. Αναμένεται ότι ο βαθμός απώλειας σωματικής μάζας δεν εξαρτάται μόνο από τη χαμηλή κατανάλωση ενέργειας αλλά και από τον όγκο και την ένταση του κύκλου προπόνησης. Διαφορετικοί βαθμοί έντασης και όγκου κατάρτισης μπορεί να ευθύνονται, τουλάχιστον εν μέρει, για την επαναλαμβανόμενη απώλεια και το κέρδος βάρους, το οποίο αποτελεί ακόμα ένα χαρακτηριστικό της αθλητικής ανορεξίας. Ωστόσο, ορισμένοι αθλητές μπορεί να διατηρούν πολύ χαμηλό σωματικό βάρος για μεγάλο χρονικό διάστημα, αυξάνοντας ενδεχομένως τον κίνδυνο για την ανάπτυξη νευρικής ανορεξίας (Sudietal, 2004; Bollesetal, 2015). Η αθλητική ανορεξία ωστόσο δεν αναγνωρίζεται επισήμως ως διαταραχή ψυχικής υγείας στο DSM-V.

Στη συνέχεια η νευρική βουλιμία είναι μια διαταραχή, η οποία χαρακτηρίζεται από: 1) επαναλαμβανόμενα επεισόδια υπερβολικής κατανάλωσης φαγητού (αδηφαγία), η οποία χαρακτηρίζεται από την πρόσληψη τροφής σε μια διακριτή χρονική περίοδο (π.χ. ανά δύο ώρες), όπου η τροφή που καταναλώνεται είναι μεγαλύτερη από αυτή που θα μπορούσαν οι περισσότεροι άνθρωποι να καταναλώσουν στην διάρκεια της ίδιας διακριτής χρονικής περιόδου, 2) απώλεια ελέγχου κατά την πρόσληψη τροφής, δηλαδή η δημιουργία του αισθήματος ότι το άτομο δεν μπορεί να σταματήσει να καταναλώνει τροφή ή να κατανοεί την ποσότητα της τροφής που τρώει και 3) επαναλαμβανόμενη αντισταθμιστική συμπεριφορά για την πρόληψη της αύξησης του σωματικού βάρους, που χαρακτηρίζεται από αυτό-επαγόμενο έμετο, κατάχρηση καθαρτικών, διουρητικών ή άλλων φαρμάκων, νηστεία ή υπερβολική άσκηση. Τα επεισόδια υπερβολικής κατανάλωσης φαγητού και αντισταθμιστικής συμπεριφοράς πρέπει να πραγματοποιούνται με ελάχιστη συχνότητα μία φορά την εβδομάδα κατά τη διάρκεια των 3 μηνών, ώστε το άτομο να διαγνωστεί με νευρική βουλιμία (Mond, 2013).

Στην αποφευκτική / περιοριστική διαταραχή πρόσληψης τροφής, 1) τα άτομα βιώνουν μια διαταραγμένη διατροφική εμπειρία η οποία χαρακτηρίζεται από α) διατροφική ανεπάρκεια ως αποτέλεσμα της ανεπαρκούς πρόσληψης τροφής, β) απώλεια βάρους σε ενήλικες ή αδυναμία αύξησης του βάρους στα παιδιά, γ) μείωση της ψυχολογικής λειτουργίας και δ) εξάρτηση από εντερική σίτιση ή συμπληρώματα διατροφής για να διατηρηθεί η διατροφική υγεία, 2) και η οποία δεν αποδίδεται σε κάποιον καλά καθορισμένο παράγοντα, όπως για παράδειγμα η έλλειψη τροφής, 3) ούτε σε κάποια άλλη

σωματική ή ψυχική ασθένεια, 4) και στην οποία το άτομο δεν παρουσιάζει το σύμπτωμα της παραμορφωμένης εικόνας του σώματος (Fisheretal, 2014).

Οι Sundgot-Borgen και Torstveit (2010), εισήγαγαν επίσης το συνεχές μοντέλο της διαταραγμένης διατροφικής συμπεριφοράς (disordered eating on a continuum) για τους αθλητές, σύμφωνα με το οποίο η διατροφή ενός αθλητή μπορεί να κυμαίνεται μεταξύ διαφορετικών προτύπων, τα οποία περιλαμβάνουν υπερβολική κατανάλωση ενέργειας, υγιεινή διατροφή (για τη μείωση της θερμιδικής πρόσληψης με μέτριο αριθμό θερμίδων την ημέρα για να επιτευχθεί αργή και σταθερή απώλεια βάρους), επιβλαβείς δίαιτες και διαταραγμένες διατροφικές συμπεριφορές, όπως περιορισμό στη πρόσληψη θερμίδων, (συχνές παραλείψεις γευμάτων, κατανάλωση χαπιών διατροφής, χρήση καθαρτικών και διουρητικών). Οι αθλητές μπορεί επίσης να προκαλούν αρνητικό ενεργειακό ισοζύγιο σε μια προσπάθεια να χάσουν βάρος ή σωματικό λίπος, περιορίζοντας την θερμιδική πρόσληψη χρησιμοποιώντας μη φυσιολογικές συμπεριφορές διατροφής, χωρίς ωστόσο να πληρούν τα κριτήρια για μια κλινική διατροφική διαταραχή.

Οι διαταραγμένες διατροφικές συμπεριφορές μπορεί να περιλαμβάνουν γενικά περιορισμένη πρόσληψη διατροφής, υπερβολική άσκηση, υπερβολική κατανάλωση φαγητού, πρόκληση εμετού για τον καθαρισμό του στομάχου και κατάχρηση καθαρτικών και διουρητικών. Πολλοί αθλητές μπορεί να επλέκονται σε δύο ή περισσότερες παθογόνες συμπεριφορές (Joyetal, 2016). Η υπερβολική κατανάλωση τροφής μπορεί επίσης να υποδηλώνει αδηφαγική διαταραχή. Η αδηφαγική διαταραχή, αναγνωρίστηκε ως διατροφική διαταραχή μόλις στην έκδοση του DSM-V. Για να διαγνωσθεί ένα άτομο με αδηφαγική διαταραχή πρέπει να υπάρχουν επαναλαμβανόμενα επεισόδια υπερβολικής κατανάλωσης τροφής, τα οποία συμβαίνουν κατά μέσο όρο τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των τριών μηνών. Η αδηφαγία ορίζεται όπως προηγουμένως, όμως συνοδευόμενη από έντονη δυσφορία που σχετίζεται με τη διατροφική συμπεριφορά (Wilfley, Citrome και Herman, 2016).

Η αθλητική τριάδα ή αλλιώς το Τριαδικό Σύνδρομο των αθλητριών (Female athlete triad), είναι επίσης μια κατάσταση η οποία είναι συνδεδεμένη με διατροφικές διαταραχές στις γυναίκες αθλήτριες και περιλαμβάνει οποιοδήποτε από τα τρία παρακάτω χαρακτηριστικά: (1) χαμηλή ενεργειακή διαθεσιμότητα με ή χωρίς διατροφικές διαταραχές, (2)

εμμηνορρυσιακή δυσλειτουργία και (3) χαμηλή οστική πυκνότητα. Οι γυναίκες αθλήτριες παρουσιάζουν συχνά ένα ή περισσότερα από τα τρία χαρακτηριστικά της αθλητικής τριάδας και οι πρώιμες παρεμβάσεις μπορεί να είναι απαραίτητες προκειμένου να αποφευχθεί η πρόοδος σε σοβαρά σημεία που περιλαμβάνουν κλινικές διατροφικές διαταραχές, αμηνόρροια και οστεοπόρωση (Nazemkai Ackerman, 2012). Τα τρία αυτά χαρακτηριστικά της αθλητικής τριάδας είναι γνωστό ότι είναι αλληλένδετα δεδομένου ότι η ενεργειακή ανεπάρκεια που σχετίζεται με διατροφικές διαταραχές ή με διαταραγμένες διατροφικές συμπεριφορές, παίζει έναν αιτιώδη ρόλο στην ανάπτυξη εμμηνορροϊκών διαταραχών, ενώ η ενεργειακή ανεπάρκεια και η εμμηνορρυσιακή δυσλειτουργία, έχουν αιτιώδη ρόλο στη χαμηλή οστική πυκνότητα (DeSouzaetal, 2014).

Ημυικήδυσμορφία (MuscleDysmorphia), είναι επίσης μια κατάσταση που σχετίζεται άμεσα με τις διαταραγμένες συμπεριφορές διατροφής και τις διατροφικές διαταραχές, αν και δεν ταξινομείται μεταξύ των τελευταίων στο DSM-V, αλλά μεταξύ των σωματικών δυσμορφικώνδιαταραχών (BodyDysmorphicDisorders) (Murrayetal, 2010). Η μυϊκή δυσμορφία, η οποία επηρεάζει συχνότερα τους άνδρες,συνίσταται στην αλλοίωση της εικόνας του σώματος και χαρακτηρίζεται από την εμμονή το άτομο να καταστεί περισσότερο μυώδες. Αν και η μυϊκή δυσμορφία δεν περιλαμβάνεται μεταξύ των διατροφικών διαταραχών, χαρακτηρίζεται από την επιθυμία να αυξηθεί η μυϊκή μάζα και να χαθεί το λίπος του σώματος, ενώ παρουσιάζει επίσης ιδεοψυχαναγκαστικά χαρακτηριστικά που είναι τυπικά με εκείνα που σχετίζονται με τις διατροφικές διαταραχές. Η έρευνα υποδηλώνει μια ισχυρή εννοιολογική ομοιότητα της μυϊκής δυσμορφίας με την νευρική ανορεξία και γι' αυτό ορισμένοι ερευνητές έχουν προτείνει να ταξινομηθεί ως μη καθορισμένη διατροφική διαταραχή (UFED) (Maidakai Armstornng, 2005; Murrayetal, 2010). Διάφορες διαταραγμένες διατροφικές συμπεριφορές που έχουν συνδεθεί με τη μυϊκή δυσμορφία είναι η κατανάλωση δέκα γευμάτων την ημέρα ή η κατανάλωση 30 αυγών την ημέρα ή γευμάτων που έχουν υψηλές ποσότητες πρωτεϊνών (Nieuwoudtetetal, 2015).

1.3. Παράγοντες Κινδύνου

Οι έρευνες σχετικά με τους παράγοντες κινδύνου των διατροφικών διαταραχών μεταξύ των αθλητών, υποδηλώνουν ότι είναι πολλών και διαφορετικών φύσεων και μπορεί να περιλαμβάνουν γενετικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικοπολιτιστικούς, καθώς και παράγοντες κινδύνου σχετικούς με το άθλημα (Bratland-Sanda και Sundgot-Borgen, 2013).

1.3.1. Γενικοί Παράγοντες

Ο σημαντικός ρόλος που διαδραματίζουν οι γενετικοί παράγοντες στην ανάπτυξη των διατροφικών διαταραχών καθίσταται όλο και πιο σαφής. Σύμφωνα με τους Mazzeo και Bulik (2009) δεν υπάρχουν συγκεκριμένα γονίδια που να είναι υπεύθυνα για τις διατροφικές διαταραχές και το μοτίβο κληρονομικότητας τους δεν ακολουθεί τα παραδοσιακά Μεντελικά πρότυπα. Πιθανότατα υπάρχει ένας αριθμός γονιδίων που κωδικοποιούν πρωτεΐνες οι οποίες επηρεάζουν γνωρίσματα, που προδιαθέτουν στις διατροφικές διαταραχές. Τα γονίδια αυτά συνυπάρχουν και με άλλους γενετικούς παράγοντες, οι οποίοι δρουν προστατευτικά κατά των διατροφικών διαταραχών. Ωστόσο η εκδήλωση τελικά των διατροφικών διαταραχών θα εξαρτηθεί και από περιβαλλοντικούς παράγοντες. Στο πλαίσιο αυτό υπάρχουν τρεις τύποι συσχετίσεων γονιδίου-περιβάλλοντος, που αποτελούν παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών, οι παθητικοί, οι υποκινητικοί και οι ενεργητικοί.

Οι παθητικές συσχετίσεις γονιδίου-περιβάλλοντος συμβαίνουν επειδή τα παιδιά λαμβάνουν γονίδια από τα ίδια άτομα του οικογενειακού τους περιβάλλοντος (εκτός εάν υιοθετηθούν). Έτσι, οι γονείς που δίνουν τα γονίδια στα παιδιά τους, μπορεί να επηρεάζουν και τις σχετικές με τις διατροφικές διαταραχές συμπεριφορές, όπως περιορισμό στην τροφή και ψυχαναγκαστική άσκηση, δυσαρέσκεια για το σώμα, κ.α. Στο πλαίσιο αυτό μελέτες έχουν δείξει ομοιότητες στην περιοριστική συμπεριφορά στη διατροφή και παρόμοια σχόλια για το βάρος του σώματος, μεταξύ μητέρων και κοριτσιών άνω των 10 ετών. Ως εκ τούτου η συμπεριφορά των γονέων θα μπορούσε να λειτουργήσει

προστατευτικά σε γενετικά ευάλωτους - στις διατροφικές διαταραχές- απογόνους (Mazzeo και Bulik, 2009).

Ο συσχετισμός γονιδίου –περιβάλλοντος, μπορεί ακόμα να είναι υποκινητικός δηλαδή να προκαλείται από ένα άτομο με γενετική προδιάθεση σε μια συγκεκριμένη διατροφική διαταραχή. Στο πλαίσιο αυτό τα γονίδια μπορεί να επηρεάσουν τον κίνδυνο για διατροφικές διαταραχές μέσω του τρόπου με τον οποίο ο γονότυπος προκαλεί ορισμένες αποκρίσεις από το περιβάλλον. Αυτό πρακτικά σημαίνει ότι η ιδιοσυγκρασία ενός ατόμου συνδέεται με την ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών. Για παράδειγμα έρευνες έχουν δείξει ότι η νευρική ανορεξία συνδέεται με ένα ιδιοσυγκρασιακό στυλ που χαρακτηρίζεται από τελειομανισμό, ανάγκη για τάξη και ακρίβεια, αποφυγή βλάβης και ευαισθησία στον έπαινο και ανταμοιβή, ενώ η νευρική βουλιμία συνδέεται με παρόμοιο ιδιοσυγκρασιακό στυλ αλλά συνήθως συνδυάζεται με τα χαρακτηριστικά της αναζήτησης καινοτομίας και της παρορμητικότητας. Αυτά τα χαρακτηριστικά της ιδιοσυγκρασίας έχουν αποδειχθεί ότι επηρεάζονται από γενετικούς παράγοντες (Mazzeo και Bulik, 2009).

Τέλος οι ενεργητικοί συσχετισμοί γονιδίου περιβάλλοντος, συμβαίνουν όταν ένα άτομο με γενετική ευπάθεια σε μια διατροφική διαταραχή αναζητεί περιβάλλοντα που δίνουν μεγάλη έμφαση στην εμφάνιση, όπως το μόντελινγκ ή η γυμναστική. Αυτό σημαίνει ότι η αυξημένη επίπτωση των διατροφικών διαταραχών σε αθλήτριες μπαλέτου ή γυμναστικής δεν αποδίδεται μόνο στην επίδραση του συγκεκριμένου αθλήματος στις διατροφικές διαταραχές, αλλά μπορεί επίσης να αντανακλά το γεγονός ότι τα άτομα που είναι επιρρεπή σε διατροφικές διαταραχές επιλέγουν αυτά τα υψηλά περιβάλλον κινδύνου (Mazzeo και Bulik, 2009).

1.3.2. Ειδικοί Παράγοντες

Οι ειδικοί παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με τις διατροφικές διαταραχές σε αθλητές, περιλαμβάνουν τη ρύθμιση βάρους, τη διαίτα και την πίεση για απώλεια βάρους, τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, την έναρξη της αθλητικής δραστηριότητας σε μικρότερες ηλικίες, τους τραυματισμούς, την υπερβολική προπόνηση, την ενθάρρυνση των εντυπώσεων, την αντίληψη της απειλής και τον αντίκτυπο της προπονητικής συμπεριφοράς. Γενικά το περιβάλλον του αθλητισμού ή η ενασχόληση με κάποιο άθλημα,

μπορεί έτσι και αλλιώς να κάνει τους αθλητές ευάλωτους στην ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών (Bratland-Sanda και Sundgot-Borgen, 2013).

Η ρύθμιση του βάρους μπορεί να είναι απαραίτητη σε αθλητές σε συγκεκριμένα αθλήματα για τη βελτίωση της απόδοσης. Συχνά μια αρχική απώλεια βάρους οδηγεί σε μια καλύτερη απόδοση και αυτή η αύξηση της απόδοσης, μπορεί να οδηγήσει τον αθλητή να συνεχίσει να κάνει δίαιτα για να χάσει βάρος, αυξάνοντας κατά αυτόν τον τρόπο τον κίνδυνο για ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών (Turcoyetal., 2011; Bratland-Sanda και Sundgot-Borgen, 2013). Έτσι και το άθλημα με το οποίο θα ασχοληθεί ένας αθλητής μπορεί να αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών (Ismailova και Gazdowska, 2016). Σε αθλήματα κατηγορίας βάρους, οι κλάσεις βάρους και οι κανόνες για την τοποθέτηση του αθλητή σε μια συγκεκριμένη κατηγορία βάρους, μπορεί να απαιτήσουν από τον αθλητή να χάσει ή να λάβει βάρος. Από την άλλη στα αισθητικά αθλήματα, οι αθλητές αξιολογούνται τόσο στις τεχνικές δεξιότητες όσο και στις επιδόσεις εκτέλεσης / καλλιτεχνικής δημιουργίας, και μια τέτοια αισθητική αξιολόγηση δημιουργεί «παραδείγματα σώματος» σε αυτά τα αθλήματα, κάνοντας τους αθλητές πιο επιρρεπείς σε διατροφικές διαταραχές (Currie, 2010).

Τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας μπορεί επίσης να είναι παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών, όπως χαρακτηριστικά η τελειομανία η οποία αποτελεί ένα πολυδιάστατο χαρακτηριστικό μη ρεαλιστικών προσωπικών προτύπων. Οι διαφορετικές διαστάσεις της τελειοποίησης του εαυτού μπορεί να επηρεάσουν τη δυσαρέσκεια ενός αθλητή για το σώμα του, το οποίο μπορεί να οδηγήσει σε προσπάθειες αύξησης σωματικής άσκησης ή περιορισμού της πρόσληψης θερμίδων. Οι αθλητές είναι περισσότερο επιρρεπείς στην τελειομανία σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό επειδή συσχετίζονται με αθλητικές προδιαγραφές και κοινωνικά πρότυπα (Ismailova και Gazdowska, 2016).

Η πρόωπη έναρξη της αθλητικής δραστηριότητας, εσωκλείει επίσης τον κίνδυνο της επιλογής ενός αθλήματος που είναι ακατάλληλο για τον τύπο του αθλητή και συνεπώς να οδηγήσει σε χαμηλή απόδοση και προσπάθεια του αθλητή για ενίσχυση της απόδοσης, μέσω μείωσης βάρους. Από την άλλη η έναρξη σε μικρή ηλικία αθλημάτων βάρους, όπως

η άρση βαρών, έχει βρεθεί ότι σχετίζεται με ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών (Currie, 2010).

Οι τραυματισμοί έχουν επίσης συνδεθεί με τις διατροφικές διαταραχές σε αθλητές. Όταν ένας αθλητής έχει ένα τραυματισμό που τον κρατά εκτός προπόνησης, για μερικές εβδομάδες ή μήνες, αυτό θα έχει αντίκτυπο στην επαγγελματική του ζωή, καθώς οι τραυματισμένοι αθλητές παίρνουν βάρος, γεγονός το οποίο σε συνδυασμό με την αρνητική επίδραση του τραυματισμού στη συμμετοχή στον αθλητισμό, μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο ανάπτυξης διατροφικών διαταραχών (Bratland-Sanda και Sundgot-Borgen, 2013).

Οι συμπεριφορές των προπονητών, μπορούν επίσης να ενισχύσουν ή να μειώσουν τον κίνδυνο διατροφικών διαταραχών. Τα στυλ προπόνησης ή οι απαιτήσεις των προπονητών μπορεί να ενισχύσουν το άγχος της εικόνας του σώματος, τη δίαιτα και το φόβο ότι η τροφή γίνεται λίπος. Από την άλλη ένα υποστηρικτικό στυλ προπόνησης μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο των διατροφικών διαταραχών (Bratland-Sanda και Sundgot-Borgen, 2013).

Η προσπάθεια για ανάπτυξη μυϊκότητας είναι επίσης ένας παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών και μυϊκής δυσμορφίας σε άνδρες αθλητές. Η μυϊκή δυσμορφία αναφέρεται στην ανησυχία των αθλητών ότι πρέπει να είναι μυώδεις και άπαχοι (χωρίς λίπος), και αυτή η ανησυχία έχει ως αποτέλεσμα ακραίες συμπεριφορές διατροφής, εθιστικές συμπεριφορές άσκησης και αυξημένο κίνδυνο χρήσης αναβολικών-ανδρογόνων στεροειδών. Ομοίως, η χρήση ουσιών ντόπινγκ στην διατροφή, όπως η εφεδρίνη μεταξύ των αθλητών φαίνεται να συνυπάρχει με τις διατροφικές διαταραχές και τις διαταραχές της σωματικής εικόνας (Bratland-Sanda και Sundgot-Borgen, 2013). Όλες οι παραπάνω καταστάσεις, προκύπτουν από την επιθυμία για την καλή εικόνα του σώματος. Σε αντίθεση με τις γυναίκες των οποίων η προτιμώμενη εικόνα του σώματος είναι η λεπτότητα, η προτιμώμενη εικόνα του σώματος των ανδρών είναι μυϊκή. Οι αυξανόμενες αποδείξεις δείχνουν ότι οι άντρες ανησυχούν τόσο για την εικόνα του σώματος όσο και οι γυναίκες, και αυτό μπορεί να αποτελέσει έναν σημαντικό παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών (Weltzinetal, 2005).

Το φύλο είναι επίσης ένας παράγοντας κινδύνου για ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών. Πολλές έρευνες αναφέρουν ότι οι γυναίκες αθλήτριες έχουν διπλάσιο κίνδυνο ανάπτυξης διατροφικών διαταραχών από τους άνδρες αθλητές (Ismailova και Gazdowska, 2016). Γενικά οι άνδρες με νευρική βουλιμία και νευρική ανορεξία αντιπροσωπεύουν το 10% των αθλητών με αυτές τις διαταραχές, ενώ οι άνδρες με αδηφαγική διαταραχή αντιπροσωπεύουν περίπου το 25% των αθλητών με την ίδια διαταραχή (Weltzinetal, 2005).

Οι γυναίκες αθλήτριες, εκτός από τα μεγάλα ποσοστά επιπλασμού που καταγράφουν στην νευρική ανορεξία και την νευρική βουλιμία, είναι επίσης επιρρεπείς στο σύνδρομο της γυναικείας αθλητικής τριάδας, το οποίο είναι ένας συνδυασμός τριών αλληλένδετων συνθηκών που συνδέονται με την αθλητική προπόνηση: την εμμηνορρυσιακή δυσλειτουργία, τη μειωμένη οστική πυκνότητα και τη χαμηλή διαθεσιμότητα ενέργειας. Αξίζει όμως, να σημειωθεί ότι οι άνδρες αθλητές είναι επίσης επιρρεπείς στην ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών και κυρίως αυτοί που αγωνίζονται σε αθλήματα με κατηγορίες βάρους. Παρόλο που το σύνδρομο της αθλητικής τριάδας θεωρείται σύνδρομο που σχετίζεται με τη γυναίκα, υπάρχουν ορισμένα στοιχεία που υποδηλώνουν ότι οι άνδρες αθλητές ενδέχεται επίσης να βιώσουν ανάλογα θέματα που σχετίζονται με αυτό (Ismailova και Gazdowska, 2016). Οι Tenforde, Barrack, Nattiv και Fredericson (2015) δήλωσαν ότι οι άνδρες αθλητές παρουσίασαν χαμηλή ενεργειακή διαθεσιμότητα (με ή χωρίς διαταραγμένη κατανάλωση τροφής), υπογοναδοτροπικό υπογοναδισμό (μείωση των ορμονών φύλου) και τραύματα οστικής πίεσης.

1.4. Δυσλειτουργίες ορμονών σχετιζόμενων με τις διατροφικές διαταραχές

Οι ορμόνες είναι χημικές ουσίες στο σώμα που ρυθμίζουν διάφορες διαδικασίες, όπως η πρόσληψη τροφής, η πείνα και ο κορεσμός. Πολλές ορμόνες που βρίσκονται στο έντερο, όπως η γκρελίνη, η χολοκυστοκινίνη και η λεπτίνη, επηρεάζουν το ρυθμό της γαστρικής κένωσης, προκαλούν τα συναισθήματα της πείνας και ελέγχουν το ποσό της τροφής που τρώει το άτομο, μέχρι να νιώσει κορεσμό. Οι μεταβολές στις ποσότητες των ορμονών,

αλλά και οι αλλαγές στην λειτουργία τους, έχουν βρεθεί ότι σχετίζονται με την ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών (Princeetal, 2009; Monteleoneetal, 2013).

Η τρέχουσα έρευνα υποδηλώνει ότι οι διατροφικές διαταραχές χαρακτηρίζονται από μεταβλητά επίπεδα ορμονών πείνας και κορεσμού. Αυτές οι ορμονικές ανισορροπίες έχουν χρησιμοποιηθεί για να εξηγήσουν την περιοριστική συμπεριφορά στην ανορεξία και τα επεισόδια «έξαρσης» στη βουλιμία, καθώς και την αδηφαγική διατροφική διαταραχή. Ωστόσο, είναι αμφιλεγόμενο αν η ορμονική δυσλειτουργία προηγείται της έναρξης της διατροφικής διαταραχής ή συμβαίνει ως αποτέλεσμα της διαταραγμένης συμπεριφοράς διατροφής(Princeetal, 2009; Hasanκαι Hasan, 2011).

Η γκρελίνη εκκρίνεται από τα γαστρεντερικά κύτταρα όταν το στομάχι είναι άδειο και σταματά να εκκρίνεται όταν το στομάχι τεντώνεται. Ως εκ τούτου, σηματοδοτεί την πείνα στον εγκέφαλο και είναι σε αυξημένα επίπεδα πριν από τα γεύματα, προκαλώντας την έναρξη του φαγητού. Μελέτες έχουν διαπιστώσει ότι η γκρελίνη δεν μειώνεται κανονικά μετά από ένα γεύμα σε ασθενείς με νευρική βουλιμία. Αυτό σημαίνει λιγότερο κορεσμό και λιγότερη μείωση της πείνας μετά το φαγητό. Η ίδια ορμονική ανισορροπία παρατηρείται επίσης και σε άτομα με αδηφαγική διαταραχή, εξηγώντας την εξέλιξη των διατροφικών διαταραχών(Princeetal, 2009; Monteleoneetal, 2013).

Σε ασθενείς με νευρική ανορεξία έχουν καταγραφεί αλλαγές στην απελευθέρωση ορμονών που εμπλέκονται στον ενεργειακό μεταβολισμό και στη ρύθμιση της συμπεριφοράς της διατροφής (HasanandHasan, 2011). Πιο συγκεκριμένα, στους ασθενείς αυτούς, αυξάνονται τα επίπεδα της γκρελίνης στο πλάσμα, μιας οξειδωτικής ορμόνης που απελευθερώνεται κυρίως από το στομάχι. Η αύξηση αυτή φαίνεται να είναι παράδοξη στο πλαίσιο της περιορισμένης κατανάλωσης τροφής που υιοθετείται από αυτούς τους ασθενείς, και έτσι έχει προταθεί ότι μπορεί να αποτελεί έναν προσαρμοστικό μηχανισμό ανάδρασης λόγω της έλλειψης θρεπτικών ουσιών. Αρκετές έρευνες έχουν προτείνει την έννοια της ανθεκτικότητας στην γκρελίνη, η οποία αντικατοπτρίζει την αδυναμία της γκρελίνης να προκαλέσει όρεξη σε ασθενείς με νευρική ανορεξία, δημιουργώντας έτσι έναν μεταβολικό φαύλο κύκλο που διατηρείται από τη συμπεριφορά περιορισμού της διατροφής (Gorwoodetal, 2016).

Η λεπτίνη είναι μια άλλη ορμόνη κορεσμού που παράγεται από τα λιπώδη κύτταρα. Τα επίπεδα λεπτίνης συσχετίζονται με τη μάζα λίπους και το σωματικό βάρος. Επομένως, η μεγάλη απώλεια βάρους οδηγεί σε μειωμένα επίπεδα της ορμόνης λεπτίνης, αυξάνοντας στη συνέχεια την όρεξη. Τα άτομα με νευρική ανορεξία λόγω του εξαιρετικά χαμηλού σωματικού βάρους έχουν λιγότερα λιπώδη κύτταρα και έτσι έχουν λιγότερη λεπτίνη. Παρόλο που δεν τρώνε περισσότερο λόγω του φόβου για αύξηση του σωματικού τους βάρους και της σωματικής δυσφορίας, σκέφτονται και εμμένουν πολύ γύρω από τα τρόφιμα και αυτό μπορεί να σχετίζεται με χαμηλά επίπεδα λεπτίνης (Monteleone et al, 2013).

Η χολοκυστοκινίνη είναι μια ορμόνη που παράγεται στο έντερο και στον εγκέφαλο. Μειώνει τόσο την πείνα, την όρεξη όσο και την γαστρική εκκένωση. Μετά από ένα γεύμα, τα άτομα με ενεργή νευρική βουλιμία καταγράφουν μικρότερη μείωση της χολοκυστοκινίνης σε σύγκριση με τους υγιείς ανθρώπους. Αυτό θα μπορούσε να οδηγήσει σε ορισμένες από τις συμπεριφορικές πτυχές της διαταραχής, όπως ο περιορισμός και η συνεχής αίσθηση της πείνας που οδηγεί σε απώλεια ελέγχου κατά τη διάρκεια του επεισοδίου (Prince et al, 2009).

1.5. Ρόλος συστημάτων νευροδιαβιβαστών

Οι διατροφικές διαταραχές συνήθως ξεκινούν κατά την εφηβεία και τη νεαρή ενηλικίωση, μια περίοδο κατά την οποία λαμβάνουν χώρα σημαντικές διεργασίες ωρίμανσης του εγκεφάλου που περιλαμβάνουν την έκφραση του υποδοχέα νευροδιαβιβαστών. Οι έρευνες δείχνουν ότι διάφοροι νευροβιολογικοί μηχανισμοί και αλλοιώσεις του κυκλώματος του εγκεφάλου μπορούν να υπάρχουν σε άτομα με σχετικές διατροφικές διαταραχές. Σχετικές έρευνες έχουν δείξει συγκεκριμένα ότι σε άτομα με διατροφικές διαταραχές, υπάρχουν χαμηλά επίπεδα εγκεφαλονωτιαίου υγρού (CSF), σεροτονίνης (5-HT) και μεταβολίτη ντοπαμίνης (DA), τα οποία αποτελούν νευροδιαβιβαστές που μεταξύ άλλων, εμπλέκονται στη ρύθμιση της διατροφής, της διάθεσης και του άγχους. Τα υψηλότερα επίπεδα μεταβολιτών 5-HT μετά την ανάρρωση των ατόμων έδειξαν ότι αυτό θα μπορούσε να επιφέρει αλλοίωση του κυκλώματος του εγκεφάλου. Φαίνεται ότι οι

μεταβολίτες 5-HT και ο μεταβολίτης ντοπαμίνης εμπλέκονται στη νευροβιολογία των διατροφικών διαταραχών καθώς και σε συμπεριφορικές εξάρσεις (Frank, 2014).

1.6. Πρόληψη

Διάφοροι οργανισμοί, όπως ο IOC (International Olympic Committee), ACSM (American College of Sports Medicine) και NATA (National Athletic Trainers Association), έχουν δημοσιεύσει τις θέσεις τους σχετικά με την πρόληψη, την έγκαιρη αναγνώριση και τη θεραπεία των διατροφικών διαταραχών μεταξύ των αθλητών (Bratland-Sanda και Sundgot-Borgen, 2013). Δεδομένου ότι οι διατροφικές διαταραχές αποτελούν σχεδόν μέρος της κουλτούρας του αθλητισμού, οι συστάσεις για αυτά τα αθλήματα πρέπει να σχετίζονται περισσότερο με: (1) την πρόληψη της ακραίας διαίτας, (2) τη βελτιστοποίηση της πρόσληψης ενέργειας και θρεπτικών συστατικών και (3) την εκπαίδευση των αθλητών που επιθυμούν να χάσουν βάρος για να βελτιώσουν την απόδοσή τους (Currie, 2010). Επιπλέον, δεδομένου ότι η σύνθεση του σώματος θεωρείται σημαντική μεταβλητή απόδοσης σε πολλά αθλήματα, χρειάζεται περισσότερη γνώση σε αυτόν τον τομέα. Η αξιολόγηση της σύστασης του σώματος μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να εκτιμηθεί η αποτελεσματικότητα μιας άσκησης ή μιας διαιτητικής παρέμβασης ή να χρησιμοποιηθεί για την παρακολούθηση της κατάστασης υγείας ενός αθλητή (Bratland-Sanda και Sundgot-Borgen, 2013).

Οι προσωπικοί στόχοι που θέτονται για την σωματική σύνθεση θα πρέπει να προσδιορίζονται από εκπαιδευμένο προσωπικό της υγειονομικής περίθαλψης και τα δεδομένα της σύνθεσης του σώματος θα πρέπει να αντιμετωπίζονται με τον ίδιο τρόπο όπως και άλλες προσωπικές και εμπιστευτικές ιατρικές πληροφορίες (Ackland et al., 2012).

Μια σημαντική πτυχή στην πρόληψη των διατροφικών διαταραχών μεταξύ των αθλητών είναι να ενισχυθούν οι γνώσεις των προπονητών σχετικά με τους κινδύνους και τους παράγοντες κινδύνου ανάπτυξης τους, ώστε να μπορούν έγκαιρα να εντοπίζουν σημεία και συμπτώματα μεταξύ των αθλητών (Bratland-Sanda και Sundgot-Borgen, 2013).

1.7. Θεραπεία

Η έγκαιρη ανίχνευση των διατροφικών διαταραχών είναι ζωτικής σημασίας για την πρόγνωση και τη διαδικασία ανάκαμψης. Είναι σημαντικό οι αθλητές με διατροφικές διαταραχές να θεωρούνται ασθενείς και να λαμβάνουν κατάλληλη ιατρική, διατροφική και ψυχιατρική θεραπεία. Η θεραπεία των διατροφικών διαταραχών είναι πολυεπίπεδη και οι αθλητές που πάσχουν από διατροφικές διαταραχές πρέπει συνήθως να προσαρμόσουν τον όγκο και τον τύπο της άσκησης. Ο περιορισμός της άσκησης σε σημαντικά επίπεδα μπορεί να είναι απόλυτα απαραίτητος για αθλητές που πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια των διατροφικών διαταραχών, τόσο λόγω της δυσμενούς αρνητικής επίδρασης στην υγεία, όσο και λόγω της πιθανότητας επηρεασμού άλλων συναθλητών. Παρ' όλα αυτά οι σχετικές κατευθυντήριες οδηγίες δεν παρέχουν πληροφορίες σχετικά με το πότε η επιστροφή στον αθλητισμό μπορεί να είναι εφικτή, μετά την θεραπεία των διατροφικών διαταραχών (Bratland-Sanda και Sundgot-Borgen, 2013).

Η πορεία της ανάρρωσης από τις διατροφικές διαταραχές είναι γενικά μια αργή διαδικασία, με συχνές εισαγωγές σε προγράμματα θεραπείας. Η έρευνα δείχνει ότι οι άνδρες είναι λιγότερο πιθανό να ζητήσουν να λάβουν θεραπεία για διατροφικές διαταραχές, σε σχέση με τις γυναίκες και εκείνοι που αναζητούν θεραπεία είναι πιο πιθανό να λάβουν λιγότερη φροντίδα, πράγμα που σημαίνει ότι περνούν λιγότερες ημέρες θεραπείας. Ωστόσο οι άνδρες φαίνεται να έχουν τον ίδιο ρυθμό αντίδρασης στη θεραπεία με τις γυναίκες και παρόμοιες μακροπρόθεσμες προγνώσεις. Η κοινωνική στήριξη, η αποτελεσματική αντιμετώπιση και οι «υψηλότερες αξίες», μπορεί να είναι προγνωστικοί παράγοντες της θετικής έκβασης της θεραπείας και για τα δύο φύλα. Η υψηλότερη αξία χαρακτηρίζεται από την εστίαση σε σημαντικές και ικανοποιητικές συμμετοχές και όχι στη διατροφική διαταραχή που εξακολουθεί να κατέχει πρωταρχικό ικανοποιητικό ρόλο στη ζωή τους (Weltzinetal, 2005).

Ωστόσο πάντα υπάρχει η πιθανότητα υποτροπής και για τα δύο φύλα. Υπολογίζεται ότι περίπου το 35% των αθλητών που λαμβάνουν θεραπεία για διατροφικές διαταραχές, υποτροπιάζουν. Οι παράγοντες που μπορεί να μειώσουν την πιθανότητα υποτροπής περιλαμβάνουν την αύξηση του βάρους, την θετική αυτοεκτίμηση, την καλή συναισθηματική κατάσταση και τις καλές οικογενειακές σχέσεις. Φυσικά η έρευνα έχει επικεντρωθεί και στη διερεύνηση των προγνωστικών παραγόντων της υποτροπής στις γυναίκες. Οι ερευνητές έχουν εντοπίσει αρκετούς σημαντικούς

παράγοντες πρόβλεψης υποτροπής στην νευρική ανορεξία, συμπεριλαμβανομένου του ιστορικού απόπειρας αυτοκτονίας, της προηγούμενης εξειδικευμένης θεραπείας για διατροφικές διαταραχές, της σοβαρότητας τωνιδεοψυχαναγκαστικών συμπτωμάτων, της υπολειπόμενης ανησυχίας σχετικά με το σχήμα και το βάρος του σώματος και των συνυπάρχοντων ψυχιατρικών παθήσεων (Weltzinetal, 2005).

Τέλος είναι αναγκαίο να αναφερθεί ότι δεν υπάρχει συναίνεση όσον αφορά τα κριτήρια ανάκτησης από τις διατροφικές διαταραχές και την ασφαλή επιστροφή στον αθλητισμό, και είναι απαραίτητο να αναπτυχθούν. Αυτά τα κριτήρια μπορούν να βασίζονται σε γενικά κριτήρια ανάκτησης από τις διατροφικές διαταραχές, αλλά θα πρέπει επίσης να είναι και ειδικά για τον αθλητισμό (Bratland-Sanda και Sundgot-Borgen, 2013).

2. ΚΕΦΑΛΑΙΟ: Η ΕΘΙΣΤΙΚΗ ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ

2.1. Ορισμός και Χαρακτηριστικά

Στην βιβλιογραφία η εθιστική άσκηση παρουσιάζεται με δύο διαφορετικές διαστάσεις: την ποσοτική διάσταση, όπου γίνεται αναφορά στην υπερβολική άσκηση (excessive exercise) και την ποιοτική διάσταση, όπου γίνεται αναφορά στην καταναγκαστική ή ψυχαναγκαστική άσκηση (compulsive exercise). Από την πλευρά της ποσοτικής διάστασης, η άσκηση γίνεται υπερβολική όταν η διάρκεια, η συχνότητα ή η έντασή της υπερβαίνουν αυτό που απαιτείται για τη σωματική υγεία, αυξάνοντας τη σωματική βλάβη. Από την ποιοτική διάσταση, η ψυχαναγκαστική άσκηση χαρακτηρίζεται από τη τήρηση ενός άκαμπτου χρονοδιαγράμματος άσκησης, όπου η άσκηση έχει προτεραιότητα έναντι άλλων δραστηριοτήτων, προκειμένου να διατηρηθεί το πρότυπο της άσκησης, λεπτομερή τήρηση αρχείων και ύπαρξη συναισθημάτων ενοχής και ανησυχίας για τις χαμένες συνεδρίες άσκησης (Adkins και Keels, 2005).

Στο εγχειρίδιο DSM-V η υπερβολική άσκηση εμπίπτει στα διαγνωστικά κριτήρια της νευρικής βουλιμίας, και συγκεκριμένα περιλαμβάνεται στο δεύτερο διαγνωστικό κριτήριο, δηλαδή θεωρείται ως αντισταθμιστική συμπεριφορά για την πρόληψη της αύξησης του σωματικού βάρους (Adkins και Keels, 2005).

Οι Freimuth, Moriz και Kim (2011) προσδιορίζουν τον εθισμό στην άσκηση με βάση τα ακόλουθα κριτήρια που είναι τροποποιήσεις των κριτηρίων του DSM-V για την εξάρτηση από ουσίες:

1. Ανοχή: αύξηση της ποσότητας άσκησης, ώστε το άτομο να νιώσει το επιθυμητό αποτέλεσμα.
2. Απόσυρση: όταν απουσιάζει η άσκηση, το άτομο παρουσιάζει αρνητικά αποτελέσματα όπως άγχος, ευερεθιστότητα, ανησυχία και προβλήματα ύπνου.
3. Έλλειψη ελέγχου: ανεπιτυχείς προσπάθειες να μειωθεί το επίπεδο άσκησης ή να σταματήσει η άσκηση για ορισμένο χρονικό διάστημα.

4. Επιπτώσεις στις προθέσεις των ατόμων: τα άτομα δεν είναι σε θέση να τηρήσουν τις καθημερινές τους δραστηριότητες όπως αποδεικνύεται από την υπέρβαση του χρόνου που αφιερώνεται στην άσκηση ή τη συνεχή υπέρβαση του προβλεπόμενου ποσού της άσκησης.
5. Χρόνος: αφιερώνεται πολύς χρόνος για την προετοιμασία, τη συμμετοχή και την ανάκτηση από την άσκηση.
6. Μείωση άλλων δραστηριοτήτων: ως άμεσο αποτέλεσμα της υπερβολικής άσκησης οι κοινωνικές, επαγγελματικές ή / και ψυχαγωγικές δραστηριότητες συμβαίνουν λιγότερο συχνά ή διακόπτονται.
7. Συνέχιση: το άτομο συνεχίζει να ασκείται παρότι γνωρίζει ότι αυτή η δραστηριότητα δημιουργεί ή επιδεινώνει σωματικά, ψυχολογικά και / ή διαπροσωπικά προβλήματα.

Παρόλο που άλλοι ερευνητές έχουν καθορίσει τον εθισμό στην άσκηση χρησιμοποιώντας διαφορετικά μοντέλα, ο παραπάνω ορισμός είναι περισσότερο ευθυγραμμισμένος με τα κριτήρια του DSM-5 για τη συμπεριφοριστική εξάρτηση. Με βάση την ανασκόπηση ενός ευρέος φάσματος μελετών σχετικά με τον εθισμό στην άσκηση, οι Sussman, Lisha και Griffith (2011) εκτιμούν ότι ο επιπολασμός στον γενικό πληθυσμό είναι κοντά στο 3%.

Μεταξύ αθλητών οι έρευνες δείχνουν ότι οι ομάδες αυτές κινδυνεύουν κατά 3% από εξάρτηση από την άσκηση. Η επικράτηση της εξάρτησης από την άσκηση, καταγράφεται στο 6,9% σε φοιτητές αθλητικών επιστημών και 3,6% σε γυμναστές, σε γυμναστήρια (Lichtensteinetal, 2014).

Ωστόσο η εθιστική άσκηση ή η ψυχαναγκαστική άσκηση δεν έχει ακόμα περιληφθεί στο εγχειρίδιο της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Ένωσης (APA, 2013). Αυτό υποδηλώνει ότι η εθιστική άσκηση λαμβάνεται υπόψη με βάση της ποσοτική της προσέγγιση, και όχι με βάση την ποιοτική. Ωστόσο είναι πολύ πιθανό ότι οι δύο προσεγγίσεις σχετίζονται μεταξύ τους (Freimuth, Moriz και Kim, 2011).

Σύμφωνα με τους Adkins και Keels (2005), τα άτομα που ασκούνται υπερβολικά μπορεί να το πράξουν, εξαιτίας μιας καταναγκαστικής προσπάθειας για άσκηση. Ωστόσο, είναι

δυνατό για ένα άτομο να αθλείται υπερβολικά, αλλά να επιδεικνύει ευελιξία όσον αφορά τις χαμένες συνεδρίες και να μην αισθάνεται άγχος στις αλλαγές στο πρόγραμμα άσκησης. Ομοίως, είναι δυνατό ένα άτομο να ακολουθεί υποχρεωτικά ένα σχήμα άσκησης που δεν συνίσταται σε υπερβολική άσκηση. Ως εκ τούτου τόσο η ποσοτική, όσο και η ποιοτική διάσταση, μπορούν να θεωρηθούν βασικές πτυχές της εθιστικής άσκησης (Adkins και Keels, 2005).

Η εθιστική άσκηση έχει συνολικά χαρακτηριστεί ως μια επίμονη συμπεριφορά που συνδέεται με πιο σοβαρή ψυχοπαθολογία, φτωχότερη έκβαση της θεραπείας και υψηλότερο κίνδυνο υποτροπής (Bratland-Sandaetal, 2010).

Αν και η έρευνα για τον εθισμό στην άσκηση έχει αναπτυχθεί αρκετά τα τελευταία χρόνια, η έλλειψη σαφών διαγνωστικών κριτηρίων, για την εθιστική άσκηση, δημιουργεί μια σύγχυση ως προς το ποια πραγματικά συμπεριφορά αντιπροσωπεύει έναν εθισμό και όχι κάποια άλλη διαταραχή. Για παράδειγμα οι Ολυμπιακοί αθλητές αφιερώνουν πολύ χρόνο στην αθλητική δραστηριότητα, με μείωση του χρόνου που δαπανάται σε άλλες δραστηριότητες, και αύξηση του άγχους όταν σταματά η δραστηριότητα. Παρά την εκπλήρωση τριών κριτηρίων εξάρτησης από την άσκηση, ένας ελίτ αθλητής δεν είναι κατ'ανάγκη εθισμένος στο άθλημα του. Η αποτυχία να διακριθεί ο εθισμός στην άσκηση από την άσκηση με υψηλή συχνότητα και ένταση, έχει αποτελέσει μια πηγή σύγχυσης στη βιβλιογραφία (Bratland-Sandaetal, 2010).

Για το σκοπό αυτό οι Freimuth, Moriz και Kim (2011), περιγράφουν τα στάδια της ανάπτυξης του εθισμού στην άσκηση. Σύμφωνα με τους ερευνητές το πρώτο στάδιο είναι αυτό της άσκησης που γίνεται για ψυχαγωγικούς σκοπούς. Η άσκηση για σκοπούς ψυχαγωγίας γίνεται κυρίως επειδή είναι μια ευχάριστη δραστηριότητα. Αυτή η ευχαρίστηση αντιπροσωπεύεται από την απόλαυση για τις αλλαγές στη δύναμη και την εμφάνιση από την άσκηση και από την ενίσχυση της υγείας και της φυσικής κατάστασης. Η ψυχαγωγική άσκηση ενισχύει την ποιότητα της ζωής, και υπάρχουν μικρές πιθανότητες εθισμού. Στο στάδιο αυτό η συμπεριφορά είναι υπό έλεγχο. Το άτομο μπορεί να είναι προσκολλημένο σε ένα πρόγραμμα άσκησης, ωστόσο είναι σε θέση να διακόψει τη δραστηριότητα. Κατά την ψυχαγωγική άσκηση, οι αρνητικές συνέπειες είναι σπάνιες.

Το δεύτερο στάδιο είναι αυτό της επικίνδυνης άσκησης. Η άσκηση για λόγους αναψυχής εκθέτει ένα άτομο σε πιθανές αλλαγές διάθεσης και συμπεριφοράς. Υπάρχουν πολλά αποδεικτικά στοιχεία που δείχνουν ότι η άσκηση προκαλεί μεταβολές της διάθεσης. Η άσκηση φαίνεται ότι έχει θετική επίδραση στην καταπολέμηση του άγχους, στην ενίσχυση της αυτοεκτίμησης και στη μείωση της αρνητικής επίδρασης που σχετίζεται με την κατάθλιψη και το άγχος. Πολλά άτομα μπορεί να αυξήσουν τη συχνότητα και την ένταση της άσκησης για να βελτιώσουν ακόμα περισσότερο της θετικές επιδράσεις. Αν και οι επιδράσεις της άσκησης που μεταβάλλουν τη διάθεση συμβαίνουν σε όλους τους ανθρώπους, δεν είναι απαραίτητο ότι όλα τα άτομα που ασκούνται με αυξανόμενη συχνότητα και ένταση, θα εθιστούν τελικά στην άσκηση. Σε ψυχολογικό επίπεδο, αυτό που διαφοροποιεί την ψυχαγωγική άσκηση από την επικίνδυνη άσκηση, είναι το κίνητρο. Ο εθισμός μπορεί να προκύψει, όταν το κύριο κίνητρο του ατόμου δεν είναι η απόλαυση από τη δραστηριότητα, αλλά μάλλον η ανακούφιση από το άγχος ή η βελτίωση της αυτοεκτίμησης. Η πιθανότητα εθισμού στο στάδιο αυτό αυξάνεται για εκείνους που ασκούνται με στόχο να ξεφύγουν από τα δυσάρεστα συναισθήματα ή να μεταμορφώσουν την εμφάνισή τους για να βελτιώσουν την αυτοεκτίμηση τους. Ο εθισμός είναι πολύ πιθανό να αναπτυχθεί όταν η συμπεριφορά είναι ο πρωταρχικός ή μοναδικός τρόπος αντιμετώπισης της εσωτερικής ψυχολογικής δυσφορίας. Αυτή η σημαντική μεταβατική φάση από τον κίνδυνο στον πρώιμο εθισμό χαρακτηρίζεται από περιοδική απώλεια ελέγχου της συμπεριφοράς που εμφανίζεται για μεγαλύτερες χρονικές περιόδους ή είναι πιο έντονη από την προβλεπόμενη. Οι αρνητικές συνέπειες αυξάνουν τη συχνότητα (Freimuth, Morizkai Kim, 2011).

Το τρίτο στάδιο είναι η προβληματική άσκηση. Όταν τα άτομα που ασκούνται για λόγους αναψυχής, αρχίζουν να οργανώνουν την ημέρα τους γύρω από ένα άκαμπτο πρόγραμμα άσκησης, τότε η άσκηση μπορεί να γίνει προβληματική. Στο στάδιο αυτό η άσκηση θα συνεχιστεί παρά την εκπλήρωση του δηλωμένου στόχου. Η διατήρηση του ελέγχου της συμπεριφοράς καθίσταται δυσκολότερη στη φάση αυτή, διότι όταν η συμπεριφορά σταματήσει, αναπτύσσονται συμπτώματα απόσυρσης. Ως εκ τούτου η άσκηση θα συνεχιστεί, όχι μόνο για τις θετικές επιπτώσεις στην μεταβολή της διάθεσης, αλλά και για την εξάλειψη των συμπτωμάτων απόσυρσης. Το άτομο στη φάση αυτή, μπορεί να εμπλακεί και σε άλλες μορφές άσκησης (Freimuth, Morizkai Kim, 2011).

Τέλος η τέταρτη φάση είναι αυτή κατά την οποία έχει αναπτυχθεί εξάρτηση. Εδώ η συχνότητα και η ένταση της άσκησης συνεχίζονται μέχρις ότου αυτή η συμπεριφορά γίνει η κύρια αρχή της οργάνωσης της ζωής. Ο εθισμένος αθλητής αισθάνεται τη φυσική βιασύνη και την αίσθηση ικανοποίησης, αλλά εξακολουθεί να τρέχει περισσότερες αποστάσεις, να ανυψώνει περισσότερα βάρη ή να παρακολουθεί περισσότερες συνεδρίες γυμναστικής. Σύμφωνα με την παράδοξη φύση του εθισμού, μια συμπεριφορά η οποία ξεκίνησε ως ένας τρόπος, ώστε η ζωή να καταστεί ευκολότερη, μπορεί τελικά να την καταστήσει δυσκολότερη. Καθώς η ζωή του εξαρτημένου προσώπου περιστρέφεται γύρω από την άσκηση, η ευχαρίστηση της συμπεριφοράς υποχωρεί καθώς το κύριο κίνητρο είναι η αποφυγή των συμπτωμάτων απόσυρσης. Οι άμεσες και οι δευτερογενείς αρνητικές συνέπειες συνεχίζουν να οδηγούν σε τριτογενείς αρνητικές συνέπειες με τη μορφή δυσλειτουργιών στην καθημερινή λειτουργία και την αδυναμία εκπλήρωσης των υποχρεώσεων των κοινωνικών ρόλων (π.χ. εργασία, οικογένεια, φίλοι, κλπ.) (Freimuth, Moriz και Kim, 2011).

2.2. Εθισμός στην άσκηση και διατροφικές ή άλλες διαταραχές σε διάφορους αθλητές.

Στην βιβλιογραφία, τόσο η υπερβολική άσκηση, όσο και η ψυχαναγκαστική άσκηση έχουν συνδεθεί με διατροφικές διαταραχές στους αθλητές. Τα άτομα μπορεί να ασκηθούν υπερβολικά ως εθιστική συνακόλουθη συμπεριφορά με τις διατροφικές διαταραχές, όπως η νευρική ανορεξία και η νευρική βουλιμία, ως αποτέλεσμα ενός σπορ που απαιτεί εξαιρετική ένταση προπόνησης όπως το τρέξιμο ή μια τέλεια λεπτή εμφάνιση, όπως στη ρυθμική γυμναστική ή λόγω του περιορισμού βάρους (Bratland-Sandaetal, 2010).

Οι Blaydon και Lindner (2002), χαρακτήρισαν αυτό το είδος εξάρτησης από την άσκηση ως «δευτερογενή», δηλαδή ως έναν εθισμό που σχετίζεται με άλλες καταναγκαστικές συμπεριφορές. Στον γενικό πληθυσμό εκτιμάται ότι το 80% των ατόμων που ασκούν υπερβολική άσκηση, έχουν και συνακόλουθες διατροφικές διαταραχές, ωστόσο μεταξύ αθλητών δεν υπάρχουν δεδομένα επιπολασμού (Bratland-Sandaetal, 2010). Φυσικά η υπερβολική άσκηση μπορεί να μην συνοδεύεται πάντα από διατροφικές διαταραχές, και

ως εκ τούτου στην περίπτωση αυτή, οι ερευνητέςκάνουν λόγο για «πρωτογενή εξάρτηση»(Blaydon και Lindner, 2002).

Οι Litchesteinetal (2014), αναφέρουν ότι κατά την ταυτοποίηση του εθισμού στην άσκηση είναι σημαντικό να γίνεται διάκριση μεταξύ του εθισμού στην άσκηση που είναι δευτερογενής σε μια διατροφική διαταραχή και του εθισμού στην άσκηση, όπου η άσκηση αποτελεί αυτοσκοπό. Ωστόσο όπως προαναφέρθηκε ο εθισμός στην άσκηση δεν είναι αποδεκτός στα διαγνωστικά συστήματα (APA, 2013), και είναι αβέβαιο αν υπάρχει εξάρτηση από την άσκηση ελλείπει διατροφικής διαταραχής. ΟιBamberetal (2010), διαπίστωσαν ότι οι γυναίκες με διατροφικές διαταραχές και δευτερογενή εξάρτηση από την άσκηση είχαν σημαντικά υψηλότερες βαθμολογίες άγχους, κοινωνικής δυσλειτουργίας και κατάθλιψης, σε σχέση με γυναίκες με πρωτογενή εθισμό στην άσκηση. Επιπλέον, οι γυναίκες με πρωτογενή εθισμό στην άσκηση δεν διέφεραν από γυναίκες στην ομάδα ελέγχου στους δείκτες ψυχολογικής νοσηρότητας. Αυτά τα αποτελέσματα υποστηρίζουν ότι αυτός ο βασικός εθισμός στην άσκηση είναι ένα παθολογικό σύνδρομο.

Επιπρόσθετα οι Blaydonetal. (2002) διαπίστωσαν υψηλό επιπολασμό του εθισμού στην πρωτογενή εξάσκηση σε ανταγωνιστικούς αθλητές τριάθλου, οι οποίοι παρουσίασαν χαμηλές βαθμολογίες σε εργαλεία για την αξιολόγηση των συμπτωμάτων διατροφικής διαταραχής. Η ψυχοπαθολογία σε αυτή την ομάδα δεν μετρήθηκε, αλλά οι αθλητές βρέθηκαν ότι είχαν ασκηθεί υπερβολικά (για περισσότερο από 20 ώρες την εβδομάδα).

Σε ένα μαθητικό πληθυσμό, ο Zmijewski και ο Howard (2003) βρήκαν μια ισχυρή σχέση μεταξύ της εξάρτησης από την άσκηση και της παθολογίας της διατροφικής διαταραχής, υποστηρίζοντας την ιδέα του δευτερογενούς εθισμού στην άσκηση. Όμως, ένα μεγάλο μέρος των συμμετεχόντων είχε συμπτώματα εθισμού στην άσκηση χωρίς να έχει διαταραγμένη συμπεριφορά φαγητού, γεγονός που υποδηλώνει ότι υπάρχει πρωτογενής εθισμός στην άσκηση.

Τόσο οι άνδρες, όσο και οι γυναίκες, προκειμένου να αντιμετωπίσουν τις ανησυχίες σχετικά με την εικόνα του σώματος τους, είναι ευαίσθητοι στην υπερβολική άσκηση, ως ένα τρόπο είτε για την εξουδετέρωση των επιπτώσεων της κατανάλωσης τροφής είτε για την απόπειρα απώλειας βάρους. Έτσι η υπερβολική άσκηση θα χρησιμοποιηθεί ως ένα

μέσο για την εξουδετέρωση των συνεπειών της κατανάλωσης τροφής. Ωστόσο, η σχέση μεταξύ της άσκησης και των διαταραχών στην πρόσληψη τροφής σε αθλητές με διατροφικές διαταραχές μπορεί να είναι πιο περίπλοκη. Πιθανότατα, η αυξημένη φυσική δραστηριότητα και η υπερβολική άσκηση σε άτομα με διατροφικές διαταραχές αποδίδεται τόσο σε φυσιολογικούς όσο και σε ψυχολογικούς παράγοντες. Η περιοριστική κατανάλωση τροφής μπορεί να αυξήσει τα επίπεδα φυσικής δραστηριότητας, ενώ η υπερβολική άσκηση, προβλέπει επίσης τη διατροφική συγκράτηση των ατόμων με διατροφικές διαταραχές (Weltzinetal, 2005).

Η άσκηση γενικά είναι μια συμπεριφορά που έχει συσχετιστεί με νωρίτερη έναρξη διατροφικών διαταραχών, περισσότερα και μεγαλύτερης έντασης συμπτώματα των διατροφικών διαταραχών και μεγαλύτερα επιμονή συμπεριφορά διατροφικών διαταραχών. Οι ανθυγιεινές συμπεριφορές άσκησης συνδέονται με συγκεκριμένες καταναγκαστικές συμπεριφορές, κίνητρα, πεποιθήσεις και άλλες συμπεριφορές που είναι κοινές με αυτές που παρουσιάζονται στις διατροφικές διαταραχές (Cooketal, 2014).

Σε έρευνες έχει διαπιστωθεί ότι κατά την διάρκεια της οξείας φάσης της αθλητικής νευρικής ανορεξίας, τα άτομα χρησιμοποιούν τη φυσική δραστηριότητα ως στρατηγική αντιμετώπισης για να αντισταθμίσουν, να αφαιρέσουν και / ή να ανακουφίσουν δύο αρνητικές συναισθηματικές καταστάσεις, το άγχος και την κατάθλιψη, καθώς και άλλους παράγοντες όπως οι ανησυχίες για το βάρος και η δυσαρέσκεια με την εικόνα του σώματος (Rizxetal, 2015).

Οι Adkinsκαι Keels(2005) διερευνώντας ένα δείγμα 265 αθλητών, βρήκαν όχι μόνο ότι η εθιστική άσκηση συνδέεται με την νευρική βουλιμία, αλλά ότι η ψυχαναγκαστική διάσταση της άσκησης μπορεί να είναι θετικός προγνωστικός παράγοντας της νευρικής βουλιμίας, ενώ η υπερβολική άσκηση μπορεί να χαρακτηριστεί σε μικρότερο βαθμό ως σύμπτωμα της νευρικής βουλιμίας.

Επιπρόσθετα οι Shroffetal (2006), διερευνώντας ένα δείγμα 1857 γυναικών αθλητριών, βρήκαν ότι η υπερβολική άσκηση ήταν πιο κοινή μεταξύ των γυναικών με νευρική ανορεξία. Οι γυναίκες αυτές ανέφεραν υπερβολική άσκηση, και είχαν επίσης χαμηλότερο ΔΜΣ, ήταν νεότερες, είχαν υψηλότερες βαθμολογίες άγχους, τελειομανία και περισσότερες εμμονές και καταναγκασμούς και μεγαλύτερη επιμονή. Ως εκ τούτου η

υπερβολική άσκηση, εκτός από τη νευρική βουλιμία, μπορεί επίσης να σχετίζεται και με τη νευρική ανορεξία και τους διάφορους υποτύπους της.

Σε μια άλλη έρευνα οι Rizketal (2015), διερευνώντας τη διακύμανση των επιπέδων επικράτησης της προβληματικής άσκησης που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς με νευρική ανορεξία, σε ένα δείγμα 180 γυναικών με νευρική ανορεξία, βρήκαν ότι ο επιπολασμός της προβληματικής άσκησης κυμάνθηκε σημαντικά μεταξύ 5% έως 54%, ανάλογα με τον αριθμό των κριτηρίων που χρησιμοποιήθηκαν για τον ορισμό της προβληματικής άσκησης. Ο τύπος και το επίπεδο της συμπτωματολογίας νευρικής ανορεξίας διαπιστώθηκε ότι συσχετίζεται με τους διάφορους ορισμούς προβληματικής άσκησης.

2.3. Αθλήματα με δείκτη ευαισθησίας το βάρος του αθλητή και οι κίνδυνοι που μπορούν να προσβάλουν την υγεία τους

Τα αθλήματα με δείκτη ευαισθησίας το βάρος του αθλητή, μπορούν να ταξινομηθούν σε τρεις βασικές κατηγορίες (Bratland-Sandaetal, 2013):

(1) τα βαρυντικά αθλήματα, στα οποία το υψηλό σωματικό βάρος περιορίζει τις επιδόσεις επειδή η μετακίνηση του σώματος έναντι της βαρύτητας αποτελεί ουσιαστικό στοιχείο αυτών των αθλημάτων. Μεταξύ αυτών περιλαμβάνεται το τρέξιμο σε μεγάλες αποστάσεις, το σκι αντοχής, η ποδηλασία δρόμου και η ποδηλασία βουνού και το σκι με άλματα στον αθλητισμό.

(2) τα αθλήματα κατηγορίας βάρους, συμπεριλαμβανομένων αθλητικών αγώνων όπως πάλη, τζούντο, πυγμαχία, ταεκβοντό, καθώς και η άρση βαρών και η κωπηλασία.

(3) τα αισθητικά αθλήματα, όπως η ρυθμική και η καλλιτεχνική γυμναστική, το πατινάζ, οι καταδύσεις και η συγχρονισμένη κολύμβηση.

Οι αθλητές που ενασχολούνται με κάποιο από τα παραπάνω αθλήματα, έχουν όπως προαναφέρθηκε αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης διατροφικών διαταραχών. Στα αισθητικά αθλήματα, τα σχόλια των προπονητών σχετικά με τη σύνθεση του σώματος του αθλητή συνδέονται με μια ψυχολογική πίεση στη διατροφή. Επιπλέον, στα αθλήματα με κατηγορίες βάρους οι αθλητές επιδιώκουν ένα ανταγωνιστικό πλεονέκτημα

επιτυγχάνοντας το χαμηλότερο δυνατό σωματικό βάρος με τη μεγαλύτερη δυνατή ισχύ και το μεγαλύτερο δυνατό μήκος των άκρων. Επιπλέον, τα στοιχεία δείχνουν ότι οι πιέσεις στους αθλητές να μειώσουν το βάρος και το σωματικό λίπος μπορούν να δημιουργήσουν μια κουλτούρα που προδιαθέτει σε ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών. Επίσης στα βαρυντικά αθλήματα και στα αθλήματα με κατηγορίες βάρους, υπάρχει ένας έμμεσα αυξημένος κίνδυνος ανάπτυξης διατροφικών διαταραχών. Πρόσφατα, μια έρευνα έδειξε ότι οι αθλητές που κάνουν δίαιτα, το κάνουν από την επιθυμία τους για βελτίωση της απόδοσης, το οποίο αυξάνει τις πιθανότητες τους να αναπτύξουν διατροφικές διαταραχές (Bratland-Sandaetal, 2013; Manore, 2015).

Εκτός από την ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών, οι αθλητές γενικά που καλούνται συχνά να διαχειρίζονται το βάρος τους διατρέχουν μια σειρά από κινδύνους, οι οποίοι περιλαμβάνουν την αφυδάτωση μετά από ταχεία απώλεια βάρους και την απώλεια ενέργειας. Πολλές φορές η αφυδάτωση του σώματος μπορεί να είναι εθελοντική. Η εθελοντική αφυδάτωση θεωρείται ως μη ασφαλής μέθοδος γρήγορης απώλειας βάρους και περιλαμβάνει δραστική, παθητική, θερμιδική περιοριστική και φαρμακευτικά διεγερόμενη απώλεια υγρών. Η αφυδάτωση μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την αθλητική απόδοση και τη συνολική λειτουργία του σώματος. Οι έρευνες δείχνουν ότι οι αφυδατωμένοι αθλητές, σε ποσοστό άνω του 2% του σωματικού τους βάρους μπορούν να βιώσουν μειωμένη αερόβια απόδοση, μειωμένη δύναμη και αντοχή. Η νευρολογική λειτουργία, η κατανάλωση οξυγόνου και η ρύθμιση της θερμοκρασίας είναι επίσης μειωμένες. Τα επίπεδα αφυδάτωσης άνω του 4% μπορεί να προκαλέσουν σημαντική υποβάθμιση της κατανάλωσης οξυγόνου, της ικανότητας εκτέλεσης και των δυσμενών επιπτώσεων στην υγεία που μπορεί να απαιτούν ιατρική φροντίδα (Khodaeetal, 2015).

Ο θερμιδικός περιορισμός είναι μια άλλη μέθοδος που χρησιμοποιούν οι αθλητές για γρήγορη απώλεια βάρους και περιλαμβάνει τις δίαιτες με πολύ χαμηλές θερμίδες. Οι δίαιτες αυτές μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά το καρδιαγγειακό σύστημα και στην πραγματικότητα να προκαλέσουν βλάβη στους καρδιακούς μύες. Ο θερμιδικός περιορισμός λέγεται επίσης ότι προκαλεί αυξημένη αρτηριακή πίεση και επηρεάζει τη λειτουργία των ορμονών. Χωρίς επαρκή θρεπτικά συστατικά, οι παράγοντες ορμονών για την ανάπτυξη των μυών είναι περιορισμένοι και τα κέρδη δύναμης δεν μπορούν να πραγματοποιηθούν (Khodaeetal, 2015).

Ο θερμιδικός περιορισμός αναφέρεται επίσης ότι μειώνει τη λειτουργία του θυρεοειδούς. Σε απόκριση στην ανισορροπία της θυρεοειδικής ορμόνης, ο βασικός μεταβολικός ρυθμός μειώνεται και τα επινεφρίδια διεγείρονται για να απελευθερώσουν περισσότερη κορτιζόλη. Αυτές οι αλλαγές διεγείρουν το αδένωμα υπόφυσης, μειώνοντας τα επίπεδα της θυλακιοτρόπου ορμόνης καθώς και τα επίπεδα των οιστρογόνων που οδηγούν σε εμμηνορροϊκή δυσλειτουργία. Η έρευνα δείχνει περαιτέρω ότι ο θερμιδικός περιορισμός βλάπτει σημαντικά το σύστημα ανοσίας στο κυτταρικό επίπεδο, το οποίο μπορεί να οδηγήσει σε χρόνιες ασθένειες και λοιμώξεις (Manore, 2015; Khodaeetal, 2015).

2.4. Συνέπειες

Η υπερβολική άσκηση και ο εθισμός στην άσκηση μπορεί να έχει πολλές επιζήμιες ψυχολογικές και κοινωνικές συνέπειες ή παρεμβολές στις σχέσεις ή στην εργασία. Πιθανότατα, η εθιστική συμπεριφορά άσκησης είναι συνάρτηση της συνήθειας και της «παγίδευσης» σε μια σειρά από ενέργειες, προκειμένου να αποφευχθεί η δυσάρεστη ενοχή και το άγχος που συμβαίνει όταν μια περίοδος άσκησης χάνεται (Weinsteinkαι Weinstein, 2014).

Είναι επίσης καλά τεκμηριωμένο ότι οι αθλητές αναψυχής και οι συνήθεις ασκούμενοι αισθάνονται συμπτώματα στέρησης όταν εμποδίζεται η άσκηση ή όταν επιχειρείται διακοπή της άσκησης, για μη αναμενόμενους λόγους. Έχει προταθεί ότι ο εθισμός στην άσκηση μεταξύ ανταγωνιστικών δρομέων οδηγεί σε απόσυρση λόγω έλλειψης προγραμματισμένης εκπαίδευσης. Οι δρομείς συχνά αναφέρουν συμπτώματα απόσυρσης, συμπεριλαμβανομένης της κατάθλιψης, της ευερεθιστότητας και του άγχους και των αυξημένων μέτρων καρδιακού ρυθμού ανάπαυσης εντός 24 ωρών μετά τη χαμένη άσκηση. Επιπλέον, η αυτο-αναφερόμενη εθιστική άσκηση σε συνήθεις αθλούμενους έχει βρεθεί ότι μετριάξει τις συναισθηματικές και φυσιολογικές αποκρίσεις τους σε μία ελεγχόμενη βραχυπρόθεσμη προσπάθεια απόσυρσης, υποδεικνύοντας ότι το μέγεθος αυτών των αποκρίσεων μπορεί με τη σειρά του, να χρησιμεύσει ως πρώιμος δείκτης της εξάρτησης από την άσκηση. Άλλες έρευνες έχουν δείξει επίσης ότι η υπερβολική άσκηση θα μπορούσε να οδηγήσει όχι μόνο σε σωματικούς τραυματισμούς αλλά και στην αμέλεια σημαντικών καθημερινών ευθυνών όπως η επαγγελματική και οικογενειακή ζωή. Σε αυτές

τις ακραίες κλινικές περιπτώσεις, η υπερβολική χρήση της άσκησης εμφανίστηκε ως μια νέα μορφή εξάρτησης (Weinsteinkai Weinstein, 2014).

2.5. Φυσική Δραστηριότητα και Ψυχική Υγεία

2.5.1. Άσκηση και κατάθλιψη

Αν και η εθιστική άσκηση είναι παθολογική, η έρευνα έχει δείξει επανειλημμένα ότι η επαρκώς δοσολογημένη φυσική δραστηριότητα μπορεί να είναι ευεργετικό μέρος της θεραπείας για τους ασθενείς με ψυχιατρικές διαταραχές, όπως η κατάθλιψη, καθώς μπορεί να αυξήσει τα επίπεδα ψυχικής υγείας, και την σχετική με την υγεία ποιότητα ζωής (Pelusokai Andrade, 2005; Cooketal, 2014).

Η κατάθλιψη αντιπροσωπεύει μια σημαντική ασθένεια, η οποία έχει τόσο κοινωνικές συνέπειες, όσο και συνέπειες στην υγεία των ατόμων, οι οποίες είναι παρόμοιες με αυτές που προκαλούνται από χρόνιες ασθένειες όπως ο διαβήτης, η συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια και η υπέρταση. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η κατάθλιψη είναι μια ασθένεια που χαρακτηρίζεται από αρνητική διάθεση, μειωμένο ενδιαφέρον για ευχαρίστηση, συναισθήματα ενοχής, ανησυχητικό ύπνο, μειωμένη όρεξη και ενέργεια, καθώς και κακή συγκέντρωση του εγκεφάλου. Αυτά τα συναισθήματα μπορεί να είναι είτε οξεία είτε χρόνια, με αποτέλεσμα μειωμένο ενδιαφέρον για τη ζωή, το οποίο μπορεί ακόμα και να οδηγήσει σε ακραίες ενέργειες όπως η αυτοκτονία (Dinasetal, 2011).

Η κατάθλιψη αντιμετωπίζεται κανονικά με διάφορους φαρμακευτικούς παράγοντες ή ψυχοθεραπευτικές επεμβάσεις ή με συνδυασμό αυτών. Οι διαφορετικές φαρμακολογικές θεραπείες φαίνεται να είναι αρκετά επιτυχείς στη θεραπεία οξέων καταθλιπτικών επεισοδίων. Σχετικά, πρόσφατα στοιχεία ωστόσο υποδηλώνουν ότι η άσκηση μπορεί να είναι μια ιδιαίτερα επωφελής παρέμβαση για τους ασθενείς με κατάθλιψη (Dinasetal, 2011).

Η καταθλιπτική νόσος συνδέεται στενά με σωματικές ασθένειες και η έρευνα έχει αναφέρει ότι οι ασθενείς με κατάθλιψη εμφανίζουν συχνά μειωμένη φυσική κατάσταση υγείας. Έτσι, η λογική της άσκησης ως παρέμβασης μπορεί να έχει πολλά οφέλη σε άτομα με κατάθλιψη, ενώ μπορεί επίσης να έχει μια σειρά από φυσιολογικά οφέλη για την υγεία,

όπως μείωση του καρδιαγγειακού κινδύνου και διαχείριση του βάρους. Επιπλέον, ορισμένα συμπτώματα της κατάθλιψης μπορεί να είναι επίμονα, παρά την αντικαταθλιπτική αγωγή, όπως για παράδειγμα η κόπωση και η μειωμένη γνωστική λειτουργία και τα αποδεικτικά στοιχεία έχουν δείξει ότι η άσκηση μπορεί να βελτιώσει αυτά τα συμπτώματα (Daley, 2008). Τα ευεργετικά αποτελέσματα της σωματικής δραστηριότητας και της άσκησης στα συμπτώματα της κατάθλιψης και στη γενική διάθεση έχουν επιβεβαιωθεί σε άτομα όλων των ηλικιών (Dinasetal, 2011).

Μια έρευνα ανέφερε μεγάλη κλινική επίδραση της φυσικής δραστηριότητας και των παρεμβάσεων άσκησης στα συμπτώματα της κατάθλιψης για τους ενήλικες και των δύο φύλων (Meadetal, 2009). Πιο συγκεκριμένα, η αερόβια άσκηση έδειξε μέτριο κλινικό αποτέλεσμα, ενώ η ανάμεικτη άσκηση και η άσκηση με αντιστάσεις παρείχαν καλύτερα αποτελέσματα. Επιπλέον, σε σύγκριση με άλλες καθιερωμένες θεραπείες (δηλαδή, τη θεραπείαγνωστικής συμπεριφοράς και τα αντικαταθλιπτικά), η άσκηση φαίνεται να παράγει τα ίδια αποτελέσματα (Meadetal, 2009). Πράγματι, τα δημοσιευμένα στοιχεία δείχνουν ότι οι παρεμβάσεις άσκησης και φυσικής δραστηριότητας είναι γενικά επιτυχείς στη μείωση των συμπτωμάτων κατάθλιψης. Για παράδειγμα, μια πρόσφατη μελέτη διαπίστωσε ότι οι ασθενείς με κατάθλιψη που έλαβαν αγωγή αερόβιας άσκησης που πραγματοποιήθηκε είτε στο σπίτι είτε σε μια εποπτευόμενη ομάδα, κατέγραψαν μειώσεις στα συμπτώματα της κατάθλιψης, οι οποίες ήταν συγκρίσιμες με τις συνήθειες αντικαταθλιπτικές φαρμακευτικές αγωγές. Επίσης μια άλλη μελέτη έδειξε ότι ένα 8μηνο πρόγραμμα άσκησης ήταν επιτυχές στη βελτίωση των συμπτωμάτων κατάθλιψης σε γυναίκες με κατάθλιψη ηλικίας 40-60 ετών, σε αντίθεση με φαρμακολογική θεραπεία (Cartaetal, 2008).

Ωστόσο σε ασθενείς με διατροφικές διαταραχές που συνοδεύονται από εθιστικές συμπεριφορές άσκησης, μπορεί να ισχύει το αντίθετο (Bratland-Sandaetal, 2010). Σύμφωνα με τους Weltzinetal (2005) τα άτομα που εμπλέκονται σε υπερβολική άσκηση έχουν συχνά σημαντικά προβλήματα στη διαπροσωπική, επαγγελματική και ακαδημαϊκή λειτουργία. Η υπερβολική άσκηση τείνει να αυξάνει το άγχος, παρά να αποτελεί μια δραστηριότητα για την καταπολέμηση του άγχους και χαρακτηρίζεται από άκαμπτα προγράμματα άσκησης, συμπεριλαμβανομένης της ημέρας και του χρόνου που αφιερώνεται στην άσκηση. Οι Cooketal (2014), διερευνώντας ένα δείγμα 387 γυναικών

αθλητριών με διατροφικές διαταραχές συνοδευόμενες από ανθυγιεινά πρότυπα άσκησης, βρήκαν ότι η σοβαρότητα των συμπτωμάτων των διατροφικών διαταραχών και της εθιστικής άσκησης, τόσο μεμονωμένα, όσο και σε συνδυασμό, είχαν σημαντική αρνητική επίδραση στην σχετική με την υγεία ποιότητα ζωής των γυναικών.

2.6. Συμπεράσματα

Η άσκηση και η αθλητική δραστηριότητα είναι ευεργετικές τόσο από σωματική όσο και από ψυχολογική άποψη. Ωστόσο, μερικά άτομα ασκούνται υπερβολικά με αποτέλεσμα σωματικές και ακόμη και ψυχολογικές βλάβες. Ως εκ τούτου η άσκηση έχει το δυναμικό να γίνει προβληματική, επιβλαβής και εθιστική. Ο εθισμός στην άσκηση, μεταξύ άλλων συμπεριφορικών και ψυχικών διαταραχών, μπορεί να περιγραφεί καλά στο φάσμα της ιδεοψυχαναγκαστικής συμπεριφοράς, ενώ έχει επίσης υποδειχθεί ότι οι εθισμένοι ασκούντες αντιμετωπίζουν ισχυρά συμπτώματα απόσυρσης και φυσικά, ιατρικά, οικονομικά και κοινωνικά προβλήματα.

Η υπερβολική άσκηση έχει αποδειχθεί ότι παίζει ρόλο τόσο στην ανάπτυξη όσο και στη διατήρηση των διατροφικών διαταραχών. Η νευρική ανορεξία, η νευρική βουλιμία και η σωματική δυσμορφική διαταραχή είναι οι τρεις πιο συχνές διαταραχές που σχετίζονται με την υπερβολική άσκηση. Πολλοί αθλητές με νευρική ανορεξία και νευρική βουλιμία, ασκούνται υπερβολικά προκειμένου να μειώσουν το άγχος και την ψυχολογική δυσφορία.

Ωστόσο το γεγονός ότι μέχρι σήμερα δεν έχει αναπτυχθεί ένας κοινά αποδεκτός ορισμός για την προβληματική και την εθιστική άσκηση, δημιουργεί προβλήματα στις διαγνωστικές διαδικασίες και την κατανόηση της αιτιολογίας της εθιστικής άσκησης και είναι αναγκαίο να γίνει περαιτέρω έρευνα για να διευκρινιστούν αυτά τα θέματα.

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

3. ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

3.1. Μεθοδολογία

Σκοπός της εμπειρικής μελέτης είναι η διερεύνηση ύπαρξης και συχνότητας εμφάνισης διατροφικών διαταραχών, τόσο σε επαγγελματίες όσο και σε ερασιτέχνες αθλητές και αθλήτριες σε διάφορα αθλήματα τα οποία απαιτούν χαμηλό σωματικό βάρος για λόγους επίδοσης, όπως μπαλέτο, γυμναστική, τρέξιμο σε μεγάλες αποστάσεις, κολύμβηση και σε αθλήματα όπου υπάρχει κατηγοριοποίηση των αθλητών ανάλογα με το βάρος, όπως οι πολεμικές τέχνες.

Πραγματοποιήθηκε έρευνα σε ένα δείγμα 100 αθλητών (49 άνδρες και 51 γυναίκες), ηλικίας 18 έως 30 ετών που συμμετέχουν σε διαφορετικές αθλητικές δραστηριότητες στην ευρύτερη περιοχή του Ηρακλείου.

Η διατροφική κατάσταση των αθλητών αξιολογήθηκε με τη βοήθεια του ερωτηματολογίου EDE-Q (Eating Disorder Examination Questionnaire) που εξετάζει την ύπαρξη διατροφικών διαταραχών, παρέχοντας ένα μέτρο του εύρους και της σοβαρότητας των χαρακτηριστικών των διατροφικών διαταραχών (Hillbertetal, 2007). Το ερωτηματολόγιο αναπτύχθηκε αρχικά στη Γερμανική γλώσσα από τους Fairburn και Beglin (1994) και θεωρείται ευρέως ως το «χρυσό πρότυπο» της διατροφικής ψυχοπαθολογίας.

Πιο αναλυτικά το EDE-Q αποτελείται από 28 στοιχεία που αξιολογούν άμεσα τα βασικά συμπεριφορικά χαρακτηριστικά των διατροφικών διαταραχών - όπως η αδηφαγική διαταραχή και οι διαταραχές απόρριψης - και περιλαμβάνει τέσσερις υποκλίμακες που αντανακλούν τη συσχετισμένη ψυχοπαθολογία των διατροφικών διαταραχών. Το EDE-Q έχει γενικά υποστηριχθεί ως ένα επαρκώς αξιόπιστο και χρήσιμο μέτρο διαλογής και αξιολόγησης της παθολογίας που σχετίζεται με την κατανάλωση φαγητού, αν και η απόδοσή του ποικίλλει κάπως μεταξύ των διαφόρων κλινικών και κοινοτικών δειγμάτων (Hillbertetal, 2007; Griloetal, 2013). Το εν λόγω ερωτηματολόγιο αποτελείται από ερωτήσεις που αφορούν τις τελευταίες 4 εβδομάδες.

Για τις ανάγκες της παρούσας εργασίας μεταφράστηκε στην ελληνική γλώσσα. Το ερωτηματολόγιο παρατίθεται αυτούσιο στο Παράρτημα Α της παρούσας εργασίας.

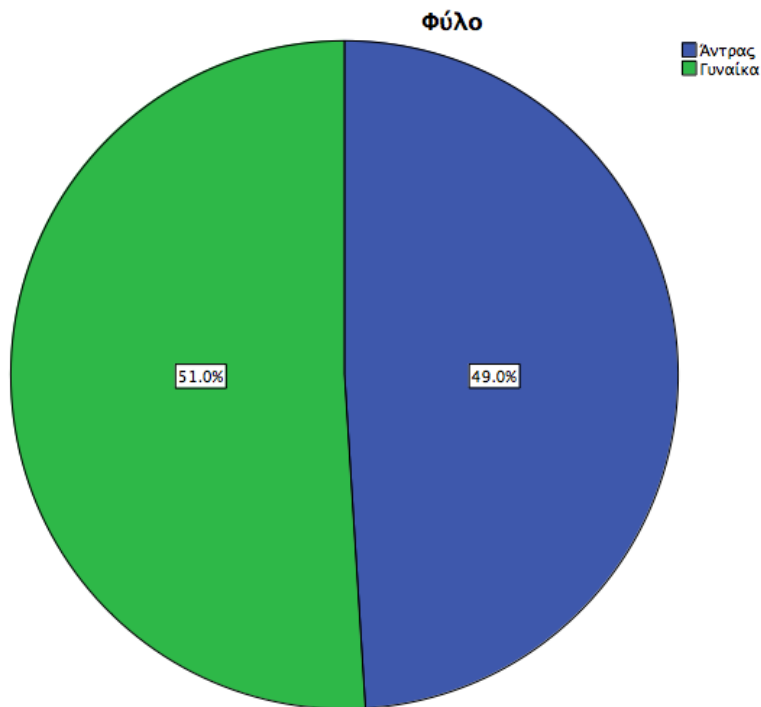
Η συμμετοχή στην έρευνα ήταν εθελοντική. Οι αθλητές προσεγγίστηκαν σε χώρους που αθλούνταν και ερωτήθηκαν αν ήθελαν να λάβουν μέρος στην έρευνα, αφού πρώτα τους εξηγήθηκε ο σκοπός της έρευνας. Συγκεκριμένα οι αθλητές του bodybuilding εντοπίστηκαν σε γυμναστήριο στην περιοχή του Ηρακλείου, ενώ οι αθλητές του τρεξίματος, της κολύμβησης, του χορού και των πολεμικών τεχνών σε αντίστοιχες ομάδες.

Η ανάλυση των αποτελεσμάτων των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του στατιστικού πακέτου SPSS 20 και παρατίθεται στην ενότητα που ακολουθεί.

3.2. Αποτελέσματα

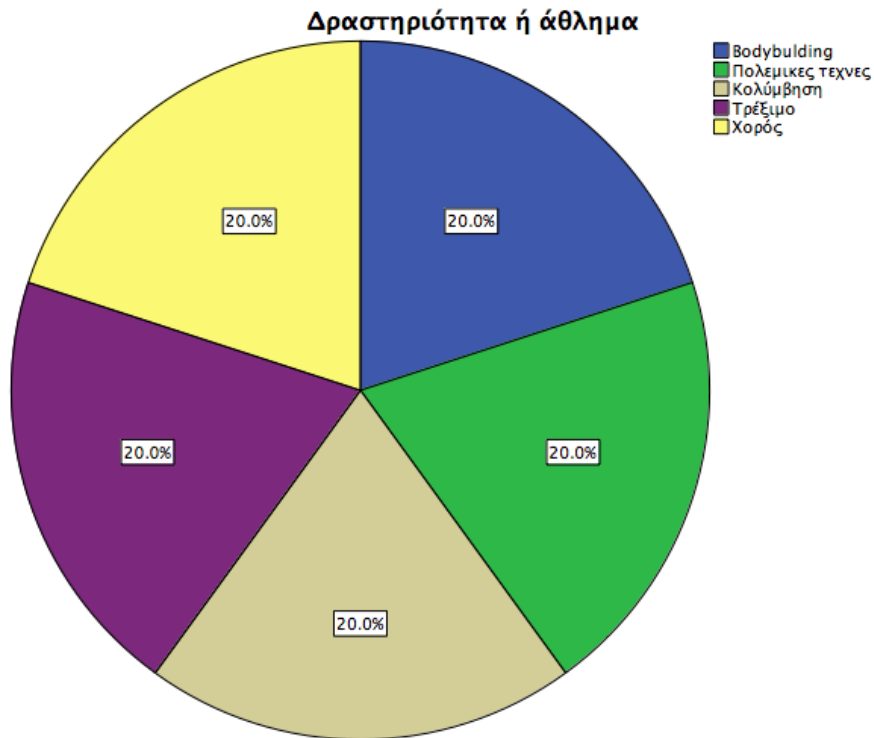
3.2.1. Χαρακτηριστικά δείγματος

Στο Γράφημα 1 δίνονται τα αποτελέσματα σχετικά με το φύλο των συμμετεχόντων αθλητών. Το 51% (n=51) των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες και το 49% (n=49) των συμμετεχόντων ήταν άντρες.



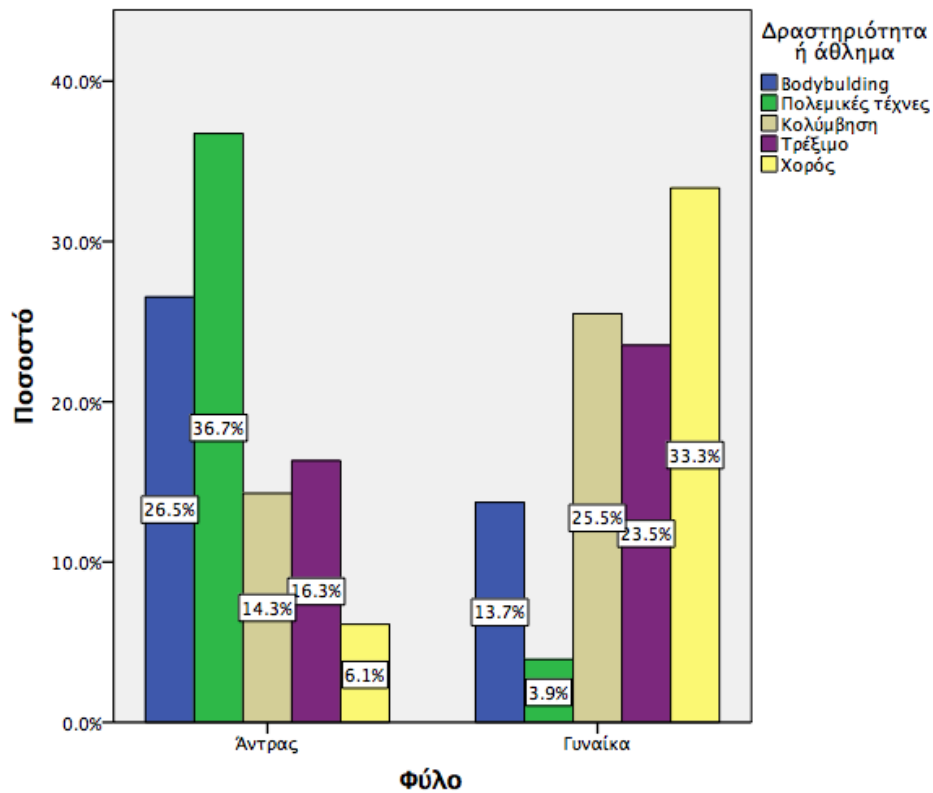
Γράφημα 41. Κατανομή φύλου συμμετεχόντων

Στο Γράφημα 2 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα σχετικά με το άθλημα/δραστηριότητα του κάθε συμμετέχοντα. Το 20% (n=20) ήταν αθλητές bodybuilding, το 20% (n=20) ήταν αθλητές πολεμικών τεχνών, το 20% (n=20) ήταν αθλητές κολύμβησης, το 20% (n=20) ασχολούνταν με το τρέξιμο και το 20% (n=20) ασχολούνταν με το χορό.



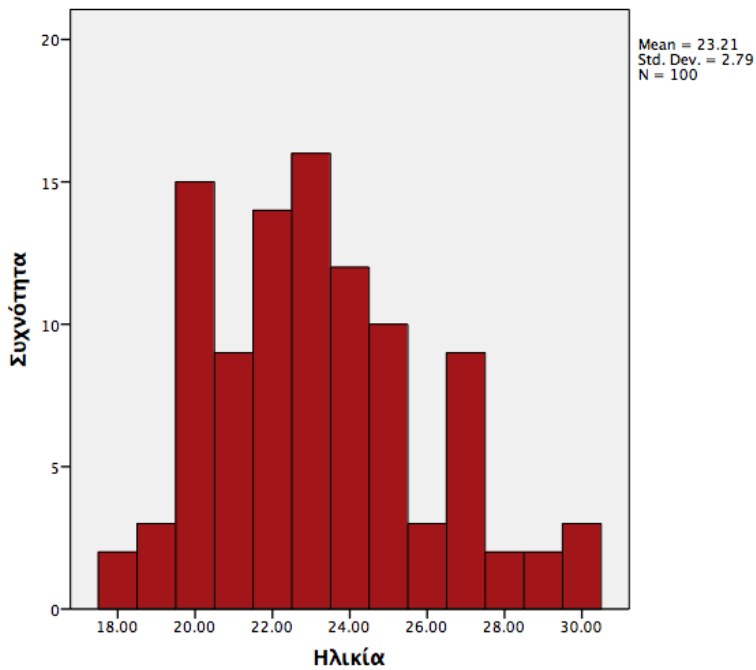
Γράφημα 42. Αποτελέσματα για την δραστηριότητα/άθλημα των συμμετεχόντων

Στο Γράφημα 3 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα σχετικά με το άθλημα/δραστηριότητα του κάθε συμμετέχοντα ως προς το φύλο. Παρατηρούμε ότι η πλειοψηφία των αντρών αθλητών του δείγματος ασχολούνταν με το bodybuilding (v=13, 26.5%) και τις πολεμικές τέχνες (v=18, 36.7%) ενώ μικρότερο ποσοστό αντρών ασχολούνταν με την κολύμβηση (v=7, 14.3%), με το τρέξιμο (v=8, 16.3%) και με τον χορό (v=3, 6.1%). Αντίθετα, προέκυψε ότι οι γυναίκες που συμμετείχαν στην έρευνα στην πλειοψηφία τους ασχολούνταν με την κολύμβηση (v=13, 25.5%), με το τρέξιμο (v=12, 23.5%) και με τον χορό (v=17, 33.3%) ενώ μικρότερο ποσοστό γυναικών ασχολούνταν με το bodybuilding (v=7, 13.7%) και τις πολεμικές τέχνες (v=2, 3.9%)



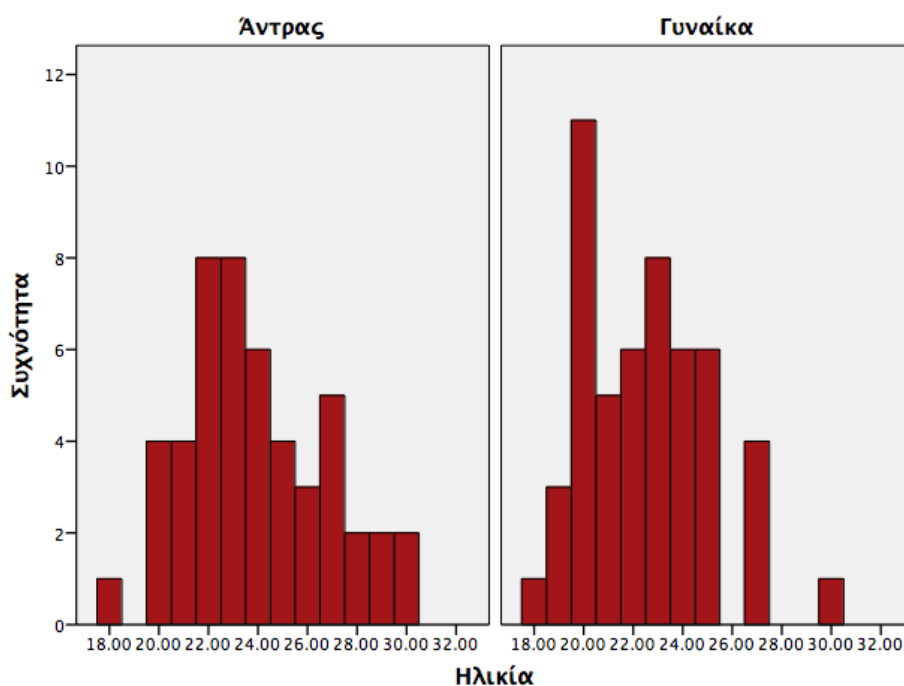
Γράφημα 43. Αποτελέσματα για την δραστηριότητα/άθλημα των συμμετεχόντων ως προς το φύλο τους

Στο Γράφημα 4 παρουσιάζεται η ηλικιακή κατανομή του δείγματος. Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων αθλητών ήταν τα 23.2 ± 2.79 έτη. Το εύρος των ηλικιών των αθλητών ήταν από τα 18 έως τα 30 έτη με την πλειοψηφία των αθλητών να είναι ηλικίας 20 έως 25 ετών.



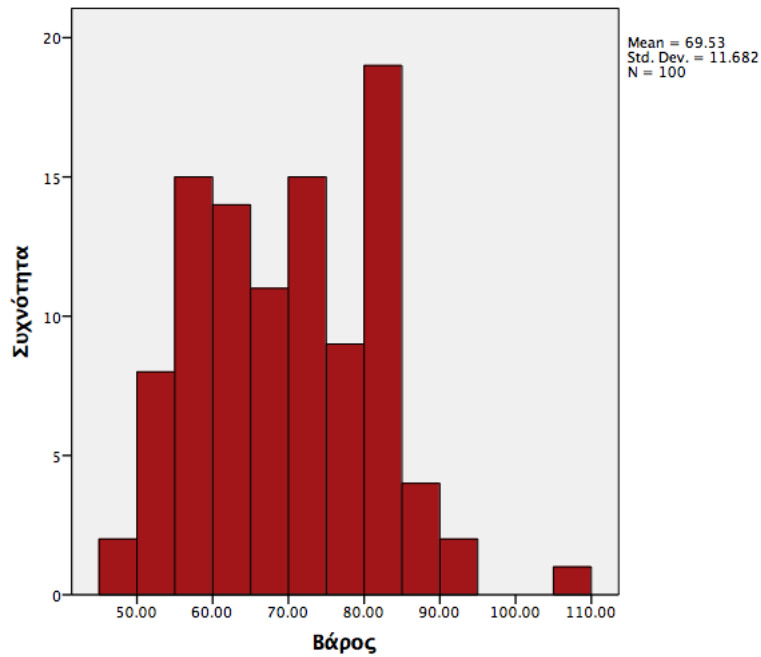
Γράφημα 44. Κατανομή ηλικίας συμμετεχόντων

Στο Γράφημα 5 παρουσιάζεται η ηλικιακή κατανομή ως προς το φύλο των αθλητών. Η μέση ηλικία των αντρών αθλητών ήταν τα 23.9 ± 2.85 έτη. Το εύρος των ηλικιών των αντρών ήταν από τα 18 έως τα 30 έτη με την πλειοψηφία τους να είναι ηλικίας 20 έως 25 ετών. Παρόμοια, η μέση ηλικία των γυναικών αθλητριών ήταν τα 22.5 ± 2.56 έτη. Το εύρος των ηλικιών των γυναικών ήταν από τα 18 έως τα 30 έτη με την πλειοψηφία τους να είναι ηλικίας 20 έως 25 ετών.



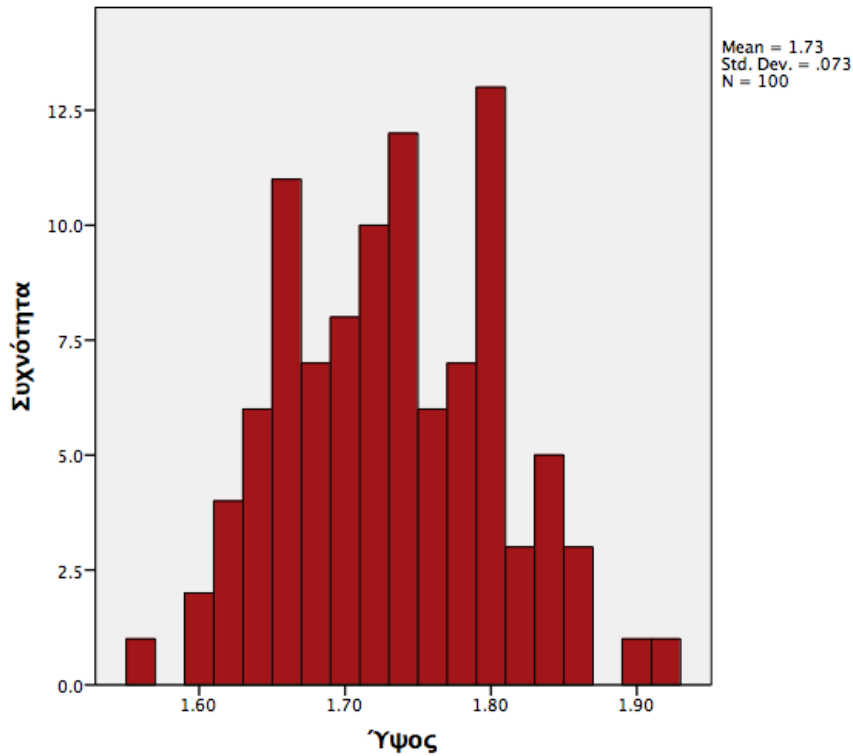
Γράφημα 45. Κατανομή ηλικίας συμμετεχόντων ως προς το φύλο τους

Στο Γράφημα 6 παρουσιάζεται η κατανομή του βάρους των αθλητών. Το μέσο βάρος των αθλητών ήταν τα 69.5 ± 11.68 κιλά. Το εύρος του βάρους των αθλητών ήταν από τα 47.8 κιλά έως τα 107 κιλά με την πλειοψηφία των αθλητών να είναι μεταξύ 60 και 80 κιλών.



Γράφημα 46. Κατανομή βάρους συμμετεχόντων

Στο Γράφημα 7 παρουσιάζεται η κατανομή του ύψους των αθλητών. Το μέσο ύψος των αθλητών ήταν τα 1.73 ± 0.073 μέτρα. Το εύρος του ύψους των αθλητών ήταν από τα 1.56 μέτρα έως τα 1.91 μέτρα με την πλειοψηφία των αθλητών να είναι μεταξύ 1.67 και 1.80.



Γράφημα 47. Κατανομή ύψους συμμετεχόντων

Τέλος, στον Πίνακα 1 δίνονται τα αποτελέσματα της ηλικίας, ύψους και βάρους ανάλογα με την δραστηριότητα/άθλημα των αθλητών που συμμετείχαν στην έρευνα. Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι η μέση ηλικία των αθλητών που ασχολούνταν με το bodybuilding ήταν τα 22.3 ± 2.32 έτη, η μέση ηλικία των αθλητών που ασχολούνταν με πολεμικές τέχνες ήταν τα 24.75 ± 2.92 έτη, η μέση ηλικία των αθλητών που ασχολούνταν με την κολύμβηση ήταν τα 22.4 ± 2.91 έτη, η μέση ηλικία των αθλητών που ασχολούνταν με το τρέξιμο ήταν τα 24.6 ± 2.37 έτη και η μέση ηλικία των ατόμων που ασχολούνταν με το χορό ήταν τα 22 ± 2.22 έτη. Επιπλέον, παρατηρήθηκε ότι το μέσο βάρος των αθλητών που ασχολούνταν με το bodybuilding ήταν τα 74.55 ± 15.97 κιλά, το μέσο βάρος των αθλητών που ασχολούνταν με πολεμικές τέχνες ήταν τα 76.03 ± 7.53 κιλά, το μέσο βάρος των αθλητών που ασχολούνταν με την κολύμβηση ήταν τα 69.35 ± 10.64 κιλά, το μέσο βάρος των αθλητών που ασχολούνταν με το τρέξιμο ήταν τα 66.16 ± 9.16 κιλά και το μέσο βάρος των ατόμων που ασχολούνταν με το χορό ήταν τα 61.58 ± 7.27 κιλά.

Πίνακας 1. Μέση τιμή και τυπική απόκλιση ηλικίας, ύψους και βάρους ανάλογα με την δραστηριότητα/άθλημα

		Δραστηριότητα ή άθλημα				
		Bodybuilding	Πολεμικές τέχνες	Κολύμβηση	Τρέξιμο	Χορός
Ηλικία	ΜΤ	22.30	24.75	22.40	24.60	22.00
	ΤΑ	2.32	2.92	2.91	2.37	2.22
Βάρος	ΜΤ	74.55	76.03	69.35	66.16	61.58
	ΤΑ	15.97	7.53	10.64	9.16	7.27
Ύψος	ΜΤ	1.76	1.76	1.72	1.73	1.67
	ΤΑ	.09	.06	.07	.05	.06
BMI	ΜΤ	24.07	24.54	23.44	22.11	22.08
	ΤΑ	2.34	2.98	3.01	2.96	2.44

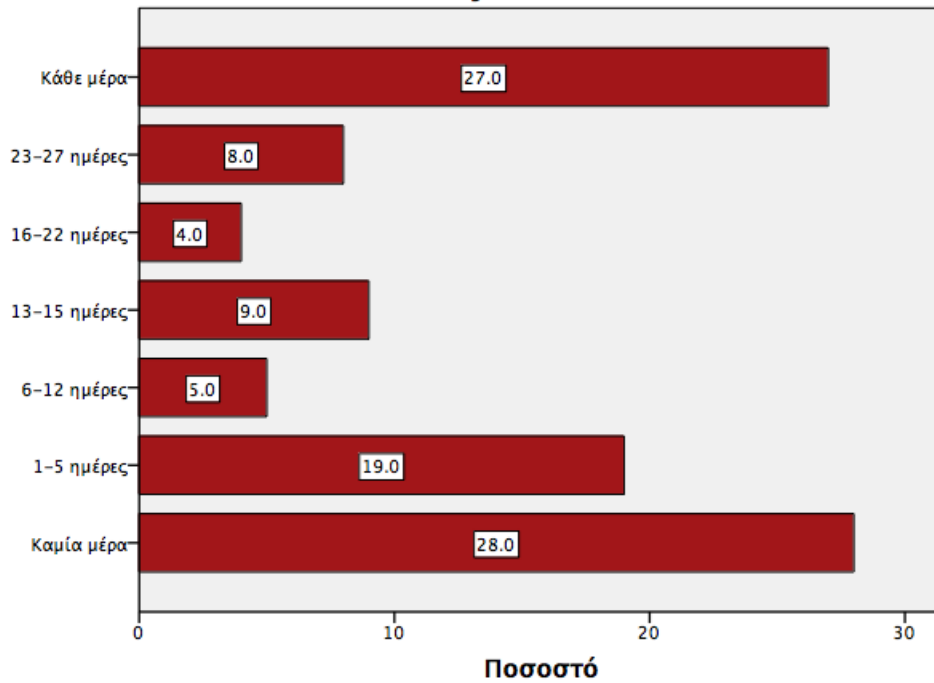
3.2.2. Αποτελέσματα περιγραφικής στατιστικής

Στην δεύτερη ενότητα του κεφαλαίου παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της περιγραφικής ανάλυσης ανάλογα με την διάσταση του εργαλείου διατροφικών διαταραχών.

Περιορισμός

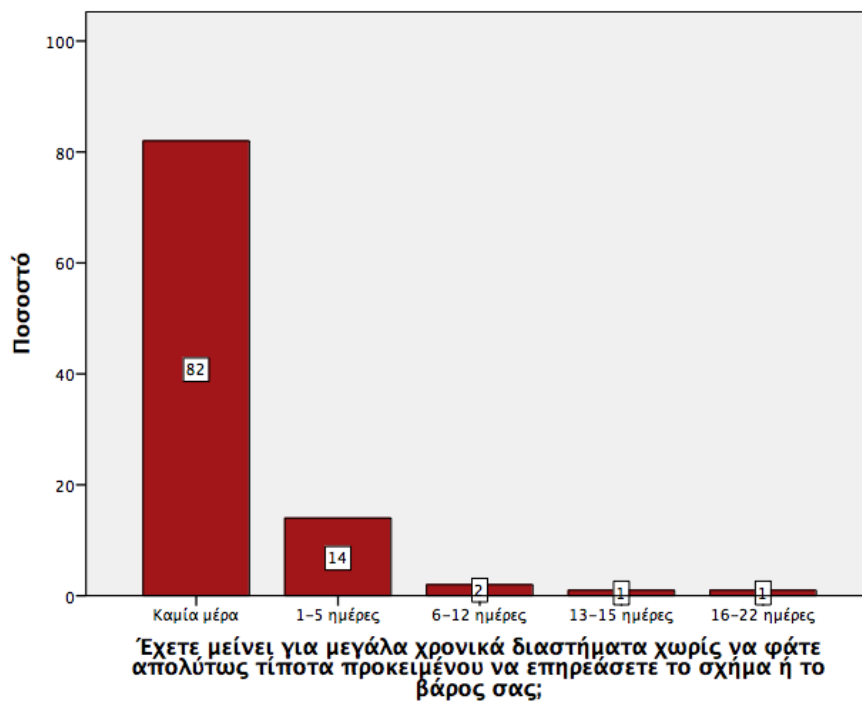
Η πρώτη διάσταση του εργαλείου διατροφικών διαταραχών αφορά τους περιορισμούς που μπορεί να κάνει κάποιος στη διατροφή του με σκοπό να επηρεάσει το σχήμα του σώματός του ή το βάρος του. Η πρώτη ερώτηση αυτής της διάστασης αφορούσε το πόσο συχνά έχουν σκοπίμως προσπαθήσει να περιορίσουν την ποσότητα φαγητού που τρώνε ώστε να επηρεάσουν το σχήμα του σώματός τους ή το βάρος τους, Τα αποτελέσματα δίνονται στο Γράφημα 8 από όπου και προκύπτει ότι το 28% ($n=28$) των αθλητών δεν έχει προσπαθήσει ποτέ να περιορίσει την ποσότητα φαγητού που τρώει ώστε να επηρεάσει το σχήμα του σώματός του ή το βάρος του. Αντίθετα, παρατηρούμε ότι ένα σημαντικό ποσοστό των αθλητών ($n=27$, 27%) δήλωσε ότι προσπαθεί να περιορίσει την ποσότητα φαγητού που τρώει ώστε να επηρεάσει το σχήμα του σώματός του ή το βάρος του σε καθημερινή βάση. Τέλος, το 19% ($n=19$) απάντησε ότι προσπαθεί να περιορίσει την ποσότητα φαγητού που τρώει ώστε να επηρεάσει το σχήμα του σώματός του ή το βάρος του περίπου 1 έως 5 ημέρες ανά μήνα.

Έχετε σκοπίμως προσπαθήσει να περιορίσετε την ποσότητα φαγητού που τρώτε ώστε να επηρεάσετε το σχήμα του σώματός σας ή το βάρος σας



Γράφημα 48. Αποτελέσματα για το αν έχουν σκοπίμως προσπαθήσει να περιορίσουν την ποσότητα φαγητού που τρώνε ώστε να επηρεάσουν το σχήμα του σώματός τους ή το βάρος τους

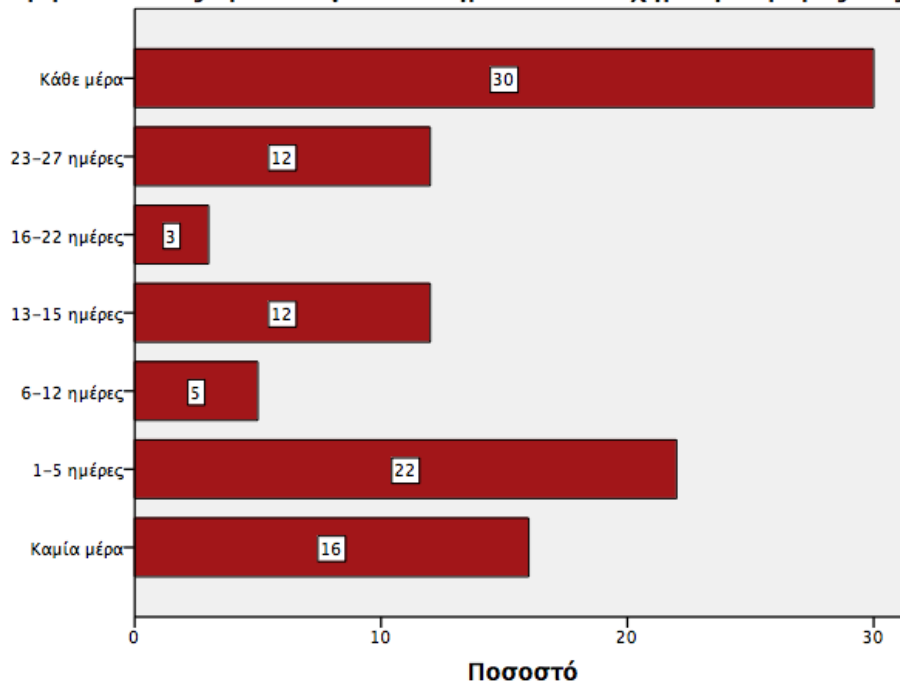
Η δεύτερη ερώτηση αυτής της διάστασης αφορούσε το πόσο συχνά έχουν μείνει για μεγάλα χρονικά διαστήματα (8 ώρες μετά το ξύπνημα ή περισσότερο) χωρίς να φάνε απολύτως τίποτα προκειμένου να επηρεάσουν το σχήμα ή το βάρος τους. Τα αποτελέσματα δίνονται στο Γράφημα 9 από όπου και προκύπτει ότι η συντριπτική πλειοψηφία των αθλητών ($n=82$, 82%) δεν είχε μείνει καμία μέρα για μεγάλα χρονικά διαστήματα (8 ώρες μετά το ξύπνημα ή περισσότερο) χωρίς να φάνε απολύτως τίποτα προκειμένου να επηρεάσουν το σχήμα ή το βάρος τους. Επιπλέον, παρατηρούμε ότι το 14% ($n=14$) απάντησε ότι είχε μείνει για μεγάλα χρονικά διαστήματα (8 ώρες μετά το ξύπνημα ή περισσότερο) χωρίς να φάνε απολύτως τίποτα προκειμένου να επηρεάσουν το σχήμα ή το βάρος τους από 1 έως 5 ημέρες σε 1 μήνα.



Γράφημα 49. Αποτελέσματα για το αν έχουν μείνει για μεγάλα χρονικά διαστήματα (8 ώρες μετά το ξύπνημα ή περισσότερο) χωρίς να φάνε απολύτως τίποτα προκειμένου να επηρεάσουν το σχήμα ή το βάρος τους

Η επόμενη ερώτηση αυτής της διάστασης αφορούσε το πόσο συχνά προσπάθησαν να αποκλείσουν από τη διατροφή τους οποιαδήποτε τρόφιμα που τους αρέσουν για να επηρεάσουν το σχήμα ή το βάρος τους. Τα αποτελέσματα δίνονται στο Γράφημα 10 από όπου και προκύπτει ότι ένα πολύ σημαντικό ποσοστό αθλητών ($n=30$, 30%) σε καθημερινή βάση προσπαθούν να αποκλείσουν από τη διατροφή τους οποιαδήποτε τρόφιμα που τους αρέσουν για να επηρεάσουν το σχήμα ή το βάρος τους. Επιπλέον, το 12% ($n=12$) δήλωσε ότι προσπαθούν να αποκλείσουν από τη διατροφή τους οποιαδήποτε τρόφιμα που τους αρέσουν για να επηρεάσουν το σχήμα ή το βάρος τους πολύ συχνά σε διάστημα ενός μήνα (23 έως 27 ημέρες). Τέλος, το 16% ($n=16$) των αθλητών δήλωσε ότι ποτέ δεν προσπάθησαν να αποκλείσουν από τη διατροφή τους οποιαδήποτε τρόφιμα που τους αρέσουν για να επηρεάσουν το σχήμα ή το βάρος τους ενώ το 22% ($n=22$) δήλωσε ότι το έκανε για κάποιες μέρες (1 έως 5) σε διάστημα ενός μήνα.

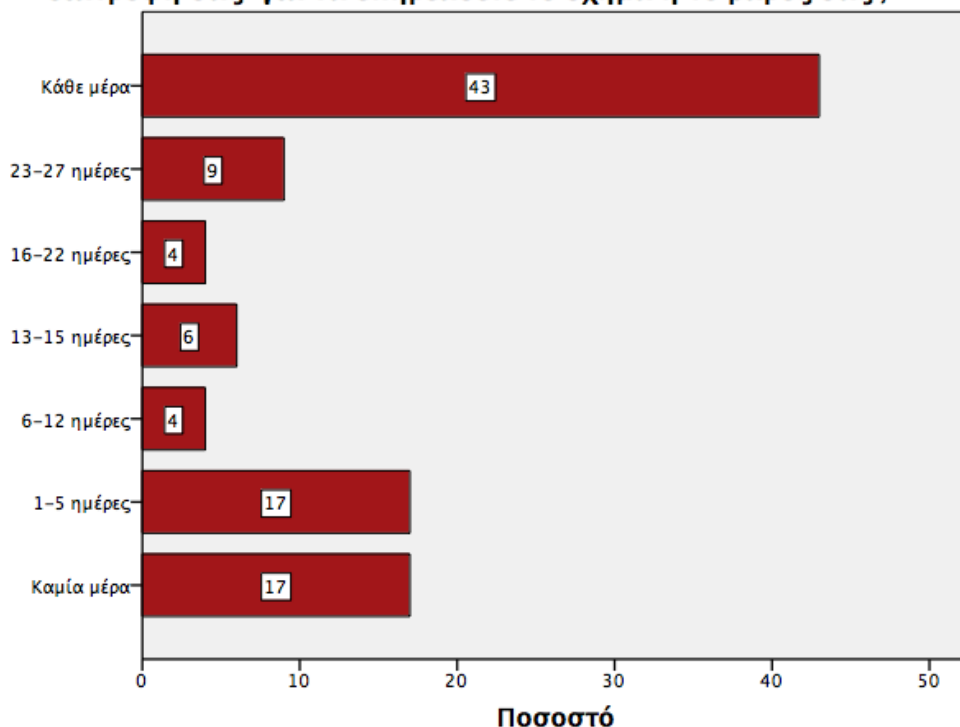
Προσπαθήσατε να αποκλείσετε από τη διατροφή σας οποιαδήποτε τρόφιμα που σας αρέσουν για να επηρεάσετε το σχήμα ή το βάρος σας



Γράφημα 50. Αποτελέσματα για το αν προσπάθησαν να αποκλείσουν από τη διατροφή τους οποιαδήποτε τρόφιμα που τους αρέσουν για να επηρεάσουν το σχήμα ή το βάρος τους

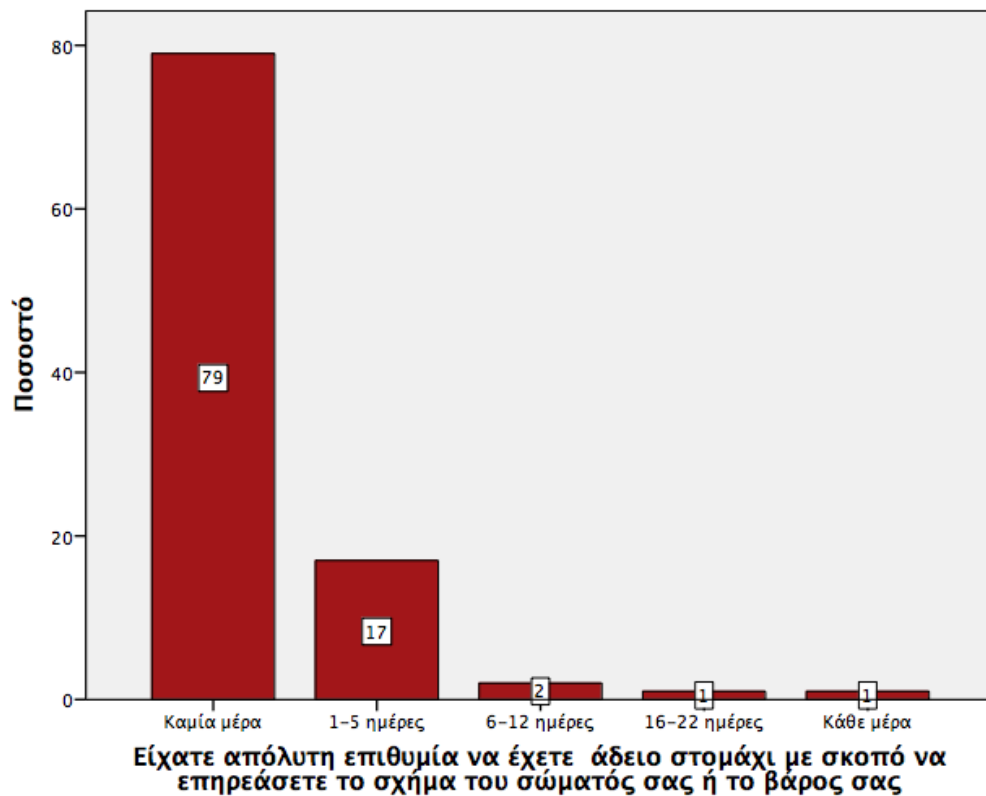
Η επόμενη ερώτηση αυτής της διάστασης αφορούσε το πόσο συχνά έχουν ακολουθήσει ορισμένους κανόνες σχετικά με τη διατροφή σας (για παράδειγμα, περιορισμός θερμίδων) για να επηρεάσουν το σχήμα ή το βάρος τους. Τα αποτελέσματα δίνονται στο Γράφημα 11 από όπου και προκύπτει ότι ένα πολύ σημαντικό ποσοστό αθλητών ($n=43$, 43%) σε καθημερινή βάση ακολουθούν ορισμένους κανόνες σχετικά με τη διατροφή τους (για παράδειγμα, περιορισμός θερμίδων) για να επηρεάσουν το σχήμα ή το βάρος τους. Επιπλέον, το 9% ($n=9$) δήλωσε ότι ακολουθούν ορισμένους κανόνες σχετικά με τη διατροφή πολύ συχνά σε διάστημα ενός μήνα (23 έως 27 ημέρες). Τέλος, το 17% ($n=17$) των αθλητών δήλωσε ότι ποτέ δεν ακολουθούν κανόνες σχετικά με τη διατροφή ενώ το 17% ($n=17$) δήλωσε ότι το έκανε για κάποιες μέρες (1 έως 5) σε διάστημα ενός μήνα.

Προσπαθήσατε να ακολουθήσετε ορισμένους κανόνες σχετικά με τη διατροφή σας για να επηρεάσετε το σχήμα ή το βάρος σας ;



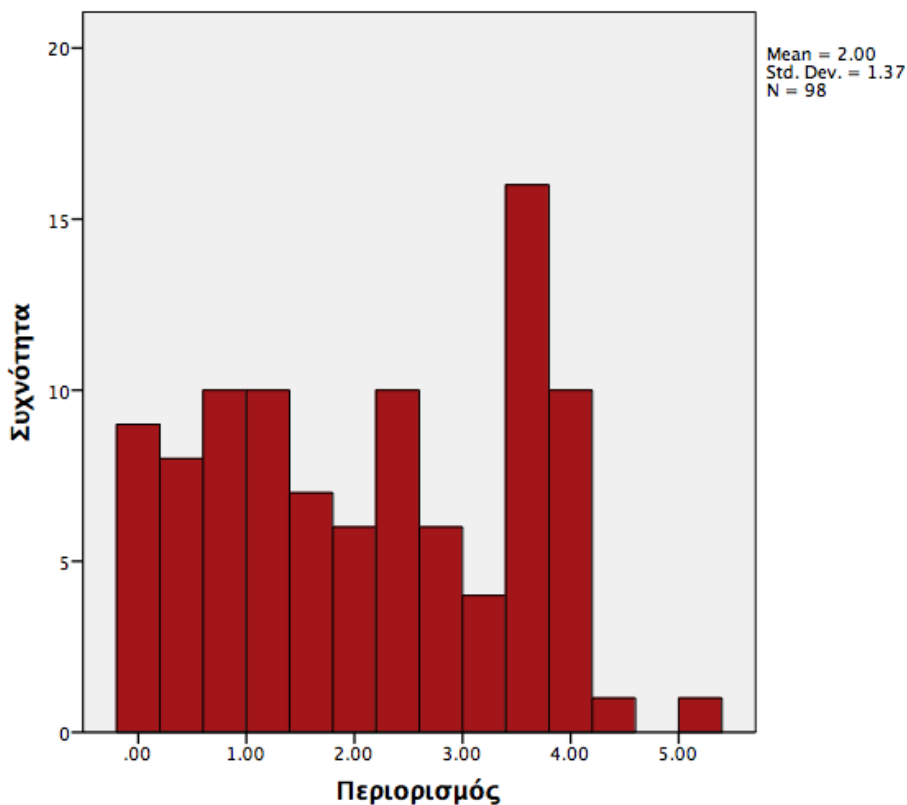
Γράφημα 51. Αποτελέσματα για το αν έχουν ακολουθήσει ορισμένους κανόνες σχετικά με τη διατροφή τους (για παράδειγμα, περιορισμός θερμίδων) για να επηρεάσουν το σχήμα ή το βάρος τους

Η τελευταία ερώτηση αυτής της διάστασης αφορούσε το πόσο συχνά είχαν απόλυτη επιθυμία να έχουν άδειο στομάχι με σκοπό να επηρεάσουν το σχήμα ή το βάρος τους. Τα αποτελέσματα δίνονται στο Γράφημα 12 από όπου και προκύπτει ότι ένα πολύ σημαντικό ποσοστό αθλητών ($n=79$, 79%) δεν είχαν ποτέ την επιθυμία να έχουν άδειο στομάχι με σκοπό να επηρεάσουν το σχήμα ή το βάρος τους. Επιπλέον, παρατηρούμε ότι το 17% ($n=17$) απάντησε ότι είχε την επιθυμία να έχουν άδειο στομάχι από 1 έως 5 ημέρες σε διάστημα 1 μήνα.



Γράφημα 52. Αποτελέσματα για το αν είχαν απόλυτη επιθυμία να έχουν άδειο στομάχι με σκοπό να επηρεάσουν το σχήμα ή το βάρος τους

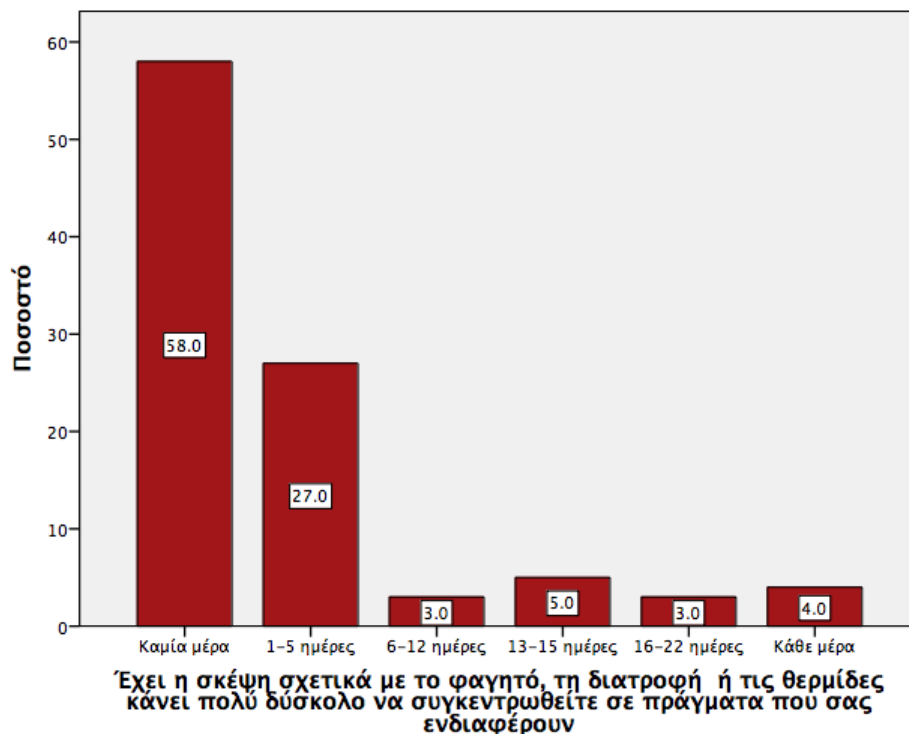
Τέλος, απο τις ερωτήσεις που συγκαταλέγονται σε αυτήν την διάσταση υπολογίζεται το μέσο σκορ των διατροφικών διαταραχών που σχετίζεται με τους περιορισμούς στην διατροφή. Το σκορ της διάστασης μπορεί να πάρει τιμές από 0 έως 6 και προκύπτει ως η μέση τιμή των ερωτήσεων που παρουσιάστηκαν παραπάνω. Τα αποτελέσματα δίνονται στο Γράφημα 13. Η μέση τιμή της διάστασης που αφορά τους διατροφικούς περιορισμούς είναι ίσο με 2 ± 1.37 με εύρος τιμών απο 0 έως 5. Η μέση τιμή της διάστασης μας δείχνει ότι οι περισσότεροι αθλητές είχαν ήπιες διατροφικές διαταραχές που σχετίζονται με περιορισμούς στην διατροφή. Επιπλέον, παρατηρούμε ότι υπάρχουν κάποιοι αθλητές οι οποίοι έχουν υψηλό σκόρ (άνω του 4) στην συγκεκριμένη διάσταση. Οι συγκεκριμένοι αθλητές εκφράζουν μεγάλου βαθμού διατροφικές διαταραχές που σχετίζονται με περιορισμούς στην διατροφή.



Γράφημα 53. Κατανομή διάστασης που αφορά τους περιορισμούς στην διατροφή

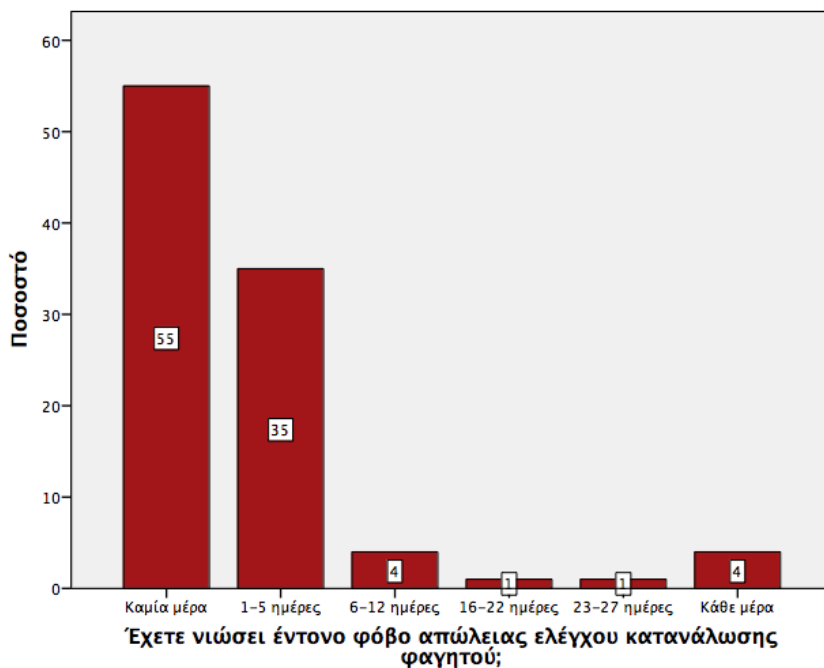
Ανησυχία για την διατροφή

Η δεύτερη διάσταση του εργαλείου διατροφικών διαταραχών αφορά την ανησυχία για την διατροφή. Η πρώτη ερώτηση αυτής της διάστασης αφορούσε το πόσο συχνά η σκέψη σχετικά με το φαγητό, τη διατροφή ή τις θερμίδες κάνει πολύ δύσκολο να συγκεντρωθούν σε πράγματα που τους ενδιαφέρουν (για παράδειγμα, εργασία, παρακολούθηση μιας συζήτησης, διάβασμα) Τα αποτελέσματα δίνονται στο Γράφημα 14 από όπου και προκύπτει ότι το 58% (n=58) των αθλητών ποτέ δεν αντιμετώπισαν δυσκολίες στο να συγκεντρωθούν σε πράγματα που τους ενδιαφέρουν λόγω της σκέψης τους στο φαγητό. Επιπλέον, το 27% (n=27) δήλωσαν ότι αντιμετώπισαν τέτοιου είδους προβλήματα 1 με 5 ημέρες σε διάστημα ενός μήνα. Τέλος, το 15% (n=15) των αθλητών δήλωσαν ότι αντιμετώπισαν τέτοιου είδους προβλήματα ποιο συχνά (άνω των 6 ημερών ανά μήνα).



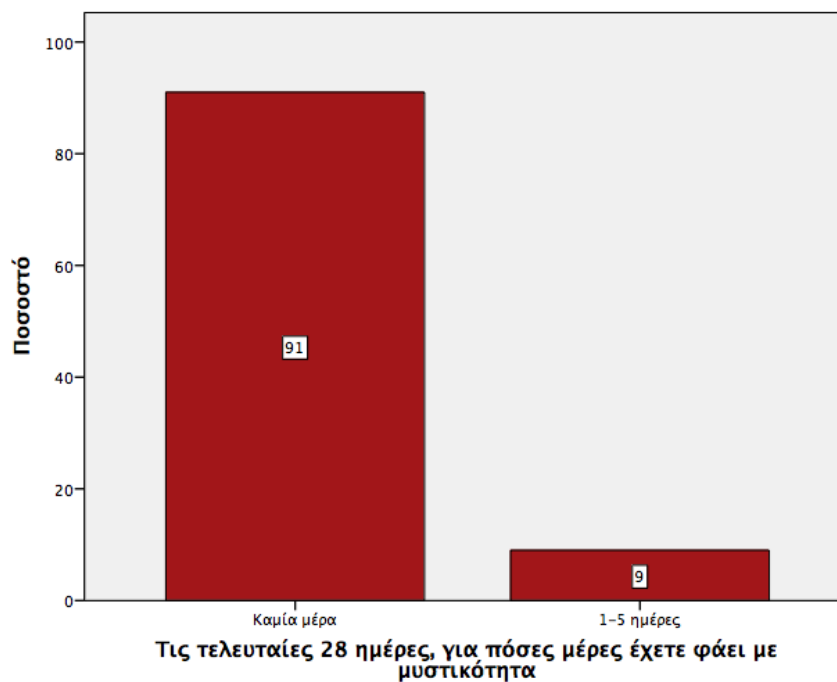
Γράφημα 54. Αποτελέσματα για το κατά πόσο η σκέψη σχετικά με το φαγητό, τη διατροφή ή τις θερμίδες κάνει πολύ δύσκολο να συγκεντρωθούν σε πράγματα που τους ενδιαφέρουν (για παράδειγμα, εργασία, παρακολούθηση μιας συζήτησης, διάβασμα)

Η δεύτερη ερώτηση αυτής της διάστασης αφορούσε το πόσο συχνά έχουν νιώσει έντονο φόβο απώλειας ελέγχου κατανάλωσης φαγητού. Τα αποτελέσματα δίνονται στο Γράφημα 15 από όπου και προκύπτει ότι το 55% (n=55) των αθλητών ποτέ δεν ένιωσαν έντονο φόβο απώλειας ελέγχου κατανάλωσης φαγητού. Επιπλέον, το 35% (n=35) δήλωσαν ότι αντιμετώπισαν τέτοιου είδους προβλήματα (φόβο απώλειας ελέγχου κατανάλωσης φαγητού) 1 με 5 ημέρες σε διάστημα ενός μήνα. Τέλος, μόλις το 10% (n=10) των αθλητών δήλωσαν ότι αντιμετώπισαν τέτοιου είδους προβλήματα ποιο συχνά (άνω των 6 ημερών ανά μήνα).



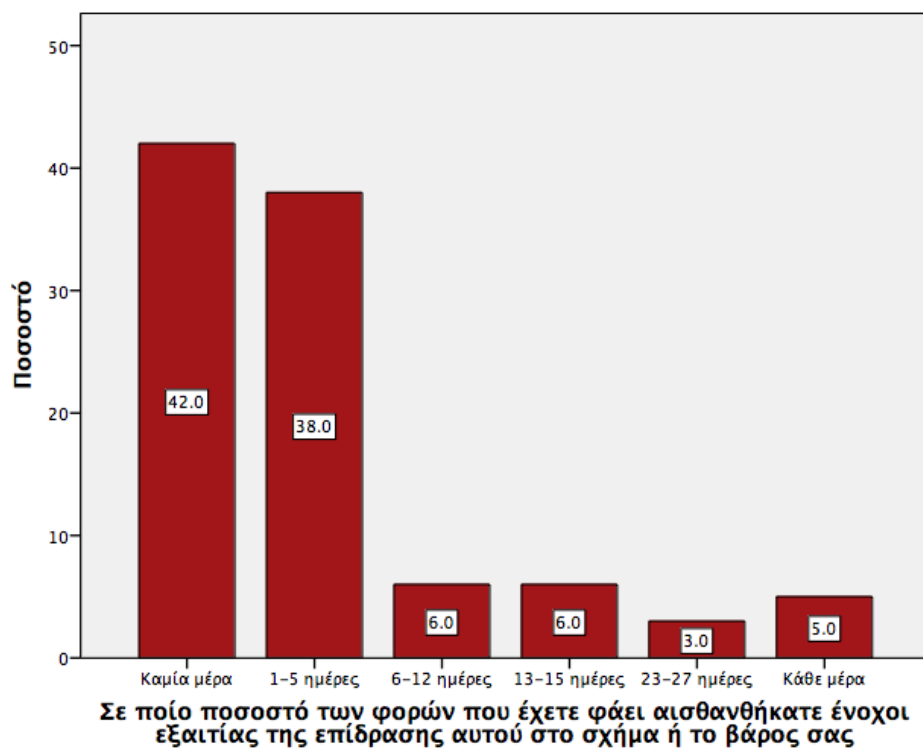
Γράφημα 55. Αποτελέσματα για το κατά πόσο έχουν νιώσει έντονο φόβο απώλειας ελέγχου κατανάλωσης φαγητού

Η επόμενη ερώτηση αυτής της διάστασης αφορούσε το κατά πόσο συχνά τις τελευταίες 28 ημέρες, έχουν φάει με μυστικότητα (δηλαδή, στα κρυφά). Τα αποτελέσματα δίνονται στο Γράφημα 16 από όπου και προκύπτει ότι το 91% (n=91) των αθλητών ποτέ δεν έφαγαν με μυστικότητα κατά τον τελευταίο μήνα ενώ το 9% (n=9) δήλωσαν ότι έφαγαν με μυστικότητα κατά τον τελευταίο μήνα με συχνότητα από 1 έως 5 ημέρες.



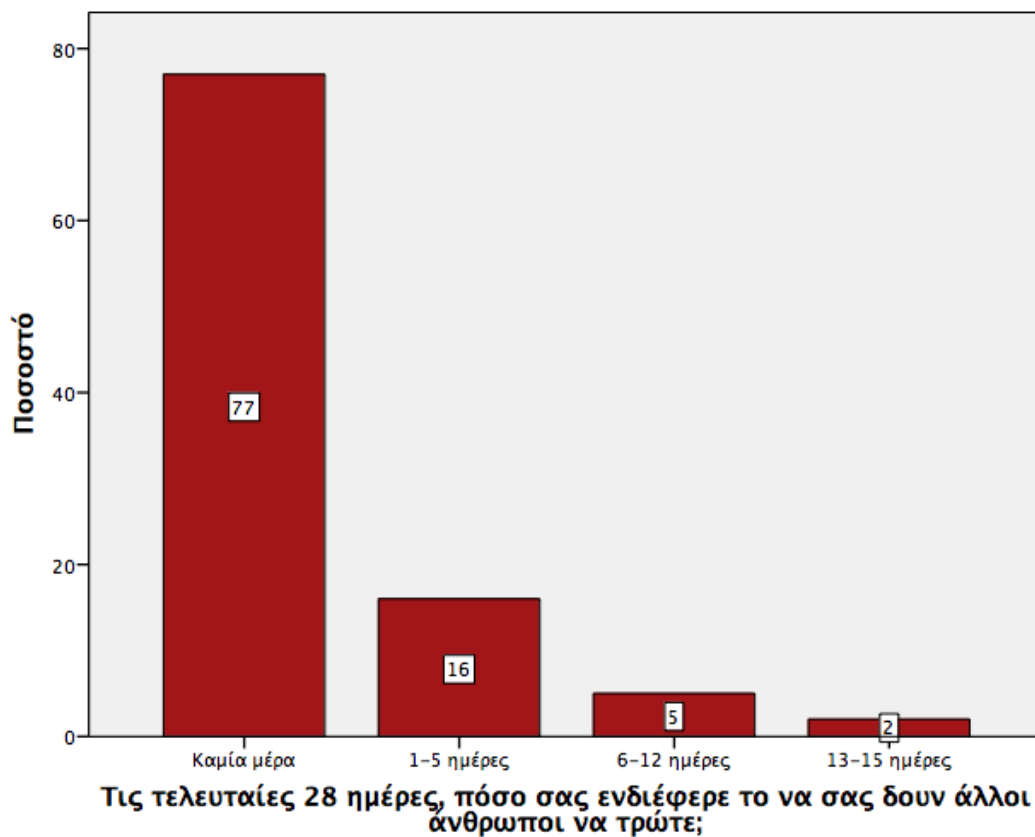
Γράφημα 56. Αποτελέσματα για το κατά πόσο συχνά τις τελευταίες 28 ημέρες, έχουν φάει με μυστικότητα (δηλαδή, στα κρυφά)

Η επόμενη ερώτηση αυτής της διάστασης αφορούσε κατά πόσο συχνά έχουν αισθανθεί ένοχοι για τις φορές που έφαγαν και της επίδρασης αυτού στο σχήμα ή το βάρος τους. Τα αποτελέσματα δίνονται στο Γράφημα 17 από όπου και προκύπτει ότι το 42% (n=42) των αθλητών ποτέ δεν αισθάνθηκαν κατά τον τελευταίο μήνα ένοχοι εξαιτίας των φορών που έφαγαν και της επίδρασης αυτού στο σχήμα ή το βάρος τους. Επιπρόσθετα, το 38% (n=38) των αθλητών αισθάνθηκαν κάποιες μέρες (1 έως 5) κατά τον τελευταίο μήνα ένοχοι εξαιτίας των φορών που έφαγαν και της επίδρασης αυτού στο σχήμα ή το βάρος τους. Τέλος, το 12% (n=12) αισθάνθηκαν ένοχοι για το λόγο αυτό από 6 έως 15 ημέρες και το 8% (n=8) αισθάνθηκαν ένοχοι για το λόγο αυτό για περισσότερες από 23 ημέρες.



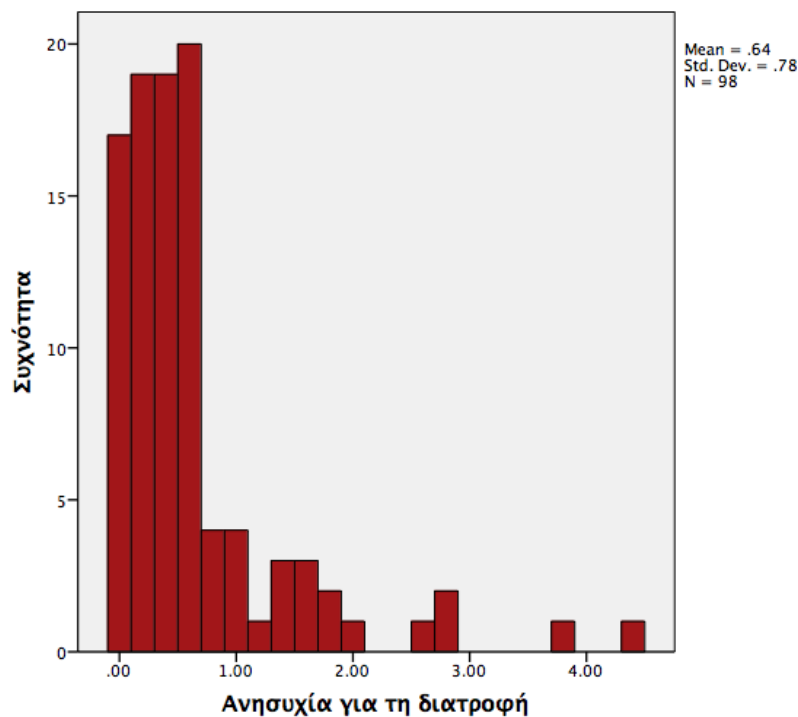
Γράφημα 57. Αποτελέσματα για το κατά πόσο συχνά έχουν αισθανθεί ένοχοι εξαιτίας της επίδρασης αυτού στο σχήμα ή το βάρος τους

Η τελευταία ερώτηση αυτής της διάστασης αφορούσε κατά πόσο συχνά τις τελευταίες 28 ημέρες, τους ενδιέφερε το να τους δουν άλλοι άνθρωποι να τρώνε. Τα αποτελέσματα δίνονται στο Γράφημα 18 από όπου και προκύπτει ότι το 77% (n=77) των αθλητών ποτέ δεν αισθάνθηκαν τις τελευταίες 28 ημέρες, ότι τους ενδιέφερε το να τους δουν άλλοι άνθρωποι να τρώνε. Επιπρόσθετα, το 16% (n=16) των αθλητών αισθάνθηκαν τις τελευταίες 28 ημέρες από 1 έως 5 φορές, ότι τους ενδιέφερε το να τους δουν άλλοι άνθρωποι να τρώνε.



Γράφημα 58. Αποτελέσματα για το κατά πόσο συχνά τις τελευταίες 28 ημέρες, τους ενδιέφερε το να τους δουν άλλοι άνθρωποι να τρώνε

Τέλος, από τις ερωτήσεις που συγκαταλέγονται σε αυτήν την διάσταση υπολογίζεται το μέσο σκορ των διατροφικών διαταραχών που σχετίζεται με τις ανησυχίες για την διατροφή. Το σκορ της διάστασης μπορεί να πάρει τιμές από 0 έως 6 και προκύπτει ως η μέση τιμή των ερωτήσεων που παρουσιάστηκαν παραπάνω. Τα αποτελέσματα δίνονται στο Γράφημα 19. Η μέση τιμή της διάστασης που αφορά τις ανησυχίες για την διατροφή είναι ίσο με 0.64 ± 0.78 με εύρος τιμών από 0 έως 4.5. Η μέση τιμή της διάστασης μας δείχνει ότι οι περισσότεροι αθλητές είχαν πολύ χαμηλού βαθμού διατροφικές διαταραχές που σχετίζονται με τις ανησυχίες για την διατροφή. Επιπλέον, παρατηρούμε ότι υπάρχουν ελάχιστοι αθλητές οι οποίοι έχουν υψηλό σκόρ (άνω του 4) στην συγκεκριμένη διάσταση.

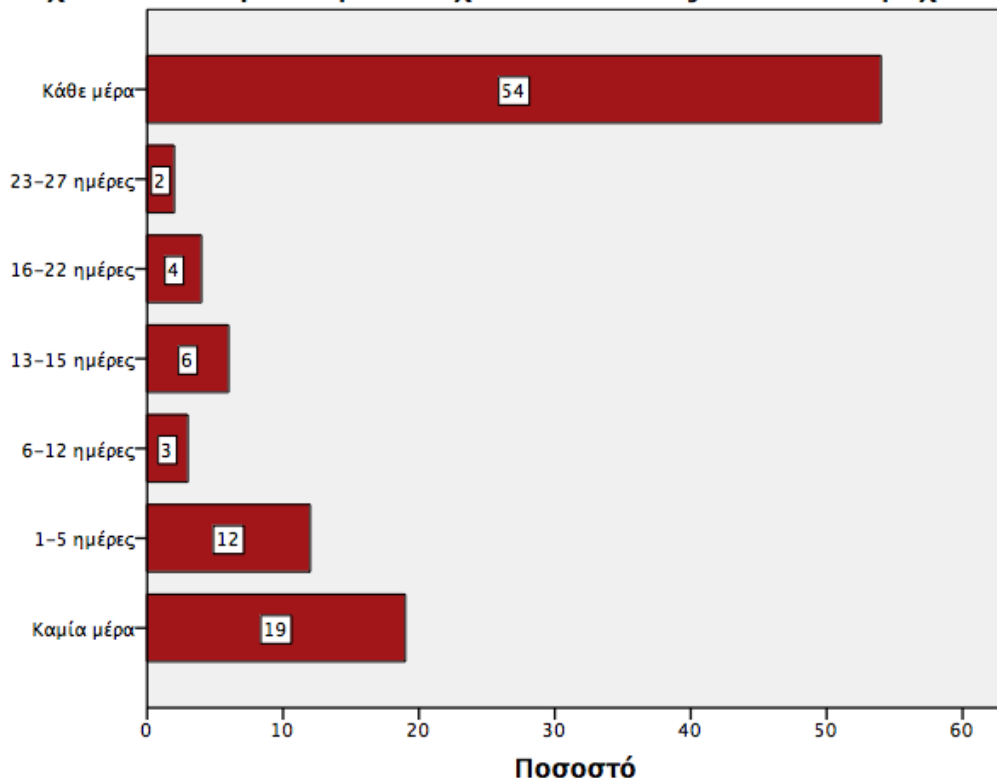


Γράφημα 59. Κατανομή διάστασης που αφορά την ανησυχία για την διατροφή

Ανησυχία για το σχήμα του σώματος

Η τρίτη διάσταση του εργαλείου διατροφικών διαταραχών αφορά την ανησυχία για το σχήμα του σώματος. Η πρώτη ερώτηση αυτής της διάστασης αφορούσε το πόσο συχνά είχαν την απόλυτη επιθυμία να έχουν ένα εντελώς επίπεδο στομάχι. Τα αποτελέσματα δίνονται στο Γράφημα 20 από όπου και προκύπτει ότι το 54% (n=54) των αθλητών καθημερινά κατά τον τελευταίο μήνα είχαν την απόλυτη επιθυμία να έχουν ένα εντελώς επίπεδο στομάχι. Αντίθετα, το 19% (n=19) των συμμετεχόντων δήλωσαν ότι ποτέ κατά τον τελευταίο μήνα δεν είχαν την απόλυτη επιθυμία να έχουν ένα εντελώς επίπεδο στομάχι ενώ το 12% (n=12) δήλωσαν ότι είχαν την απόλυτη επιθυμία να έχουν ένα εντελώς επίπεδο στομάχι κάποιες μέρες το μήνα (1 έως 5 ημέρες).

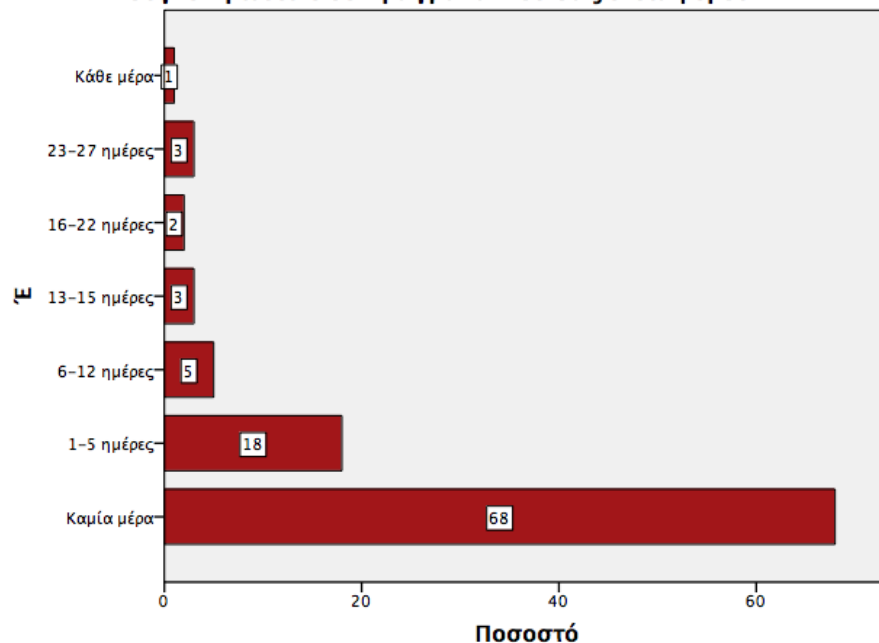
Είχατε απόλυτη επιθυμία να έχετε ένα εντελώς επίπεδο στομάχι



Γράφημα 60. Αποτελέσματα για το πόσο συχνά είχαν την απόλυτη επιθυμία να έχουν ένα εντελώς επίπεδο στομάχι

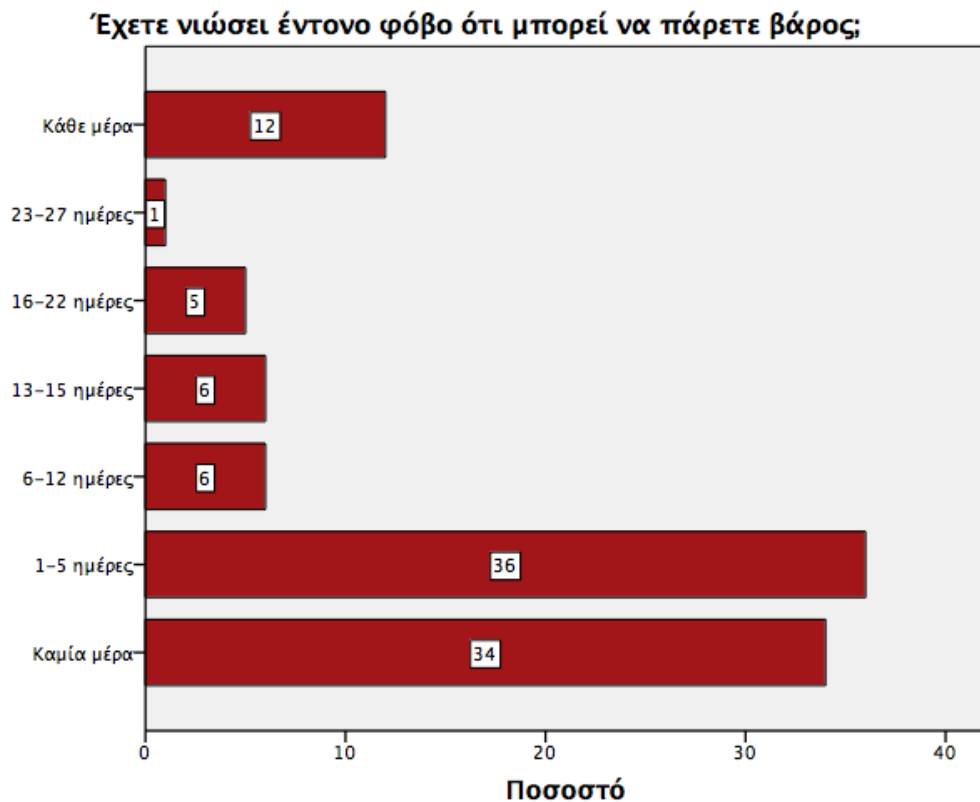
Η δεύτερη ερώτηση αυτής της διάστασης αφορούσε το πόσο συχνά ήταν πολύ δύσκολο να συγκεντρωθούν σε πράγματα που τους ενδιαφέρουν (για παράδειγμα, εργασία, παρακολούθηση μιας συζήτησης, διάβασμα) λόγω της σκέψης του σχήματος ή του βάρους τους. Τα αποτελέσματα δίνονται στο Γράφημα 21 από όπου και προκύπτει ότι το 68% (n=68) των αθλητών ποτέ δεν αντιμετώπισαν δυσκολίες να συγκεντρωθούν σε πράγματα που τους ενδιαφέρουν (για παράδειγμα, εργασία, παρακολούθηση μιας συζήτησης, διάβασμα) λόγω της σκέψης του σχήματος ή του βάρους τους. Επιπλέον το 18% (n=18) δήλωσαν ότι αντιμετώπισαν δυσκολίες να συγκεντρωθούν σε πράγματα που τους ενδιαφέρουν (για παράδειγμα, εργασία, παρακολούθηση μιας συζήτησης, διάβασμα) λόγω της σκέψης του σχήματος ή του βάρους τους 1 με 5 ημέρες κατά τον τελευταίο μήνα.

Έχει η σκέψη σχετικά με το σχήμα ή το βάρος κάνει πολύ δύσκολο να συγκεντρωθείτε σε πράγματα που σας ενδιαφέρουν



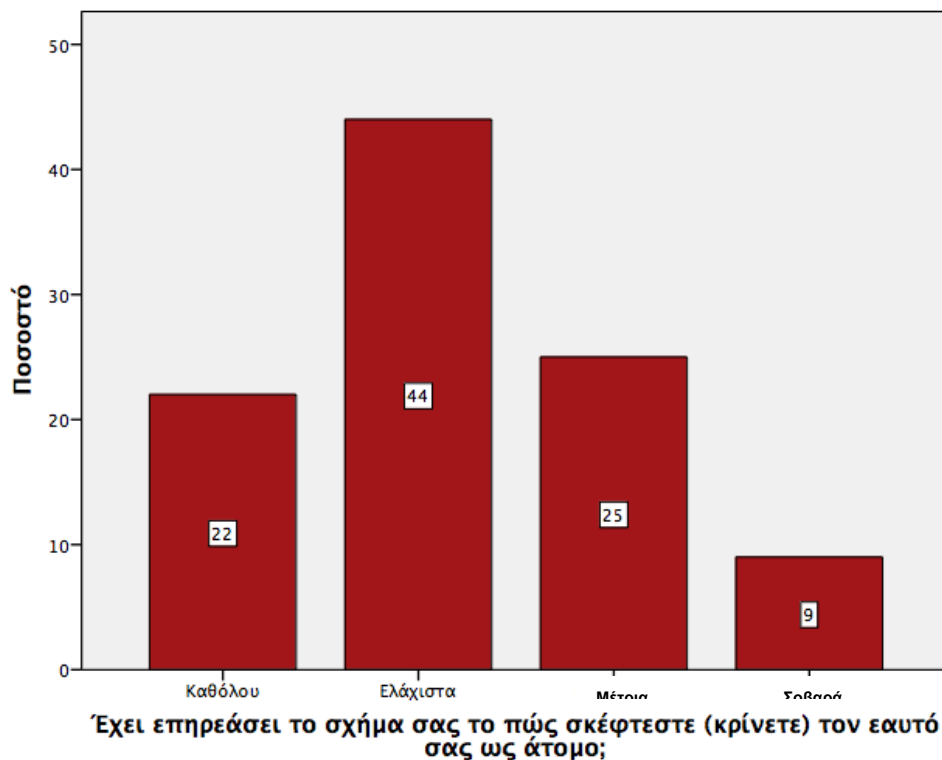
Γράφημα 61. Αποτελέσματα για το πόσο συχνά ήταν πολύ δύσκολο να συγκεντρωθούν σε πράγματα που τους ενδιαφέρουν (για παράδειγμα, εργασία, παρακολούθηση μιας συζήτησης, διάβασμα) λόγω της σκέψης του σχήματος ή του βάρους τους

Η επόμενη ερώτηση αυτής της διάστασης αφορούσε το πόσο συχνά έχουν νιώσει έντονο φόβο ότι μπορεί να πάρουν βάρος. Τα αποτελέσματα δίνονται στο Γράφημα 22 από όπου και προκύπτει ότι το 34% (n=34) των αθλητών ποτέ δεν ένιωσαν έντονο φόβο ότι μπορεί να πάρουν βάρος κατά τον τελευταίο μήνα. Επιπλέον, το 36% (n=36) δήλωσαν ότι ένιωσαν έντονο φόβο ότι μπορεί να πάρουν βάρος μόνο κάποιες μέρες μέσα στο μήνα (1 με 5 ημέρες). Τέλος, το 12% (n=12) δήλωσαν ότι ένιωσαν έντονο φόβο ότι μπορεί να πάρουν βάρος καθημερινά κατά τον τελευταίο μήνα.



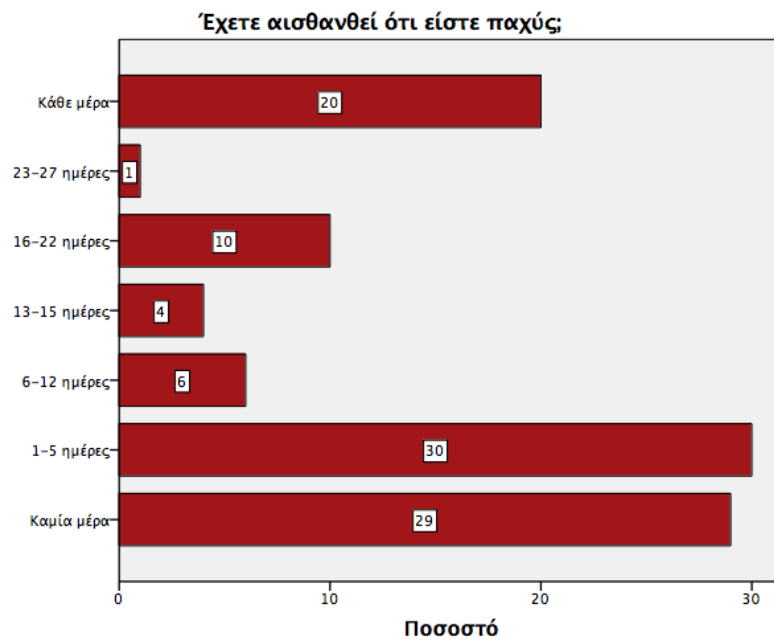
Γράφημα 62. Αποτελέσματα για το πόσο συχνά έχουν νιώσει έντονο φόβο ότι μπορεί να πάρουν βάρος

Η επόμενη ερώτηση αυτής της διάστασης αφορούσε το πόσο συχνά έχει επηρεάσει το σχήμα τους το πώς σκέφτονται (κρίνουν) τον εαυτό τους ως άτομο. Τα αποτελέσματα δίνονται στο Γράφημα 23 από όπου και προκύπτει ότι το 22% (n=22) των αθλητών ποτέ δεν έχουν επηρεαστεί από το σχήμα του σώματος τους για το πως σκέφτονται (κρίνουν) τον εαυτό τους ως άτομο. Επιπλέον, το 44% (n=44) των αθλητών δήλωσαν ότι έχουν επηρεαστεί ελάχιστα από το σχήμα του σώματος τους για το πως σκέφτονται (κρίνουν) τον εαυτό τους ως άτομο, το 25% (n=25) των αθλητών δήλωσαν ότι έχουν επηρεαστεί μέτρια και τέλος, το 9% (n=9) δήλωσαν ότι έχουν επηρεαστεί σοβαρά από το σχήμα του σώματος τους για το πως σκέφτονται (κρίνουν) τον εαυτό τους ως άτομο.



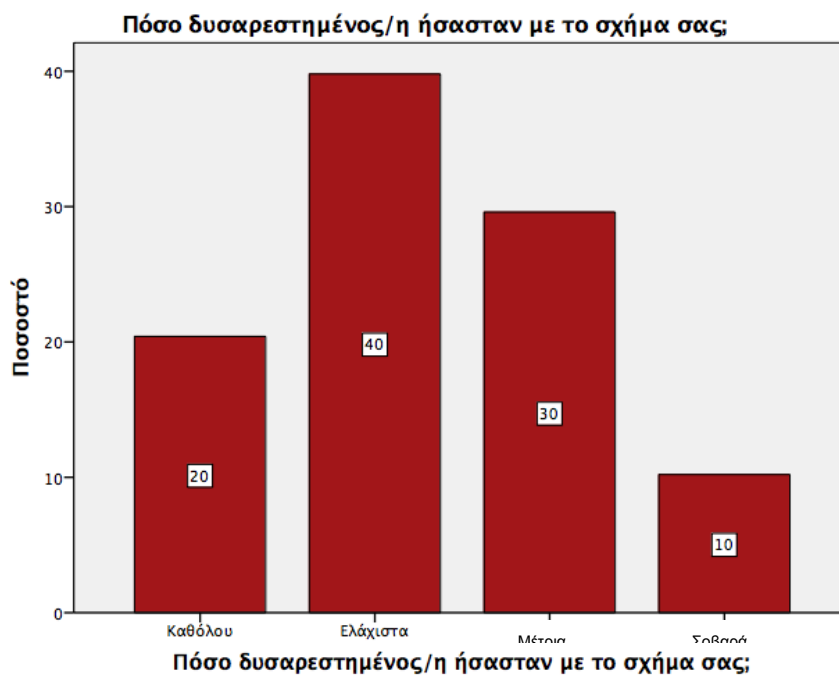
Γράφημα 63. Αποτελέσματα για το πόσο συχνά έχει επηρεάσει το σχήμα τους το πώς σκέφτονται (κρίνουν) τον εαυτό τους ως άτομο

Η επόμενη ερώτηση αυτής της διάστασης αφορούσε το πόσο συχνά έχουν αισθανθεί ότι είναι παχύς. Τα αποτελέσματα δίνονται στο Γράφημα 24 από όπου και προκύπτει ότι το 29% (n=29) των αθλητών ποτέ δεν ένιωσαν ότι είναι παχύς ενώ το 30% (n=30) αισθάνθηκαν ότι είναι παχύς λίγες μέρες μέσα στον μήνα (1 με 5 ημέρες). Τέλος, το 20% (n=20) δήλωσαν ότι σε καθημερινή βάση αισθάνονται ότι έχουν παραπάνω κιλά.



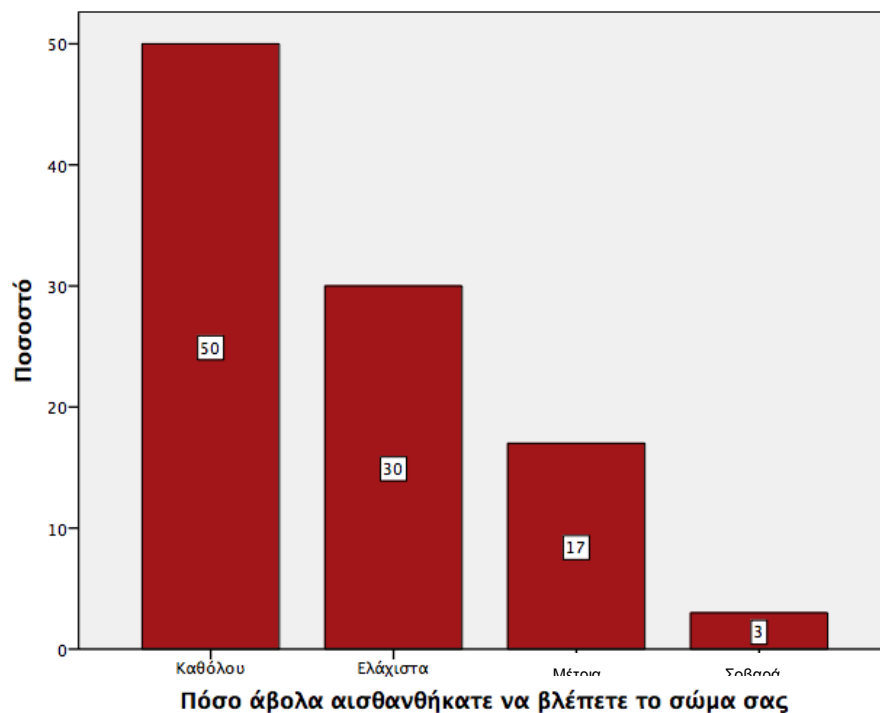
Γράφημα 64. Αποτελέσματα για το πόσο συχνά έχουν αισθανθεί ότι είναι παχύς

Η επόμενη ερώτηση αυτής της διάστασης αφορούσε το πόσο συχνά ήταν δυσαρεστημένοι με το σχήμα τους. Τα αποτελέσματα δίνονται στο Γράφημα 25 από όπου και προκύπτει ότι το 20% (n=20) των αθλητών δεν είναι καθόλου δυσαρεστημένοι με το σχήμα τους, το 40% (n=40) των αθλητών είναι ελάχιστα δυσαρεστημένοι με το σχήμα τους, το 30% (n=30) των αθλητών είναι μέτρια και το 10% (n=10) των αθλητών είναι σοβαρά δυσαρεστημένοι με το σχήμα τους.



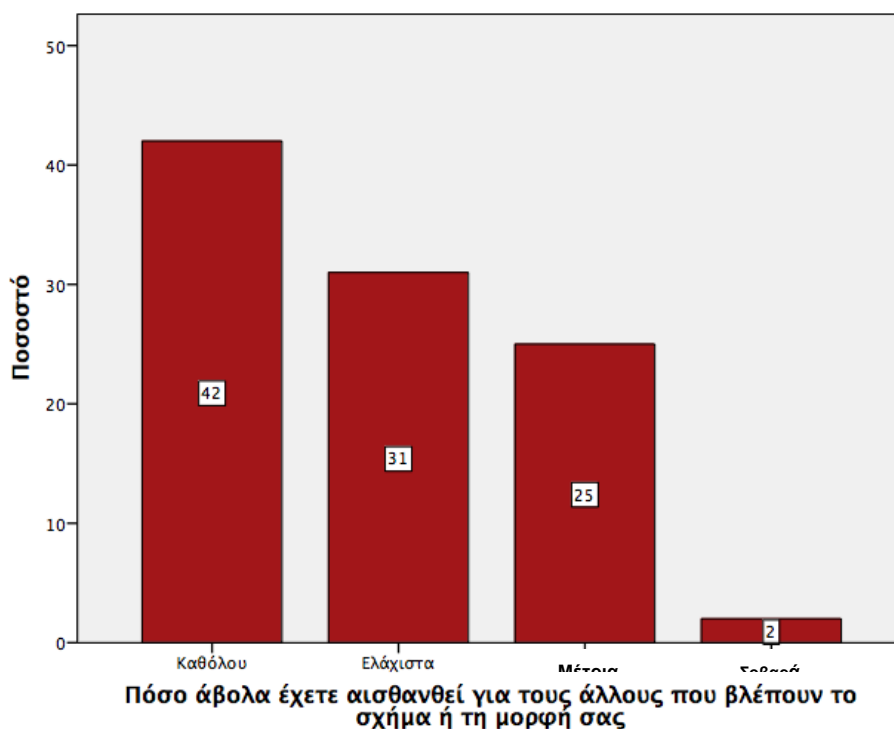
Γράφημα 65. Αποτελέσματα για το πόσο συχνά ήταν δυσαρεστημένοι με το σχήμα τους

Η επόμενη ερώτηση αφορούσε το πόσο συχνά έχουν αισθανθεί άβολα με το να βλέπουν το σώμα τους. Τα αποτελέσματα δίνονται στο Γράφημα 26 από όπου και προκύπτει ότι το 50% (n=50) των αθλητών δεν αισθάνονται καθόλου άβολα με το να βλέπουν το σώμα τους, το 30% των αθλητών αισθάνονται ελάχιστα άβολα, το 17% (n=17) των αθλητών αισθάνονται μέτρια άβολα και το 3% (n=3) των αθλητών αισθάνονται σοβαρά άβολα με το να βλέπουν το σώμα τους.



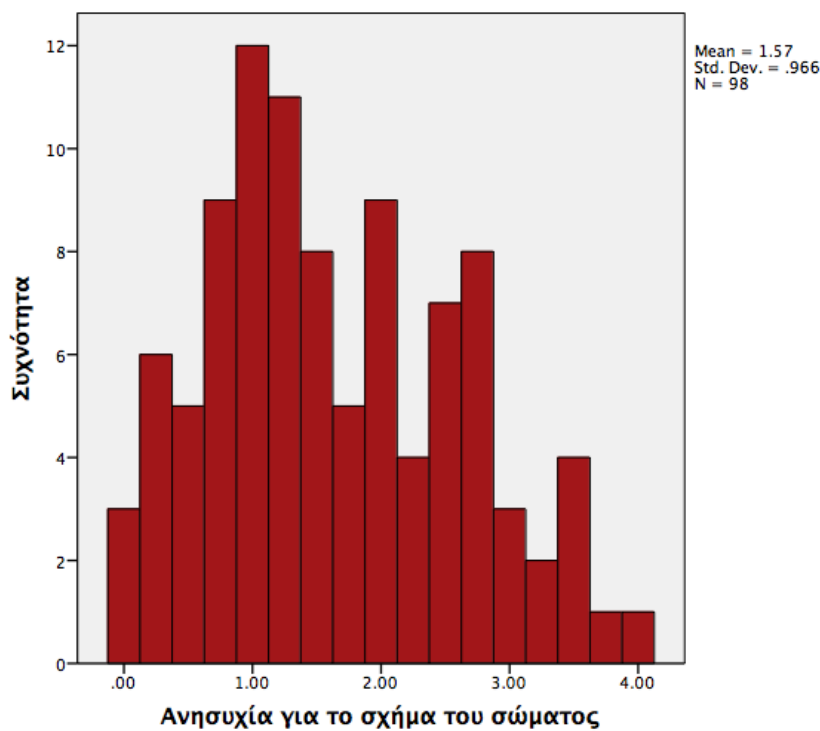
Γράφημα 66. Αποτελέσματα για το πόσο συχνά έχουν αισθανθεί άβολα με το να βλέπουν το σώμα τους

Η τελευταία ερώτηση αφορούσε το πόσο συχνά έχουν αισθανθεί άβολα για τους άλλους που βλέπουν το σχήμα τους και την μορφή τους. Τα αποτελέσματα δίνονται στο Γράφημα 27 από όπου και προκύπτει ότι το 42% (n=42) των αθλητών δεν αισθάνονται καθόλου άβολα με τους άλλους που βλέπουν το σχήμα τους και την μορφή τους, το 31% (n=31) των αθλητών αισθάνονται ελάχιστα άβολα, το 25% (n=25) των αθλητών αισθάνονται μέτρια άβολα και το 2% (n=2) των αθλητών αισθάνονται σοβαρά άβολα με τους άλλους που βλέπουν το σχήμα του σώματός τους και την μορφή τους.



Γράφημα 67. Αποτελέσματα για το πόσο συχνά έχουν αισθανθεί άβολα για τους άλλους που βλέπουν το σχήμα τους και την μορφή τους

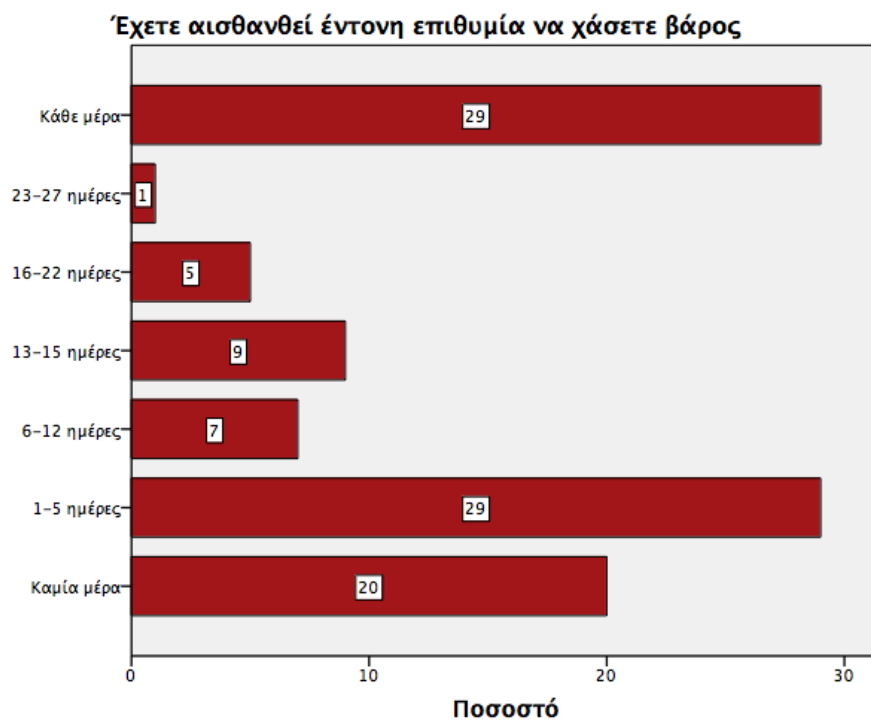
Τέλος, απο τις ερωτήσεις που συγκαταλέγονται σε αυτήν την διάσταση υπολογίζεται το μέσο σκορ των διατροφικών διαταραχών που σχετίζεται με τις ανησυχίες για το σχήμα του σώματος. Το σκορ της διάστασης μπορεί να πάρει τιμές από 0 έως 6 και προκύπτει ως η μέση τιμή των ερωτήσεων που παρουσιάστηκαν παραπάνω. Τα αποτελέσματα δίνονται στο Γράφημα 28. Η μέση τιμή της διάστασης που αφορά τις ανησυχίες για το σχήμα του σώματος είναι ίση με 1.57 ± 0.97 με εύρος τιμών απο 0 έως 4. Η μέση τιμή της διάστασης μας δείχνει ότι οι περισσότεροι αθλητές είχαν χαμηλού βαθμού διατροφικές διαταραχές που σχετίζονται με τις ανησυχίες για το σχήμα του σώματος. Επιπλέον, παρατηρούμε ότι δεν υπάρχει κανένας αθλητής που να έχει υψηλό σκόρ (άνω του 4) στην συγκεκριμένη διάσταση.



Γράφημα 68. Κατανομή διάστασης που αφορά την ανησυχία για το σχήμα του σώματος

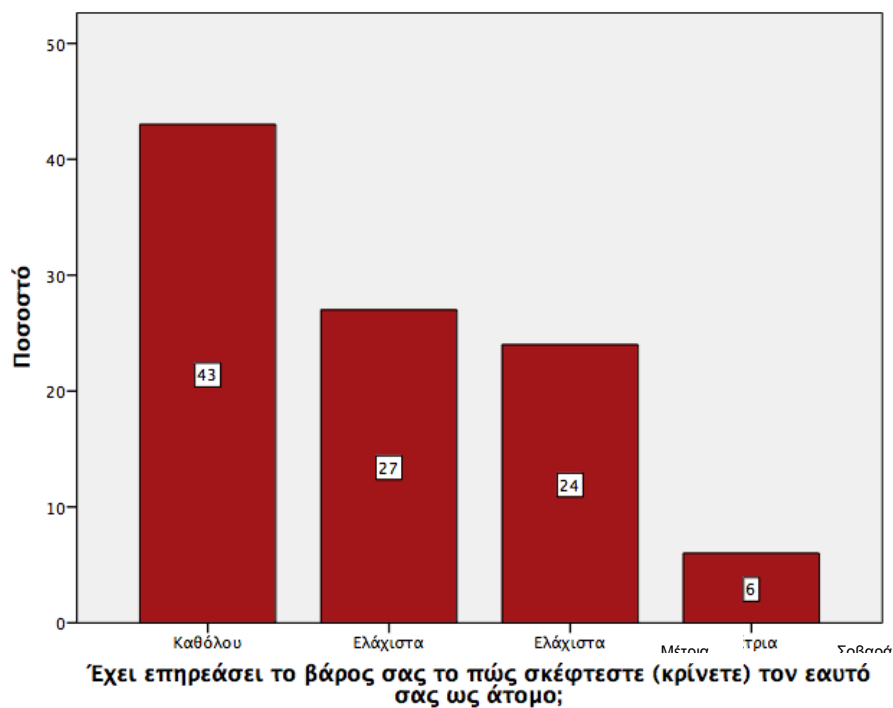
Ανησυχία για το βάρος του σώματος

Η τέταρτη και τελευταία διάσταση του εργαλείου διατροφικών διαταραχών αφορά την ανησυχία για το βάρος του σώματος. Η πρώτη ερώτηση αυτής της διάστασης αφορούσε το πόσο συχνά έχουν αισθανθεί έντονη επιθυμία να χάσουν βάρος. Τα αποτελέσματα δίνονται στο Γράφημα 29 από όπου και προκύπτει ότι το 29% (n=29) των αθλητών καθημερινά κατά τον τελευταίο μήνα είχαν αισθανθεί έντονη επιθυμία να χάσουν βάρος. Αντίθετα, το 20% (n=20) των συμμετεχόντων δήλωσαν ότι ποτέ κατά τον τελευταίο μήνα δεν είχαν αισθανθεί έντονη επιθυμία να χάσουν βάρος ενώ το 29% (n=29) δήλωσαν ότι είχαν αισθανθεί έντονη επιθυμία να χάσουν βάρος κάποιες μέρες το μήνα (1 έως 5 ημέρες).



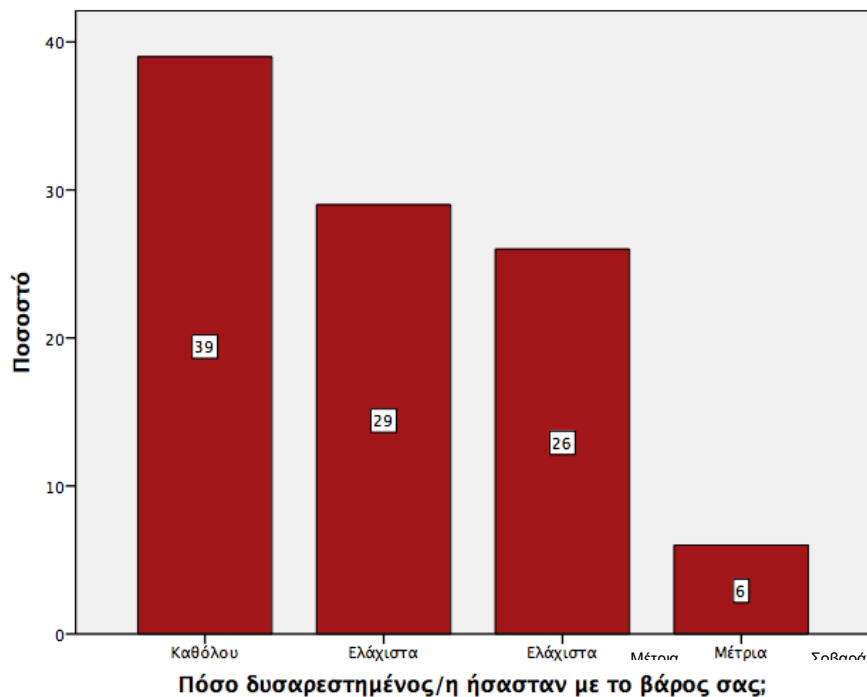
Γράφημα 69. Αποτελέσματα για το πόσο συχνά έχουν αισθανθεί έντονη επιθυμία να χάσουν βάρος

Η δεύτερη ερώτηση αυτής της διάστασης αφορούσε το πόσο συχνά έχει επηρεάσει το βάρος τους το πώς σκέφτονται (κρίνουν) τον εαυτό τους ως άτομο. Τα αποτελέσματα δίνονται στο Γράφημα 30 από όπου και προκύπτει ότι το 43% (n=43) των αθλητών απάντησε ότι βάρος τους δεν επηρεάζει καθόλου πώς σκέφτονται (κρίνουν) τον εαυτό τους ως άτομο. Επιπλέον, το 27% (n=27) των συμμετεχόντων δήλωσαν ότι βάρος τους επηρεάζει ελάχιστα πώς σκέφτονται (κρίνουν) τον εαυτό τους ως άτομο, το 24% (n=24) των συμμετεχόντων δήλωσαν ότι βάρος τους επηρεάζει μέτρια πώς σκέφτονται (κρίνουν) τον εαυτό τους ως άτομο και το 6% (n=6) των συμμετεχόντων δήλωσαν ότι βάρος τους επηρεάζει σε σοβαρό βαθμό το πώς σκέφτονται (κρίνουν) τον εαυτό τους ως άτομο.



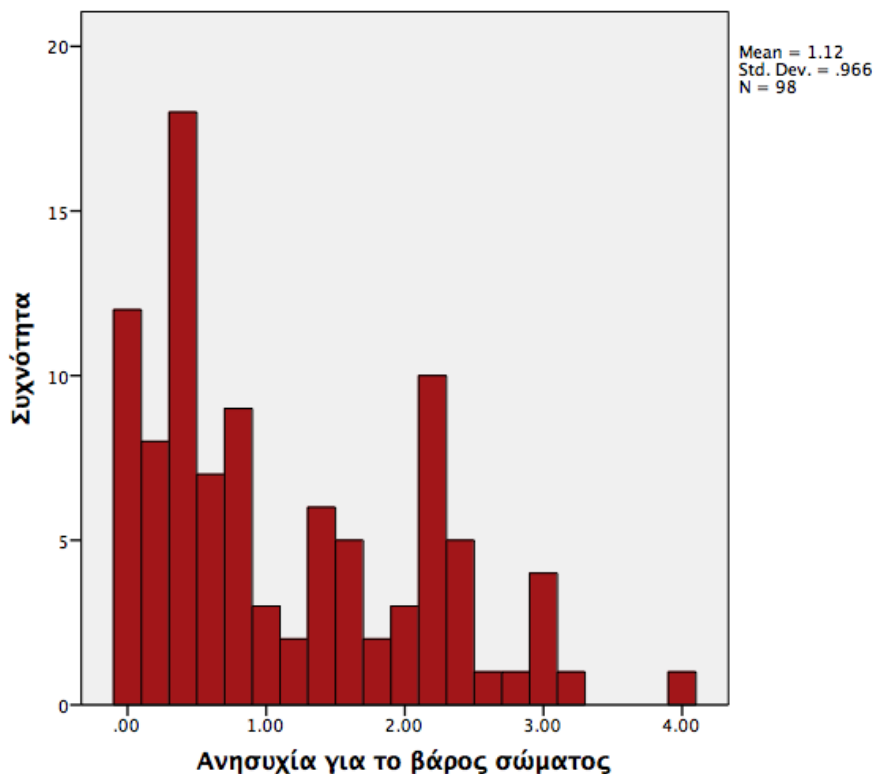
Γράφημα 70. Αποτελέσματα για το πόσο συχνά έχει επηρεάσει το βάρος τους το πώς σκέφτονται (κρίνουν) τον εαυτό τους ως άτομο

Η επόμενη ερώτηση αυτής της διάστασης αφορούσε το πόσο είναι δυσαρεστημένοι είναι με το βάρος τους. Τα αποτελέσματα δίνονται στο Γράφημα 31 από όπου και προκύπτει ότι το 39% (n=39) των αθλητών απάντησε ότι δεν είναι καθόλου δυσαρεστημένοι με το βάρος τους. Επιπλέον, το 29% (n=29) των συμμετεχόντων δήλωσαν ότι είναι ελάχιστα δυσαρεστημένοι με το βάρος τους, το 26% (n=26) των συμμετεχόντων δήλωσαν ότι είναι μέτρια δυσαρεστημένοι με το βάρος τους, και το 6% (n=6) των συμμετεχόντων δήλωσαν ότι είναι σοβαρά δυσαρεστημένοι με το βάρος τους.



Γράφημα 71. Αποτελέσματα για το πόσο δυσαρεστημένοι είναι με το βάρος τους

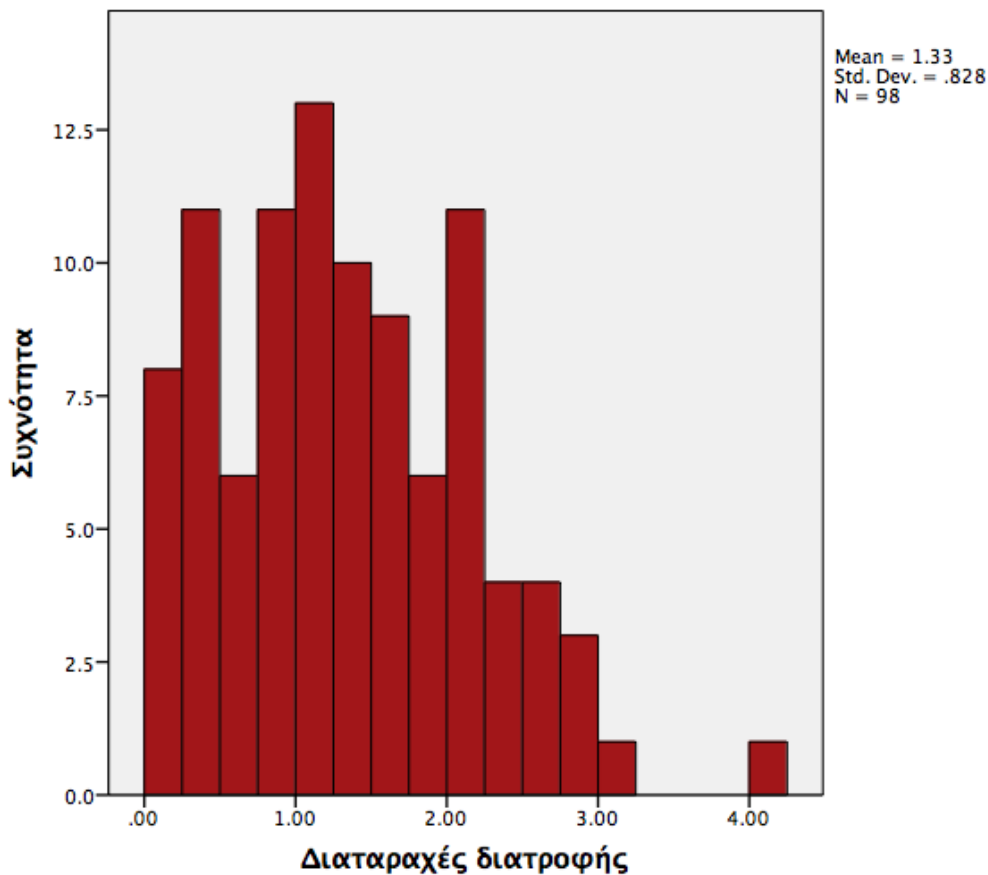
Τέλος, απο τις ερωτήσεις που συγκαταλέγονται σε αυτήν την διάσταση υπολογίζεται το μέσο σκορ των διατροφικών διαταραχών που σχετίζεται με τις ανησυχίες για το βάρος του σώματος. Το σκορ της διάστασης μπορεί να πάρει τιμές από 0 έως 6 και προκύπτει ως η μέση τιμή των ερωτήσεων που παρουσιάστηκαν παραπάνω. Τα αποτελέσματα δίνονται στο Γράφημα 32. Η μέση τιμή της διάστασης που αφορά τις ανησυχίες για το βάρος του σώματος είναι ίση με 1.12 ± 0.97 με εύρος τιμών απο 0 έως 4. Η μέση τιμή της διάστασης μας δείχνει ότι οι περισσότεροι αθλητές είχαν χαμηλού βαθμού διατροφικές διαταραχές που σχετίζονται με τις ανησυχίες για το βάρος του σώματος. Επιπλέον, παρατηρούμε ότι δεν υπάρχει κανένας αθλητής που να έχει υψηλό σκόρ (άνω του 4) στην συγκεκριμένη διάσταση.



Γράφημα 72. Κατανομή διάστασης που αφορά την ανησυχία για το βάρος του σώματος

Συνολική κλίμακα διατροφικών διαταραχών

Το συνολικό σκορ της κλίμακας διατροφικών διαταραχών υπολογίζεται ως η μέση τιμή των επιμέρους 4 διαστάσεων των διατροφικών διαταραχών. Το σκορ μπορεί να πάρει τιμές από 0 έως 6 και τα αποτελέσματα δίνονται στο Γράφημα 33. Η μέση τιμή της κλίμακας διατροφικών διαταραχών είναι ίση με 1.33 ± 0.83 με εύρος τιμών από 0 έως 4. Η μέση τιμή της διάστασης μας δείχνει ότι οι περισσότεροι αθλητές είχαν χαμηλού βαθμού διατροφικές διαταραχές. Επιπλέον, παρατηρούμε ότι δεν υπάρχει κανένας αθλητής που να έχει υψηλό σκορ (άνω του 4) στην κλίμακα διατροφικών διαταραχών.

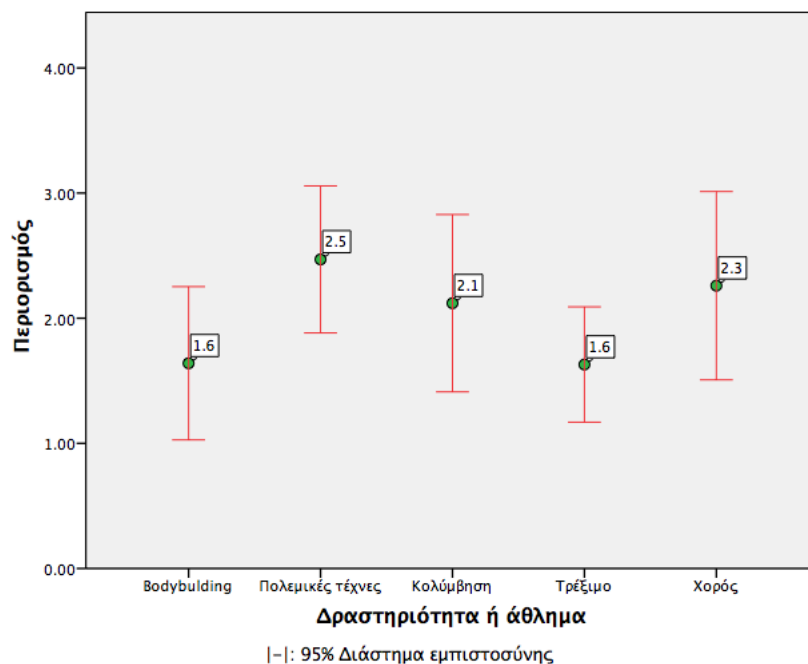


Γράφημα 73. Κατανομή ύψους συμμετεχόντων

3.2.3. Αποτελέσματα επαγωγικής στατιστικής

Στην τελευταία ενότητα παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της επαγωγικής στατιστικής σχετικά με την πιθανή διαφοροποίηση των διατροφικών διαταραχών ως προς το άθλημα/δραστηριότητα που ασκούν οι αθλητές. Για την διερεύνηση της ύπαρξης στατιστικά σημαντικών διαφορών χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση διακύμανσης (one-wayANOVA).

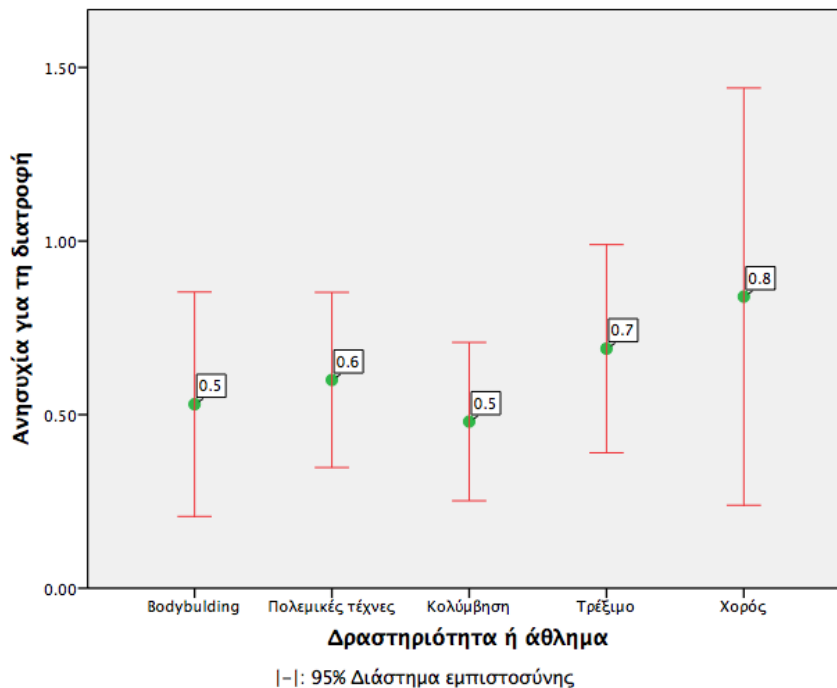
Από την ανάλυση προέκυψε ότι δεν υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ των διαφορετικών δραστηριοτήτων και αθλημάτων στις διατροφικές διαταραχές που σχετίζονται με τους περιορισμούς ($F=1.550$, $p=0.194>0.05$). Τα αποτελέσματα για τις διατροφικές διαταραχές που σχετίζονται με τους περιορισμούς δίνονται σε διαγραμματική μορφή στο Γράφημα 35.



Γράφημα 74. Διατροφικές διαταραχές που σχετίζονται με τους περιορισμούς ως προς το άθλημα/δραστηριότητα των αθλητών

Επιπλέον, από την ανάλυση των δεδομένων προέκυψε ότι δεν υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ των διαφορετικών δραστηριοτήτων και αθλημάτων στις διατροφικές διαταραχές

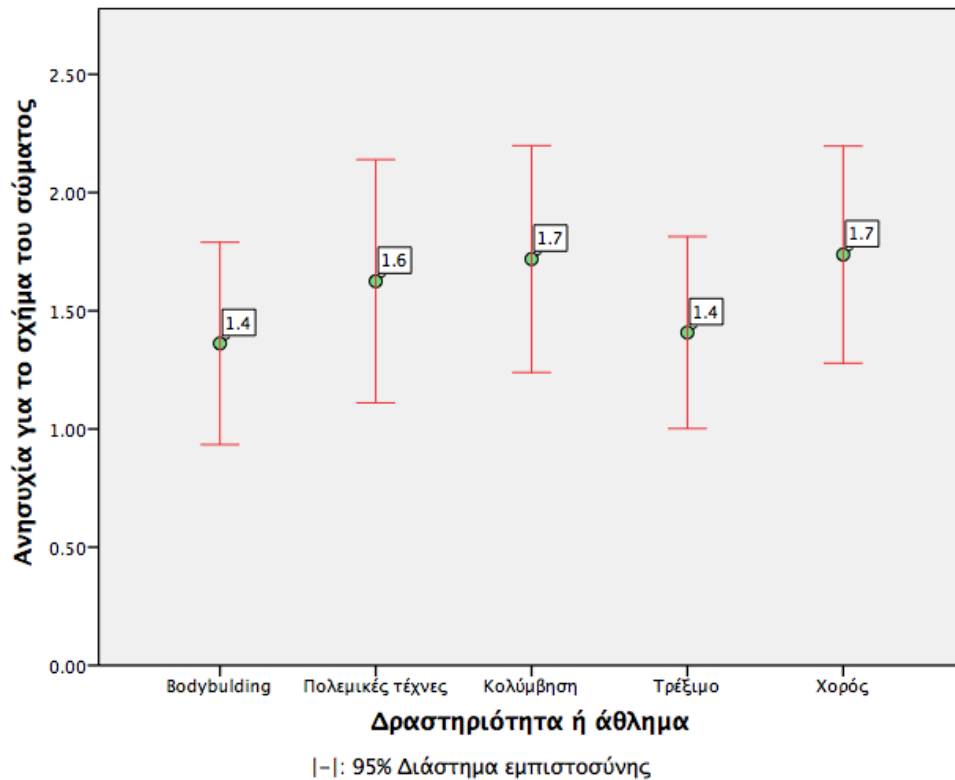
που σχετίζονται με την ανησυχία διατροφής($F=0.662$, $p=0.620>0.05$). Τα αποτελέσματα για τις διατροφικές διαταραχές που σχετίζονται με την ανησυχία διατροφήςδίνονται σε διαγραμματική μορφή στο Γράφημα 36.



Γράφημα 75. Διατροφικές διαταραχές που σχετίζονται με την ανησυχία ως προς την διατροφή ως προς το άθλημα/δραστηριότητα των αθλητών

Παρόμοια, από την ανάλυση των δεδομένων προέκυψε ότι δεν υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ των διαφορετικών δραστηριοτήτων και αθλημάτων στις διατροφικές

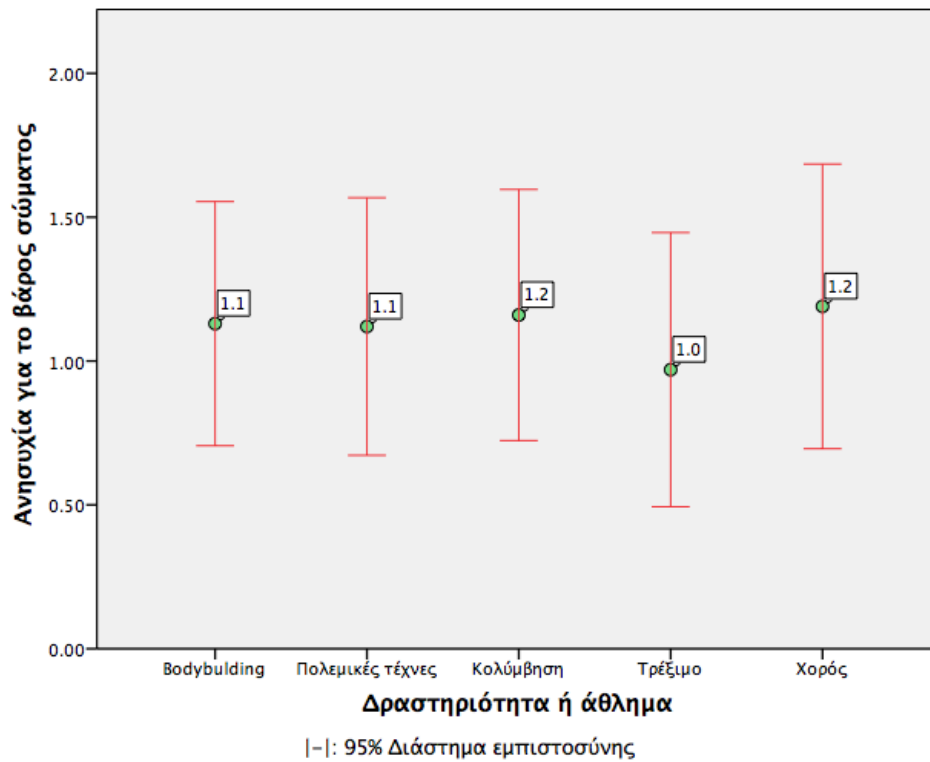
διαταραχές που σχετίζονται με την ανησυχία για το σχήμα του σώματος ($F=0.629$, $p=0.643>0.05$). Τα αποτελέσματα για τις διατροφικές διαταραχές που σχετίζονται με την ανησυχία για το σχήμα του σώματος δίνονται σε διαγραμματική μορφή στο Γράφημα 36.



Γράφημα 76. Διατροφικές διαταραχές που σχετίζονται με την ανησυχία για το σχήμα του σώματος ως προς το άθλημα/δραστηριότητα των αθλητών

Παρόμοια, από την ανάλυση των δεδομένων προέκυψε ότι δεν υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ των διαφορετικών δραστηριοτήτων και αθλημάτων στις διατροφικές διαταραχές που σχετίζονται με την ανησυχία για το βάρος του σώματος ($F=0.152$,

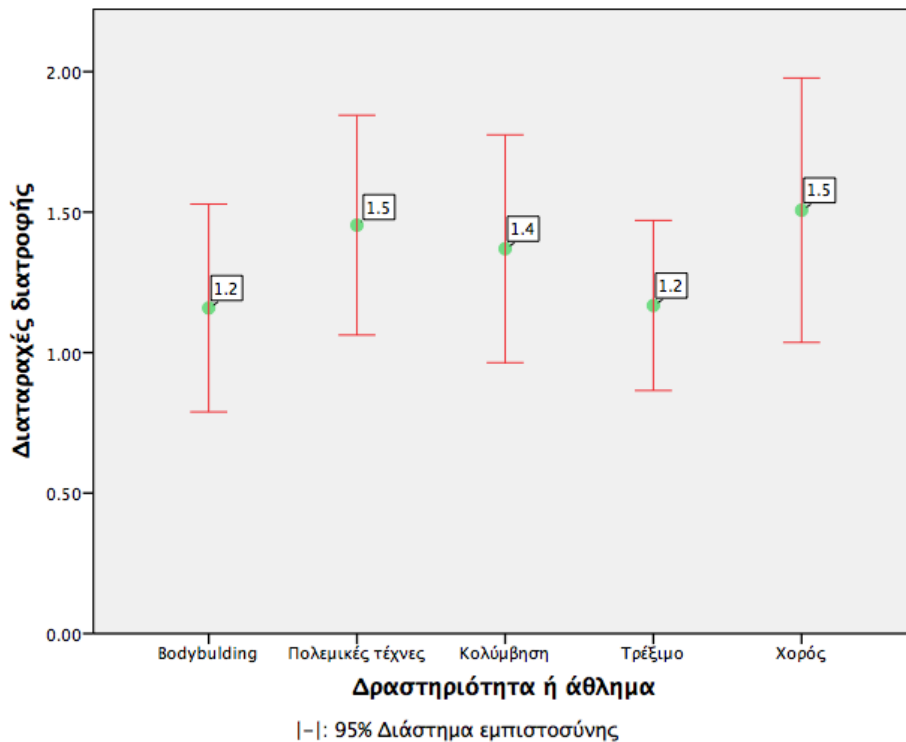
$p=0.962>0.05$). Τα αποτελέσματα για τις διατροφικές διαταραχές που σχετίζονται με την ανησυχία για το βάρος του σώματος δίνονται σε διαγραμματική μορφή στο Γράφημα 37.



Γράφημα 77. Διατροφικές διαταραχές που σχετίζονται με την ανησυχία για το βάρος του σώματος ως προς το άθλημα/δραστηριότητα των αθλητών

Τέλος, από την ανάλυση των δεδομένων προέκυψε ότι δεν υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ των διαφορετικών δραστηριοτήτων και αθλημάτων για το σύνολο των

διατροφικών διαταραχών ($F=0.728$, $p=0.575>0.05$). Τα αποτελέσματα για τις διατροφικές διαταραχές που δίνονται σε διαγραμματική μορφή στο Γράφημα 38.



Γράφημα 78. Διατροφικές διαταραχές ως προς το άθλημα/δραστηριότητα των αθλητών

3.3. Σχολιασμός

Σχετικά με την πρώτη διάσταση του ερωτηματολογίου, βρέθηκε ότι οι περισσότεροι αθλητές είχαν ήπιες διατροφικές διαταραχές που σχετίζονταν με περιορισμούς στην διατροφή, ενώ υπάρχουν κάποιοι αθλητές οι οποίοι εκφράζουν μεγάλου βαθμού διατροφικές διαταραχές που σχετίζονται με περιορισμούς στην διατροφή. Αυτός ο περιορισμός προκύπτει κυρίως από ενέργειες αποκλεισμού συγκεκριμένων τροφών από την διατροφή, ή από τήρηση κανόνων διατροφής, προκειμένου να επηρεάσει το σχήμα ή το βάρος του σώματος τους. Πράγματι, όπως αναφέρεται και στη βιβλιογραφία, ο θερμιδικός περιορισμός είναι μια κοινή μέθοδος που χρησιμοποιούν οι αθλητές για

γρήγορη απώλεια βάρους και περιλαμβάνει τις δίαιτες με πολύ χαμηλές θερμίδες ή την παράλειψη γευμάτων όπως αναφέρθηκε και στους αθλητές του δείγματος μας (Khodaeetal, 2015).

Αναφορικά με τη δεύτερη διάσταση του ερωτηματολογίου, βρέθηκε ότι οι περισσότεροι αθλητές είχαν πολύ χαμηλού βαθμού διατροφικές διαταραχές που σχετίζονται με τις ανησυχίες για την διατροφή, ενώ ελάχιστοι αθλητές κατέγραψαν υψηλά σκορ. Αυτές οι ανησυχίες για τη διατροφή εκφράζονται κυρίως μέσα από ενοχές που νιώθουν οι αθλητές εξαιτίας των φροών που έφαγαν και της επίδρασης αυτού στο σχήμα ή το βάρος τους.

Αναφορικά με την τρίτη διάσταση, δηλαδή την ανησυχία για το σχήμα του σώματος, οι περισσότεροι αθλητές είχαν χαμηλού βαθμού διατροφικές διαταραχές που σχετίζονται με τις ανησυχίες για το σχήμα του σώματος. Στην διάσταση αυτή δεν καταγράφηκαν υψηλές βαθμολογίες. Ένα μεγάλο μέρος των αθλητών φαίνεται ότι έχουν σημαντικές ανησυχίες για το σχήμα του σώματος, οι οποίες εκφράζονται μέσα από επιθυμίες για εντελώς επίπεδο στομάχι, από δυσκολίες συγκέντρωσης σε πράγματα που τους ενδιαφέρουν λόγω της σκέψης του σχήματος ή του βάρους τους, από την αίσθηση φόβου ότι μπορεί να πάρουν βάρος και από την αίσθηση ότι είναι παχύς.

Πράγματι οι διατροφικές διαταραχές χαρακτηρίζονται από μια ανησυχία σχετικά με την ποσότητα τροφής που καταναλώνεται, το σωματικό βάρος και το σχήμα του σώματος(Sudietal, 2004).

Σχετικά με την τέταρτη διάσταση του ερωτηματολογίου, δηλαδή την ανησυχία για το βάρος του σώματος, βρέθηκε ότι οι περισσότεροι αθλητές είχαν χαμηλού βαθμού διατροφικές διαταραχές που σχετίζονταν με τις ανησυχίες για το βάρος του σώματος. Κανένας αθλητής στην κατηγορία αυτή δεν σημείωσε υψηλές βαθμολογίες. Οι ανησυχίες αυτές για το βάρος εκφράζονται από την έντονη επιθυμία για να χάσουν βάρος κάποιες λίγες μέρες μέσα στον μήνα.

Συνολικά φαίνεται ότι οι περισσότεροι αθλητές είχαν χαμηλού βαθμού διατροφικές διαταραχές. Ωστόσο φαίνεται να υπάρχει ένα μικρό σύνολο αθλητών με χαρακτηριστικά/προφίλ που προδιαθέτουν σε αυτό της νευρικής ανορεξίας, όπως φόβος για αύξηση βάρους, διαταραχή της σωματικής εικόνας που χαρακτηρίζεται από τον τρόπο με τον οποίο το άτομο βιώνει το σωματικό βάρος ή το σχήμα του σώματος του και

διαιτητικοί περιορισμοί. Αν και αυτά τα χαρακτηριστικά φαίνεται ότι εκδηλώνονται τουλάχιστον λίγες μέρες μέσα στο μήνα (συνήθως από 1 έως 5), εντούτοις στους αθλητές αυτούς εντοπίζονται σημαντικοί παράγοντες κινδύνου για ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών.

Στην ουσία μπορεί να ειπωθεί ότι στα άτομα αυτά διακρίνεται το συνεχές μοντέλο της διαταραγμένης διατροφικής συμπεριφοράς, όπως αναφέρεται από τους Sundgot-Borgen και Torstveit (2010) σύμφωνα με το οποίο η διατροφή ενός αθλητή μπορεί να κυμαίνεται μεταξύ διαφορετικών προτύπων, μεταξύ των οποίων περιλαμβάνονται η μείωση της θερμιδικής πρόσληψης με μέτριο αριθμό θερμίδων την ημέρα για να επιτευχθεί αργή και σταθερή απώλεια βάρους, οι περιορισμοί στη πρόσληψη θερμίδων και οι συχνές παραλείψεις γευμάτων.

Η ανάλυση έδειξε επίσης ότι δεν υπήρχαν σημαντικές διαφορές στα ως άνω αποτελέσματα μεταξύ των διαφορετικών αθλητικών δραστηριοτήτων και αθλημάτων στις διατροφικές διαταραχές που σχετίζονται με τους περιορισμούς, την ανησυχία διατροφής, την ανησυχία για το σχήμα του σώματος και την ανησυχία για το βάρος του σώματος. Ωστόσο προηγούμενες έρευνες έχουν δείξει ότι οι αθλητές που αγωνίζονται σε αθλήματα με κατηγορίες βάρους όπως το bodybuilding και οι πολεμικές τέχνες, καθώς και σε αθλήματα όπου το βάρος επηρεάζει την αθλητική απόδοση, υπάρχει μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης διατροφικών διαταραχών. Στην έρευνα μας οι περισσότεροι αθλητές, ασχολούνται με κάποιο από τα παραπάνω αθλήματα στα οποία υπάρχει αυξημένη συχνότητα εμφάνισης διατροφικών διαταραχών και έτσι το γεγονός ότι στην έρευνα δεν συμμετείχαν αθλητές και από άλλα είδη αθλημάτων δεν έδωσε πιθανώς την ευκαιρία ανάδειξης μιας τέτοιας διαφοροποίησης.

3.4. Συζήτηση-Συμπεράσματα

Οι διατροφικές διαταραχές είναι σοβαρές και συνήθεις ψυχιατρικές καταστάσεις. Η νευρική ανορεξία, η πιο κοινή εξ' αυτών χαρακτηρίζεται από έντονο φόβο λήψης βάρους, παραμόρφωση της σωματικής εικόνας και αδυναμία (μέσω διαταραγμένων συμπεριφορών διατροφής) της διατήρησης του φυσιολογικού σωματικού βάρους. Οι διατροφικές διαταραχές είναι κοινές μεταξύ αθλητών και ιδιαίτερα σε αθλήματα με κατηγορίες βάρους ή σε αθλήματα όπου το βάρος του αθλητή επηρεάζει την απόδοσή του. Οι αθλητές αναπτύσσουν διατροφικές διαταραχές για τους ίδιους λόγους που αυτό συμβαίνει και στον γενικό πληθυσμό. Μπορεί να υπάρχει ατομική γενετική ή / και ψυχολογική ευπάθεια, κοινωνικοπολιτισμικές πιέσεις που σχετίζονται με τη διατροφή, την εικόνα του σώματος και με μη συγκεκριμένους ψυχολογικούς παράγοντες άγχους που μπορούν να λειτουργήσουν ως γεγονότα ενεργοποίησης. Το αθλητικό περιβάλλον μπορεί να προσθέσει σε αυτούς τους κινδύνους με διάφορους τρόπους, ειδικά σε αθλήματα αντοχής, αθλήματα με κατηγορίες βάρους και αισθητικά αθλήματα.

Η παρούσα εργασία διερεύνησε σε θεωρητικό επίπεδο την παθολογία, την αιτιολογία και τους παράγοντες κινδύνου των διατροφικών διαταραχών καθώς και της εθιστικής άσκησης, μεταξύ αθλητικών πληθυσμών. Σε εμπειρικό επίπεδο, πραγματοποιήθηκε έρευνα σε ένα σύνολο 100 αθλητών μπαλέτου, γυμναστικής, τρεξίματος, κολύμβησης, bodybuilding και πολεμικές τέχνες, με τη χρήση του ερωτηματολογίου EDE-Q (Eating Disorder Examination Questionnaire), προκειμένου να διερευνηθεί η ύπαρξη και η συχνότητα εμφάνισης διατροφικών διαταραχών.

Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι οι περισσότεροι αθλητές είχαν χαμηλού βαθμού διατροφικές διαταραχές, οι οποίες χαρακτηρίζονταν κυρίως από περιορισμούς στη διατροφή (κυρίως παράλειψη γευμάτων), από την αίσθηση ενοχής που ένιωσαν εξαιτίας των φορών που έφαγαν κάτι που τους άρεσε και της επίδρασης που είχε στο σχήμα ή το βάρος τους και από την έντονη επιθυμία να χάσουν βάρος. Ωστόσο αυτά τα αισθήματα και οι συμπεριφορές εκδηλώνονταν ως επί το πλείστον λίγες μέρες μέσα στον μήνα (1-5 μέρες). Σε ένα μικρό μέρος αθλητών καταγράφηκαν υψηλότερες βαθμολογίες κυρίως στις διαστάσεις που αφορούσαν τον περιορισμό στην διατροφή προκειμένου να επηρεάσουν το σχήμα ή το βάρος του σώματος και τις ανησυχίες για το βάρος και το σχήμα του σώματος. Οι αθλητές αυτοί έχουν ενδεχομένως μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης περισσότερο σοβαρών διατροφικών διαταραχών στο μέλλον. Τα σημαντικότερα αρνητικά

χαρακτηριστικά που αναφέρθηκαν μεταξύ των αθλητών του δείγματος, μοιάζουν με αυτά των υπότυπων της νευρικής ανορεξίας.

Τα ευρήματα αυτά δείχνουν ότι απαιτείται συνεχής παρακολούθηση των αθλητών, προκειμένου να διαπιστώνονται οι παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη των διατροφικών διαταραχών. Η παρακολούθηση αυτή θα πρέπει να είναι περισσότερο συχνή, ιδιαίτερα σε αθλητές, που ασχολούνται με αθλήματα με κατηγορίες βάρους και με αθλήματα στα οποία το βάρος είναι προσδιοριστικός παράγοντας της απόδοσης. Τα εργαλεία που βασίζονται σε αυτό-αναφορές από τους αθλητές, όπως το EDE-Q που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα έρευνα, μπορούν να αποτελέσουν έγκυρα μέτρα για την ανίχνευση διατροφικών διαταραχών μεταξύ αθλητών.

Οι αθλητικές οργανώσεις, τα όργανα της διοίκησης του αθλητισμού και οι επαγγελματίες που ασχολούνται με τους αθλητές έχουν την ευθύνη να αναπτύξουν και να εφαρμόσουν καλές προληπτικές πρακτικές. Μια ευρεία (και επιτυχημένη) προληπτική στρατηγική θα ήταν αυτή που αφορά πολλούς ή και όλους αυτούς τους αθλητικούς ειδικούς παράγοντες ενώ παράλληλα θα επέτρεπε στους αθλητές και τους προπονητές τους να επιδιώκουν την αριστεία και να διερευνούν τα περιθώρια της ανθρώπινης απόδοσης. Για να επιτευχθούν αυτοί οι στόχοι είναι απαραίτητο να εξεταστεί η διατροφική υποστήριξη που απαιτείται από τους αθλητές για τη διατήρηση της υγείας και της απόδοσης. Οι προπονητές ιδιαίτερα μπορούν επίσης να συμβάλλουν στη μείωση του κινδύνου ανάπτυξης διατροφικών διαταραχών, δημιουργώντας ένα περιβάλλον υποστήριξης που ενθαρρύνει τους αθλητές να κάνουν το καλύτερο από τον εαυτό τους είναι προτιμότερο από εκείνο όπου η κριτική και ο εκφοβισμός (ειδικά σε σχέση με το βάρος και τη σύνθεση του σώματος) είναι ο κανόνας.

3.5. Περιορισμοί της έρευνας

Η παρούσα εμπειρική έρευνα έχει αρκετούς περιορισμούς, οι οποίοι έχουν να κάνουν με το μέγεθος και την επιλογή του δείγματος. Αρχικά, αν και στην έρευνα συμμετείχαν 100 αθλητές, το μέγεθος του δείγματος δεν μπορεί να κριθεί ως ικανοποιητικά μεγάλο, ώστε να δίνει την δυνατότητα γενίκευσης των αποτελεσμάτων. Από την άλλη το δείγμα ήταν αρκετά ανομοιογενές, καθώς περιλάμβανε αθλητές από διαφορετικά αθλήματα. Αν και όλοι οι αθλητές, ενασχολούνταν με αθλήματα στα οποία αναφέρεται στη βιβλιογραφία, ότι υπάρχει μεγαλύτερος κίνδυνος ανάπτυξης διατροφικών διαταραχών, το γεγονός αυτό δεν έδωσε τη δυνατότητα να εντοπιστούν συσχετίσεις μεταξύ των διατροφικών διαταραχών και της συχνότητας εμφάνισης τους, μεταξύ των αθλητών από διαφορετικά αθλήματα. Τέλος τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας δεν μπορούν επίσης να γενικευθούν, λόγω του ότι δεν είναι δυνατό να γνωρίζουμε αν το δείγμα είναι αντιπροσωπευτικό του πληθυσμού. Όπως αναφέρθηκε νωρίτερα, το δείγμα εντοπίστηκε σε χώρους όπου οι αθλητές αθλούνταν στην περιοχή του Ηρακλείου. Η επιλογή του δείγματος έγινε με αυτόν τον τρόπο, λόγω του περιορισμένου χρονικού διαστήματος που ήταν διαθέσιμο για την διεξαγωγή της παρούσας έρευνας. Ως εκ τούτου μπορεί να θεωρηθεί ότι ήταν περισσότερο ένα δείγμα ευκολίας.

3.6. Προτάσεις για Μελλοντικές Εφαρμογές

Δεδομένων των περιορισμών της παρούσας έρευνας είναι αναγκαίο μελλοντικές έρευνες να διερευνήσουν μεγαλύτερα και περισσότερο ομοιογενή δείγματα αθλητών, για την διερεύνηση της ύπαρξης και της συχνότητας εμφάνισης διατροφικών διαταραχών. Μελλοντικές έρευνες θα μπορούσαν επίσης να μελετήσουν δείγματα και από άλλες γεωγραφικές περιοχές της Ελλάδας, όπως σε μεγάλες πρωτεύουσες, όπου μπορούν να εντοπιστούν περισσότεροι αθλητές και να υπάρχουν μεγαλύτερες επιλογές από τους ερευνητές για την επιλογή του δείγματος. Τέλος προκειμένου να διερευνηθεί αν όντως αθλητές από συγκεκριμένα αθλήματα, διατρέχουν έναν υψηλότερο κίνδυνο ανάπτυξης διατροφικών διαταραχών, είναι απαραίτητο μελλοντικές έρευνες να εξετάσουν αθλητές και από αθλήματα που δεν περιλαμβάνουν κατηγορίες βάρους ή που δεν ασχολούνται από αισθητικά αθλήματα και αθλήματα στα οποία το βάρος επηρεάζει την αθλητική απόδοση. Το ίδιο εργαλείο αξιολόγησης (EDE-Q) θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί ξανά σε

επόμενες έρευνες, αφού φαίνεται ότι είναι συνεπές στην ανίχνευση της σοβαρότητας των συμπτωμάτων των διατροφικών διαταραχών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Adkins, E. C., & Keel, P. K. (2005). Does “excessive” or “compulsive” best describe exercise as a symptom of bulimia nervosa?. *International Journal of Eating Disorders*, 38(1), 24-29.
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Publications
- Babicz-Zielińska, E., Wądołowska, L., & Tomaszewski, D. (2013). Eating Disorders: Problems of Contemporary Civilisation—A Review. *Polish Journal of Food And Nutrition Sciences*, 63(3), 133-146.
- Blaydon, M. J., & Lindner, K. J. (2002). Eating disorders and exercise dependence in triathletes. *Eating disorders*, 10(1), 49-60.
- Bratland-Sanda, S., & Sundgot-Borgen, J. (2013). Eating disorders in athletes: overview of prevalence, risk factors and recommendations for prevention and treatment. *European Journal of Sport Science*, 13(5), 499-508.
- Bratland-Sanda, S., Sundgot-Borgen, J., Rø, Ø., Rosenvinge, J. H., Hoffart, A., & Martinsen, E. W. (2010). Physical activity and exercise dependence during inpatient treatment of longstanding eating disorders: An exploratory study of excessive and non-excessive exercisers. *International Journal of Eating Disorders*, 43(3), 266-273.
- Byrne, S., & McLean, N. (2002). Elite athletes: effects of the pressure to be thin. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 5(2), 80-94.
- Carta, M. G., Hardoy, M. C., Pilu, A., Sorba, M., Floris, A. L., Mannu, F. A. & Salvi, M. (2008). Improving physical quality of life with group physical activity in the adjunctive treatment of major depressive disorder. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 4(1), 1.
- Castellini, G., Trisolini F. & Ricca V. (2014). Psychopathology of eating disorders. *Journal of Psychopathology*, 20:461-470

- Cook, B., Engel, S., Crosby, R., Hausenblas, H., Wonderlich, S., & Mitchell, J. (2014). Pathological motivations for exercise and eating disorder specific health-related quality of life. *International Journal of Eating Disorders*, 47(3), 268-272.
- Currie, A. (2010). Sport and eating disorders-understanding and managing the risks. *Asian journal of sports medicine*, 1(2), 63.
- Daley, A. (2008). Exercise and depression: a review of reviews. *Journal of clinical psychology in medical settings*, 15(2), 140..
- De Bruin, A. K. (2017). Athletes with eating disorder symptomatology, a specific population with specific needs. *Current opinion in psychology*, 16, 148-153.
- De Souza, M. J., Nattiv, A., Joy, E., Misra, M., Williams, N. I., Mallinson, R. J. & Matheson, G. (2014). 2014 Female Athlete Triad Coalition Consensus Statement on treatment and return to play of the female athlete triad: 1st International Conference held in San Francisco, California, May 2012 and 2nd International Conference held in Indianapolis, Indiana, May 2013. *Br J Sports Med*, 48(4), 289-289.
- De Vos, J. A., LaMarre, A., Radstaak, M., Bijkerk, C. A., Bohlmeijer, E. T., & Westerhof, G. J. (2017). Identifying fundamental criteria for eating disorder recovery: a systematic review and qualitative meta-analysis. *Journal of eating disorders*, 5(1), 34.
- Dinas, P. C., Koutedakis, Y., & Flouris, A. D. (2011). Effects of exercise and physical activity on depression. *Irish journal of medical science*, 180(2), 319-325.
- Erskine, H. E., Whiteford, H. A., & Pike, K. M. (2016). The global burden of eating disorders. *Current opinion in psychiatry*, 29(6), 346-353.
- Fairburn, C. G., & Beglin, S. J. (1994). Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire?. *International journal of eating disorders*, 16(4), 363-370.
- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*. Guilford Press, New York.

- Fairweather-Schmidt, A. K., & Wade, T. D. (2014). DSM-5 eating disorders and other specified eating and feeding disorders: Is there a meaningful differentiation?. *International Journal of Eating Disorders*, 47(5), 524-533.
- Fitzsimmons-Craft, E. E., Accurso, E. C., Ciao, A. C., Crosby, R. D., Cao, L., Pisetsky, E. M. & Mitchell, J. E. (2015). Restrictive eating in anorexia nervosa: Examining maintenance and consequences in the natural environment. *International Journal of Eating Disorders*, 48(7), 923-931.
- Frank, G. K. (2014). The Role of Neurotransmitter Systems in Eating and Substance Use Disorders. In *Eating Disorders, Addictions and Substance Use Disorders* (pp. 47-70). Springer, Berlin, Heidelberg.
- Freimuth, M., Moniz, S., & Kim, S. R. (2011). Clarifying exercise addiction: differential diagnosis, co-occurring disorders, and phases of addiction. *International journal of environmental research and public health*, 8(10), 4069-4081.
- Gorwood, P., Blanchet-Collet, C., Chartrel, N., Duclos, J., Dechelotte, P., Hanachi, M. & Rovere-Jovene, C. (2016). New insights in anorexia nervosa. *Frontiers in neuroscience*, 10, 256.
- Grilo, C. M., Henderson, K. E., Bell, R. L., & Crosby, R. D. (2013). Eating disorder examination-questionnaire factor structure and construct validity in bariatric surgery candidates. *Obesity surgery*, 23(5), 657-662.
- Hasan, T. F., & Hasan, H. (2011). Anorexia nervosa: a unified neurological perspective. *International journal of medical sciences*, 8(8), 679.
- Hilbert, A., Tuschen-Caffier, B., Karwautz, A., Niederhofer, H., & Munsch, S. (2007). Eating disorder examination-questionnaire. *Diagnostica*, 53(3), 144-154.
- Hoek, H. W. (2016). Review of the worldwide epidemiology of eating disorders. *Current opinion in psychiatry*, 29(6), 336-339.
- Ismailova, D., & Gazdowska, Z. (2016). Eating disorders in sport: Review of prevalence, risk factors, and studies of eating disorders in highly competing athletes. *Journal of Education, Health and Sport*, 6(6), 351-358.

- Keski-Rahkonen, A., & Mustelin, L. (2016). Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Current opinion in psychiatry*, 29(6), 340-345.
- Khodae, M., Olewinski, L., Shadgan, B., & Kinningham, R. R. (2015). Rapid weight loss in sports with weight classes. *Current sports medicine reports*, 14(6), 435-441.
- Lichtenstein, M. B., Christiansen, E., Elklit, A., Bilenberg, N., & Støving, R. K. (2014). Exercise addiction: a study of eating disorder symptoms, quality of life, personality traits and attachment styles. *Psychiatry research*, 215(2), 410-416.
- Maida, D. M., & Armstrong, S. L. (2005). The classification of muscle dysmorphia. *International Journal of Men's Health*, 4(1).
- Mancuso, S. G., Newton, J. R., Bosanac, P., Rossell, S. L., Nesci, J. B., & Castle, D. J. (2015). Classification of eating disorders: comparison of relative prevalence rates using DSM-IV and DSM-5 criteria. *The British Journal of Psychiatry*, 206(6), 519-520.
- Manore, M. M. (2015). Weight management for athletes and active individuals: A brief review. *Sports Medicine*, 45(1), 83-92.
- Márquez, S. (2008). Eating disorders in sports: Risk factors, health consequences, treatment and prevention. *Nutricionhospitalaria*, 23(3), 183-190.
- Martinsen, M., & Sundgot-Borgen, J. (2013). Higher prevalence of eating disorders among adolescent elite athletes than controls. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 45(6), 1188-1197.
- Mathisen, T. F., Rosenvinge, J. H., Pettersen, G., Friborg, O., Vrabel, K., Bratland-Sanda, S., & Sundgot-Borgen, J. (2017). The PED-t trial protocol: The effect of physical exercise—and dietary therapy compared with cognitive behavior therapy in treatment of bulimia nervosa and binge eating disorder. *BMC psychiatry*, 17(1), 180.
- Mazzeo, S. E., & Bulik, C. M. (2009). Environmental and genetic risk factors for eating disorders: what the clinician needs to know. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 18(1), 67-82.

- Mead, G. E., Morley, W., Campbell, P., Greig, C. A., McMurdo, M., & Lawlor, D. A. (2009). Exercise for depression. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 3.
- Meyer Caroline, Taranis Lorin, 2011. Exercise in the eating disorders: Terms and definitions. *European Eating Disorders Review*, 19 (3): 169-173.
- Mond Jonathan M., et al, 2006. An update on the definition of "excessive exercise" in eating disorders research. *International Journal of Eating Disorders*, 39 (2): 147-153.
- Mond, J. M. (2013). Classification of bulimic-type eating disorders: from DSM-IV to DSM-5. *Journal of eating disorders*, 1(1), 33.
- Monteleone, P., & Maj, M. (2013). Dysfunctions of leptin, ghrelin, BDNF and endocannabinoids in eating disorders: beyond the homeostatic control of food intake. *Psychoneuroendocrinology*, 38(3), 312-330.
- Murray, S. B., Rieger, E., Touyz, S. W., & De la Garza García, Lic, Y. (2010). Muscle dysmorphia and the DSM-V conundrum: Where does it belong? A review paper. *International Journal of Eating Disorders*, 43(6), 483-491.
- Murray Stuart B. , et al , (2012). A comparison of eating, exercise, shape, and weight related symptomatology in males with muscle dysmorphia and anorexia nervosa. *Body Image*, 9, 193-200.
- Nazem, T. G., & Ackerman, K. E. (2012). The female athlete triad. *Sports Health*, 4(4), 302-311.
- Nieuwoudt, J. E., Zhou, S., Coutts, R. A., & Booker, R. (2015). Symptoms of muscle dysmorphia, body dysmorphic disorder, and eating disorders in a nonclinical population of adult male weightlifters in Australia. *The Journal of Strength & Conditioning Research*, 29(5), 1406-1414.
- Peluso, M. A. M., & Andrade, L. H. S. G. D. (2005). Physical activity and mental health: the association between exercise and mood. *Clinics*, 60(1), 61-70.
- Phillipou, A., Castle, D. J., & Rossell, S. L. (2017). Anorexia nervosa: Eating disorder or body image disorder?. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 1, 2.

- Pike, K. M., Hoek, H. W., & Dunne, P. E. (2014). Cultural trends and eating disorders. *Current opinion in psychiatry*, 27(6), 436-442.
- Prince, A. C., Brooks, S. J., Stahl, D., & Treasure, J. (2009). Systematic review and meta-analysis of the baseline concentrations and physiologic responses of gut hormones to food in eating disorders. *The American journal of clinical nutrition*, 89(3), 755-765.
- Rizk, M., Lalanne, C., Berthoz, S., Kern, L., Godart, N., & EVHAN Group. (2015). Problematic exercise in anorexia nervosa: testing potential risk factors against different definitions. *PloS one*, 10(11), e0143352.
- Shroff, H., Reba, L., Thornton, L. M., Tozzi, F., Klump, K. L., Berrettini, W. H., & Goldman, D. (2006). Features associated with excessive exercise in women with eating disorders. *international Journal of Eating disorders*, 39(6), 454-461.
- Sudi, K., Öttl, K., Payerl, D., Baumgartl, P., Tauschmann, K., & Müller, W. (2004). Anorexia athletica. *Nutrition*, 20(7-8), 657-661
- Sundgot-Borgen, J. (1993). Prevalence of eating disorders in elite female athletes. *International journal of sport nutrition*, 3(1), 29-40.
- Sundgot-Borgen, J., & Torstveit, M. K. (2010). Aspects of disordered eating continuum in elite high-intensity sports. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 20, 112-121.
- Sundgot-Borgen J. et al, (2018). 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. *British Journal of Sports Medicine*, 47, 16, 1012-1022.
- Sussman, S., Lisha, N., & Griffiths, M. (2011). Prevalence of the addictions: a problem of the majority or the minority?. *Evaluation & the health professions*, 34(1), 3-56.
- Taranis Lorin, (2010). Compulsive exercise and eating disorder related pathology. 19 (3): 174-189.

- Tenforde, A. S., Barrack, M. T., Nattiv, A., & Fredericson, M. (2016). Parallels with the female athlete triad in male athletes. *Sports Medicine*, 46(2), 171-182.
- Turocy, P. S., DePalma, B. F., Horswill, C. A., Laquale, K. M., Martin, T. J., Perry, A. C., & Utter, A. C. (2011). National athletic trainers' association position statement: safe weight loss and maintenance practices in sport and exercise. *Journal of athletic training*, 46(3), 322-336.
- Weltzin, T. E., Weisensel, N., Franczyk, D., Burnett, K., Klitz, C., & Bean, P. (2005). Eating disorders in men: Update. *Journal of Men's Health and Gender*, 2(2), 186-193.
- WHO (2005). Gender in mental health research. Gender and Health Research Series. Geneva: WHO
- Wilfley, D. E., Citrome, L., & Herman, B. K. (2016). Characteristics of binge eating disorder in relation to diagnostic criteria. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 12, 2213.
- Zipfel, S., Mack, I., Baur, L. A., Hebebrand, J., Touyz, S., Herzog, W. & Russell, J. (2013). Impact of exercise on energy metabolism in anorexia nervosa. *Journal of eating disorders*, 1(1), 37.

Παράρτημα Α: Ερωτηματολόγιο έρευνας

Όνοματεπώνυμο:

Ημερομηνία:

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

Οδηγίες: οι ακόλουθες ερωτήσεις αφορούν μόνο τις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες (28 μέρες). Διαβάστε προσεκτικά κάθε ερώτηση. Απαντήστε σε όλες τις ερωτήσεις. Επιλέξτε μόνο μία απάντηση για κάθε ερώτηση. Ευχαριστώ.

Ερωτήσεις 1 έως 12: Παρακαλώ κυκλώστε τον κατάλληλο αριθμό στα δεξιά. Να θυμάστε ότι οι ερωτήσεις αφορούν μόνο τις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες (28 ημέρες).

Για πόσες από τις τελευταίες 28 ημέρες...	Καμία ημέρα	1-5 ημέρες	6-12 ημέρες	13-15 ημέρες	16-22 ημέρες	23-27 ημέρες	Κάθε μέρα
1. Έχετε σκοπίμως προσπαθήσει να περιορίσετε την ποσότητα φαγητού που τρώτε για να επηρεάσετε το σχήμα ή το βάρος σας (είτε έχετε πετύχει είτε όχι);	0	1	2	3	4	5	6
2. Έχετε μείνει για μεγάλα χρονικά διαστήματα (8 ώρες μετά το ξύπνημα ή περισσότερο) χωρίς να φάτε απολύτως τίποτα προκειμένου να επηρεάσετε το σχήμα ή το βάρος σας;	0	1	2	3	4	5	6
3. Προσπαθήσατε να αποκλείσετε από τη διατροφή σας οποιαδήποτε τροφή που σας αρέσουν για να επηρεάσετε το σχήμα ή το βάρος σας (είτε έχετε πετύχει είτε όχι);	0	1	2	3	4	5	6
4. Προσπαθήσατε να ακολουθήσετε ορισμένους κανόνες σχετικά με τη διατροφή σας (για παράδειγμα, περιορισμός θερμίδων) για να	0	1	2	3	4	5	6

επηρεάσετε το σχήμα ή το βάρος σας (είτε έχετε πετύχει είτε όχι);							
5. Είχατε απόλυτη επιθυμία να έχετε άδειο στομάχι με σκοπό να επηρεάσετε το σχήμα ή το βάρος σας;	0	1	2	3	4	5	6
6. Είχατε απόλυτη επιθυμία να έχετε ένα εντελώς επίπεδο στομάχι;	0	1	2	3	4	5	6
7. Έχει η σκέψη σχετικά με το φαγητό, τη διατροφή ή τις θερμίδες κάνει πολύ δύσκολο να συγκεντρωθείτε σε πράγματα που σας ενδιαφέρουν (για παράδειγμα, εργασία, παρακολούθηση μιας συζήτησης, διάβασμα);	0	1	2	3	4	5	6
8. Έχει η σκέψη σχετικά με το σχήμα ή το βάρος κάνει πολύ δύσκολο να συγκεντρωθείτε σε πράγματα που σας ενδιαφέρουν (για παράδειγμα, εργασία, παρακολούθηση μιας συζήτησης, διάβασμα);	0	1	2	3	4	5	6
9. Έχετε νιώσει έντονο φόβο απώλειας ελέγχου κατανάλωσης φαγητού;	0	1	2	3	4	5	6
10. Έχετε νιώσει έντονο φόβο ότι μπορεί να πάρετε βάρος;	0	1	2	3	4	5	6
11. Έχετε αισθανθεί ότι είστε παχύς;	0	1	2	3	4	5	6
12. Έχετε αισθανθεί έντονη επιθυμία να χάσετε βάρος;	0	1	2	3	4	5	6
Ερωτήσεις 13-18: Παρακαλώ συμπληρώστε τον κατάλληλο αριθμό στα κουτάκια στα δεξιά. Να θυμάστε ότι οι ερωτήσεις αφορούν μόνο τις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες (28 ημέρες)							
Τις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες (28 ημέρες)							
13. Τις τελευταίες 28 ημέρες, πόσες φορές έχετε φάει τόσο που άλλοι άνθρωποι θα θεωρούσαν ως μια ασυνήθιστα μεγάλη ποσότητα φαγητού (δεδομένων των περιστάσεων);							
14. ... Πόσες από αυτές τις φορές είχατε την αίσθηση ότι έχετε χάσει τον έλεγχο του φαγητού σας (τη στιγμή που τρώγατε);							
15. Τις τελευταίες 28 ημέρες, σε πόσες ημέρες υπήρξαν τέτοια επεισόδια υπερφαγίας (δηλαδή καταναλώσατε μια ασυνήθιστα μεγάλη ποσότητα τροφής και							

είχατε την αίσθηση της απώλειας ελέγχου εκείνη την ώρα);							
16. Τις τελευταίες 28 ημέρες, πόσες φορές έχετε προκαλέσει στον εαυτό σας έμετο ως μέσο για τον έλεγχο του σχήματος ή του βάρους σας;							
17. Τις τελευταίες 28 ημέρες, πόσες φορές έχετε καταναλώσει καθαρτικά έμετο ως μέσο για τον έλεγχο του σχήματος ή του βάρους σας;							
18. Τις τελευταίες 28 ημέρες, πόσες φορές, έχετε ασκηθεί με «καθοδηγητικό» ή «ψυχαναγκαστικό» τρόπο ως μέσο για τον έλεγχο του βάρους, του σχήματος, ή του λίπους ή για να κάψετε θερμίδες;							
Ερωτήσεις 19-21: Παρακαλώ κυκλώστε τον κατάλληλο αριθμό. Λάβετε υπόψη ότι για αυτές τις ερωτήσεις ο όρος "υπερφαγία" σημαίνει κατανάλωση τόση που άλλοι θα θεωρούσαν ως ασυνήθιστα μεγάλη ποσότητα τροφής για τις περιστάσεις, συνοδευόμενη από την αίσθηση της απώλειας του ελέγχου υπερκατανάλωσης του φαγητού.							
19. Τις τελευταίες 28 ημέρες, για πόσες μέρες έχετε φάει με μυστικότητα (δηλαδή, στα κρυφά); Μην μετράτε επεισόδια υπερκατανάλωσης	Καμία ημέρα 0	1-5 ημέρες 1	6-12 ημέρες 2	13-15 ημέρες 3	16-22 ημέρες 4	23-27 ημέρες 5	Κάθε μέρα 6
20. Σε ποίο ποσοστό των φορών που έχετε φάει αισθανθήκατε ένοχοι (αισθανθήκατε ότι κάνατε λάθος) εξαιτίας της επίδρασης αυτού στο σχήμα ή το βάρος σας;Μην μετρήσετε τα επεισόδια υπερκατανάλωσης	Καμία φορά 0	Λίγες φορές 1	Λιγότερο από τις μισές φορές 2	Τις μισές φορές 3	Περισσότερο από τις μισές φορές 4	Τις περισσότερες φορές 5	Κάθε φορά 6
21. Τις τελευταίες 28 ημέρες, πόσο σας ενδιέφερε το να σας δουν άλλοι άνθρωποι να τρώτε;Μην μετρήσετε τα επεισόδια υπερκατανάλωσης	Καθόλου		Ελάχιστα		Μέτρια		Σοβαρά
	0	1	2	3	4	5	6
Ερωτήσεις 22-28: Παρακαλούμε περιγράψτε τον κατάλληλο αριθμό στα δεξιά. Θυμηθείτε ότι οι ερωτήσεις αφορούν μόνο τις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες (28 ημέρες)							
Πόσες από τις τελευταίες 28 ημέρες	Καθόλου	Ελάχιστα		Μέτρια		Σοβαρά	
22. Έχει επηρεάσει το <u>βάρος</u> σας το πώς σκέφτεστε (κρίνετε) τον εαυτό σας ως άτομο;	0	1	2	3	4	5	6
23. Έχει επηρεάσει το <u>σχήμα</u> σας το πώς σκέφτεστε (κρίνετε) τον εαυτό σας ως	0	1	2	3	4	5	6

άτομο;							
24.Πόσο θα σας ενοχλούσε αν σας είχε ζητηθεί να ζυγίζετε τον εαυτό σας μία φορά την εβδομάδα (όχι περισσότερο ή λιγότερο συχνά) για τις επόμενες τέσσερις εβδομάδες;	0	1	2	3	4	5	6
25.Πόσο δυσαρεστημένος/η ήσασταν με το <u>βάρος</u> σας;	0	1	2	3	4	5	6
26. Πόσο δυσαρεστημένος/η ήσασταν με το <u>σχήμα</u> σας;	0	1	2	3	4	5	6
27.Πόσο άβολα αισθανθήκατε να βλέπετε το σώμα σας (για παράδειγμα, να βλέπετε τη μορφή σας στον καθρέφτη, σε μια αντανάκλαση στο παράθυρο ενός καταστήματος, ενώ γδυνόσασταν ή ενώ κάνατε ένα μπάνιο ή ντους);	0	1	2	3	4	5	6
28.Πόσο άβολα έχετε αισθανθεί για τους άλλους που βλέπουν το σχήμα ή τη μορφή σας (για παράδειγμα, σε κοινόχρηστα αποδυτήρια, όταν κολυμπάτε ή φοράτε στενά ρούχα);	0	1	2	3	4	5	6

Ποιο είναι το τωρινό σας βάρος; (Παρακαλώ δώστε την καλύτερη εκτίμησή σας).

Ποιο είναι το ύψος σας; (Παρακαλώ δώστε την καλύτερη εκτίμησή σας).

Εάν είστε γυναίκα: Κατά τη διάρκεια των τελευταίων τριών έως τεσσάρων μηνών έχετε χάσει καμία εμμηνορροϊκή περίοδο;

Αν ναι, πόσες;

Έχετε πάρει το "χάπι";

ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΓΙΑ ΤΟ ΧΡΟΝΟ ΣΑΣ!

EDE-Q reproduced with permission. Fairburn and Beglin (2008). In Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*. Guilford Press, New York.

Κανονισμοί EDE-Q

Τα ακόλουθα δεδομένα προέρχονται από δείγμα 241 γυναικών που βασίζεται στην κοινότητα (Fairburn & Beglin, 1994).

	Μέσος όρος	SD
Υποκλίμακα συγκράτησης	1.251	1.323
Υποκλίμακα ανησυχίας διατροφής	0.624	0.859
Υποκλίμακα ανησυχίας σχήματος	2.149	1.602
Υποκλίμακα ανησυχίας βάρους	1.587	1.369
Συνολική βαθμολογία (4 υποκλίμακες)	1.554	1.213

Assessment of Eating Disorders: Interview or Self-Report Questionnaire? Fairburn, C. G., & Beglin, S. J. (1994). *International Journal of Eating Disorders*, 16, 363-370.

Επιπλέον, οι Mondet al. (2006) παρέχουν κανόνες γενικού πληθυσμού και ποσοστά εκατοστημορίων για το EDE-Q

Οι μέσες (SD) βαθμολογίες στο EDE-Q για τις νεαρές ενήλικες ανά ηλικιακή ομάδα:

Ηλικία (έτη)	18-22 (n=1186)	23-27 (n=908)	28-32 (n=1206)	33-37 (n=928)	38-42 (n=1003)
Συγκράτηση	1.29 (1.41)	1.34 (1.39)	1.28 (1.37)	1.27 (1.43)	1.31 (1.38)
Διατροφική ανησυχία	0.87 (1.13)	0.81 (1.10)	0.78 (1.07)	0.69 (1.04)	0.61 (0.94)
Ανησυχία σχήματος	2.29 (1.68)	2.24 (1.61)	2.37 (1.65)	2.10 (1.67)	2.10 (1.60)
Ανησυχία βάρους	1.89 (1.60)	1.84 (1.50)	1.90 (1.51)	1.64 (1.48)	1.64 (1.41)
Συνολική βαθμολογία	1.59 (1.32)	1.56 (1.26)	1.58 (1.23)	1.42 (1.24)	1.41 (1.15)

Υπεύθυνη Δήλωση Συγγραφέα:

Δηλώνω ρητά ότι, σύμφωνα με το άρθρο 8 του Ν. 1599/1986 και τα άρθρα 2,4,6 παρ. 3 του Ν. 1256/1982, η παρούσα εργασία αποτελεί αποκλειστικά προϊόν προσωπικής εργασίας και δεν προσβάλλει κάθε μορφής πνευματικά δικαιώματα τρίτων και δεν είναι προϊόν μερικής ή ολικής αντιγραφής, οι πηγές δε που χρησιμοποιήθηκαν περιορίζονται στις βιβλιογραφικές αναφορές και μόνον.