



**ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ**

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ ΦΥΣΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ  
ΤΟΜΕΑΣ ΓΥΜΝΑΣΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΧΟΡΟΥ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**«ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΣΕ ΑΘΛΗΤΕΣ ΚΑΙ  
ΑΘΛΗΤΡΙΕΣ ΕΝΟΡΓΑΝΗΣ ΓΥΜΝΑΣΤΙΚΗΣ »**

**Παπαχαραλάμπους Κωνσταντίνα-Εριφύλη**

**Επιβλέπων Καθηγητής: Ντάλλας Γεώργιος**

**ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2021**

© Copyright  
Παπαχαραλάμπους Κωνσταντίνα-Εριφύλη  
Σχολή Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού  
Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών  
Εθνικής Αντιστάσεως 41, 172 37, Δάφνη, Αθήνα

## ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΣΕ ΑΘΛΗΤΕΣ ΚΑΙ ΑΘΛΗΤΡΙΕΣ ΕΝΟΡΓΑΝΗΣ ΓΥΜΝΑΣΤΙΚΗΣ

### Περίληψη

Σκοπός αυτής της εργασίας ήταν η διερεύνηση της τάσης εμφάνισης διατροφικών διαταραχών σε αθλητές και αθλήτριες ενόργανης γυμναστικής, αγωνιστικού επιπέδου. Στην μελέτη συμμετείχαν 23 αθλητές και 42 αθλήτριες, ηλικίας 7-27 ετών από αθλητικά σωματεία όλης της Ελλάδας. Για τη διερεύνηση των διατροφικών στάσεων των συμμετεχόντων χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα Διατροφικών Στάσεων EAT-26. Η διαδικασία συγκέντρωσης των δεδομένων περιλάμβανε την επικοινωνία με αθλητικούς φορείς όλης της Ελλάδας για το περιεχόμενο και τον σκοπό της έρευνας. Κατόπιν συνεννόησης παραχωρήθηκε το ερωτηματολόγιο σε ηλεκτρονική μορφή, εξαιτίας της πανδημίας COVID-19, όπου περιλάμβανε το έντυπο συγκατάθεσης συμμετοχής στην έρευνα. Τα αποτελέσματα της εργασίας έδειξαν ότι έντεκα από τους 65 συμμετέχοντες (ποσοστό ~17%) είχαν συνολική βαθμολογία >20 στο EAT-26, ποσοστό σημαντικά υψηλότερο στις αθλήτριες ενόργανης γυμναστικής (~24%) από ότι στους αθλητές (~4,4%). Οι αθλήτριες της ενόργανης γυμναστικής παρουσίασαν μεγαλύτερη τάση εμφάνισης διατροφικών διαταραχών, *Ενασχόλησης με δίαιτα και Βουλιμίας και ενασχόλησης με το φαγητό* από ότι οι αθλητές, χωρίς διαφορές μεταξύ αυτών στο παράγοντα *Έλεγχος κατάποσης*. Συνεπώς, το εύρημα αυτό σε συνδυασμό με το γεγονός ότι οι περισσότερες από τις αθλήτριες ήταν εφηβικής ηλικίας ( $15,23 \pm 6,35$ ) χρήζει ιδιαίτερης σημασίας και προσοχής τόσο από τους προπονητές όσο και από το οικογενειακό περιβάλλον.

Λέξεις κλειδιά: διατροφικές διαταραχές, ενόργανη γυμναστική, αισθητικά αθλήματα, εφηβεία, νευρογενής βουλιμία, νευρογενής ανορεξία, covid-19

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Περίληψη.....	iii
Πίνακας Περιεχομένων .....	iv
Κατάλογος Σχημάτων .....	vii
Κατάλογος Πινάκων .....	vii
Κατάλογος Συμβόλων και Συντομογραφιών.....	vii
<b>I. ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....</b>	<b>σελ.1</b>
1.1. Ορισμός και διατύπωση του προβλήματος.....	σελ.1
1.2. Σημαντικότητα της έρευνας.....	σελ.4
1.3. Ερευνητικά ερωτήματα και υποθέσεις.....	σελ.4
1.3.1. Ερευνητικά ερωτήματα .....	σελ.4
1.3.2. Υποθέσεις.....	σελ.5
1.4. Οριοθετήσεις και περιορισμοί της έρευνας.....	σελ.5
1.5. Διευκρίνιση όρων.....	σελ.6
<b>II. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ.....</b>	<b>σελ.7</b>
2.1. Ορισμός και ταξινόμηση διατροφικών διαταραχών .....	σελ.7
2.1.1. Ψυχογενής-Νευρογενής Ανορεξία.....	σελ.7
2.1.2. Ψυχογενής-Νευρογενής Βουλιμία.....	σελ.8
2.1.3. Άτυπες διατροφικές διαταραχές.....	σελ.9
2.2. Αθλητική Ανορεξία και Βουλιμία.....	σελ.10
2.3. Φυσικά και ψυχολογικά συμπτώματα διατροφικών διαταραχών.....	σελ.11
2.4. Αίτια ανάπτυξης διατροφικών διαταραχών.....	σελ.14
2.4.1.Αυτοεκτίμηση.....	σελ.16
2.4.2.Εικόνα του σώματος.....	σελ.17
2.4.3.Τελειομανία.....	σελ.17
2.4.4.Κοινωνική πίεση.....	σελ.18

2.5. Συνέπειες.....	σελ.20
2.6. Θεραπεία.....	σελ.21
2.7. Πρόληψη.....	σελ.22
2.8.Διατροφικές διαταραχές στα αθλήματα της γυμναστικής.....	σελ.23
<b>III. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ .....</b>	<b>σελ.25</b>
3.1. Συμμετέχοντες.....	σελ.25
3.2. Όργανα Μέτρησης.....	σελ.25
3.2.1. Ανθρωπομετρικά χαρακτηριστικά.....	σελ.25
3.2.2. Δημογραφικά στοιχεία.....	σελ.26
3.2.3. Διατροφικές στάσεις.....	σελ.26
3.3. Χορήγηση Ερωτηματολογίου.....	σελ.27
3.4. Στατιστική Ανάλυση.....	σελ.27
<b>IV. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ .....</b>	<b>σελ.29</b>
4.1. Ανθρωπομετρικά Χαρακτηριστικά.....	σελ.29
4.2. Κοινωνικά χαρακτηριστικά.....	σελ.31
4.3. EAT-26.....	σελ.31
<b>V. ΣΥΖΗΤΗΣΗ .....</b>	<b>σελ.33</b>
<b>VI. ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ, ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ, ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ .....</b>	<b>σελ.36</b>
6.1. Συμπεράσματα.....	σελ.36
6.2. Προτάσεις για περαιτέρω έρευνα.....	σελ.36
<b>VII. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....</b>	<b>σελ.38</b>

<b>VIII. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ .....</b>	<b>σελ.49</b>
7.1. Έντυπο δήλωσης συγκατάθεσης.....	σελ.49
7.2. Ερωτηματολόγιο διατροφικής συμπεριφοράς EAT-26.....	σελ.52
7.3. Δημογραφικά χαρακτηριστικά.....	σελ.54

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ

**Γράφημα 4.1.** Κοινωνικά χαρακτηριστικά των αθλητών και αθλητριών.....σελ.31

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

**Πίνακας 4.1.** Μέση τιμή και τυπική απόκλιση των ανθρωπομετρικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων..... σελ.30

**Πίνακας 4.2.** Μέση τιμή και τυπική απόκλιση της βαθμολογίας στο EAT-26.....  
.....σελ.32

**Πίνακας 4.3.** Κατηγοριοποίηση του δείγματος σύμφωνα με το σκορ στο EAT-26.....  
.....σελ.32

**Πίνακας 4.4.** Κατηγοριοποίηση των αθλητών/-ριών ενόργανης γυμναστικής σύμφωνα με το σκορ στο EAT-26.....σελ.32

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΥΜΒΟΛΩΝ ΚΑΙ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ

**ΔΔ** Διατροφικές Διαταραχές .....σελ.6

## I. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

### 1.1. Ορισμός του προβλήματος

Η σωματική δραστηριότητα είναι κοινώς αποδεκτό ότι διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην προαγωγή και συντήρηση της υγείας, στην πρόληψη ασθενειών, στον έλεγχο του σωματικού βάρους, στην βελτίωση ποιότητας ζωής και διάθεσης προσδίδοντας αίσθηση ευφορίας και ικανοποίησης καθώς και στην ψυχική ισορροπία αφού είναι επιστημονικά τεκμηριωμένο ότι τα ευεργετικά της αποτελέσματα βοηθούν στην αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών, την πρόληψή τους και τη βελτίωση της σωματικής και ψυχικής υγείας των ψυχικά πασχόντων (Ζιώγου, 2013). Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι από την αρχαία Ελλάδα έπαιξε σημαντικό ρόλο στη ζωή των ανθρώπων και αποτελούσε τμήμα ολόκληρης της εκπαίδευσης, στην οποία υπήρχε απόλυτη συσχέτιση του υγιούς σώματος με το υγιές μυαλό. Παρόλα αυτά από την αρχή του 21<sup>ου</sup> αιώνα ο επιπολασμός των διατροφικών διαταραχών φαίνεται να διαδραματίζει σημαντικό ρόλο τόσο στον γενικό πληθυσμό όσο και στον τομέα του αθλητισμού των υψηλών επιδόσεων (Clark, 2007).

Ως διατροφική διαταραχή ορίζεται η καθοριστική διαταραχή των διατροφικών συνηθειών και ο έλεγχος του σωματικού βάρους που ως αποτέλεσμα μπορεί να έχουν την κλινικά σημαντική βλάβη της υγείας και της ψυχοκοινωνικής συμπεριφοράς του ατόμου (Sudi et al., 2004). Η Ψυχογενής Ανορεξία και η Ψυχογενής Βουλιμία είναι οι πιο ακραίες εκδηλώσεις διατροφικών διαταραχών, ωστόσο, κάποιοι παράγοντες, όπως η εμμονή με το φαγητό ή τη δίαιτα, η έλλειψη ικανοποίησης από την εικόνα του σώματος και η συνεχής ενασχόληση με το σωματικό βάρος θεωρείται ότι συνδέονται με αποκλίνουσα διατροφική συμπεριφορά (Michou & Costarelli, 2011). Δημιουργούνται από ψυχολογικούς και συναισθηματικούς παράγοντες (Weinberg & Gould, 1995), όπως η χαμηλή αυτοεκτίμηση, το αίσθημα απελπισίας, η αρνητική εκτίμηση της εικόνας του σώματος καθώς και η ανησυχία για το βάρος και το σχήμα του σώματος (Heywood & McCabe, 2006).



Τα τελευταία χρόνια οι διατροφικές διαταραχές εμφανίζονται όλο και πιο έντονα και συχνότερα στο γυναικείο πληθυσμό και συγκεκριμένα στο χώρο του αθλητισμού με αρνητικές διαστάσεις (Hausenblas & Carron, 1999; Swoap & Murphy, 1995). Οι διατροφικές διαταραχές μπορεί να έχουν καταστροφικές επιπτώσεις στην υγεία και την απόδοση του αθλητή. Αν και οι γυναίκες αντιπροσωπεύουν περίπου το 90% εκείνων που αναζητούν ιατρική περίθαλψη για μια διατροφική διαταραχή, οι άνδρες μπορούν επίσης να επηρεαστούν. Σύμφωνα με τους Sundgot-Borgen και Torstveit (2004) οι διατροφικές διαταραχές είναι πιο διαδεδομένες στους αθλητές από ότι στους μη αθλητές. Αυτό υποδεικνύει τη σχετική σημασία αυτού του προβλήματος στην αθλητική κοινότητα. Η πλειονότητα των μελετών διερευνά τον επιπολασμό των διατροφικών διαταραχών σε αθλήτριες. Στη μελέτη του Sundgot-Borgen (1993) συμμετείχαν 522 ελίτ αθλήτριες και 448 μη αθλητές όπου συμπλήρωσαν ένα ερωτηματολόγιο για τις διαταραχές διατροφής, πέρασαν από μια κλινική εξέταση και μια συνέντευξη. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 18% των αθλητριών διαγνώστηκε με διατροφική διαταραχή σε σύγκριση με το 5% των μη αθλητών. Μια παρόμοια μελέτη που περιελάμβανε μεγαλύτερο δείγμα, 1620 ελίτ αθλητές και 1696 άτομα της ομάδας ελέγχου, αξιολογήθηκε για την ύπαρξη διατροφικών διαταραχών (Sundgot-Borgen, , & Torstveit, 2004). Τα αποτελέσματα ήταν παρόμοια, το 20% των αθλητριών πληρούσαν τα κριτήρια για μια διατροφική διαταραχή, σε σύγκριση με το 9% των γυναικών της ομάδας ελέγχου. Από τις λίγες μελέτες που περιλαμβάνουν άνδρες αθλητές, μερικές έδειξαν αυξημένο κίνδυνο για διατροφικές διαταραχές σε αθλητές που ανταγωνίζονται σε αθλήματα κατηγορίας βάρους όπως πάλη και κωπηλασία και άλλες υποδεικνύουν χαμηλότερο κίνδυνο σε αθλητές σκέιτερ και κολυμβητές. Στη μελέτη των Thiel et al., (1993) χρησιμοποιώντας κωπηλάτες και παλαιστής των κατηγοριών χαμηλότερου βάρους διερευνήθηκε η υπόθεση ότι μια υποομάδα αθλητών μπορεί να μοιάζει με τα περιγραφόμενα ψυχοπαθολογικά ευρήματα με ομάδες υψηλού κινδύνου αθλητριών. Τα δεδομένα που εμφανίστηκαν υποστηρίζουν την υπόθεση αυξημένου επιπολασμού υποκλινικών διαταραχών διατροφής στον συγκεκριμένο πληθυσμό αθλητών χαμηλού βάρους. Λόγω των

κανόνων του αθλήματός τους, αυτοί οι αθλητές υπόκεινται σε ιδιαίτερη πίεση για να διατηρήσουν χαμηλό σωματικό βάρος. Οκτώ τοις εκατό των κωπηλατών και 16% των παλαιστών εμφανίζουν παθολογικά προφίλ διατροφής, που αντιστοιχούν σε ένα μέσο όρο συνολικού επιπολασμού περίπου 11% υποκλινικών διατροφικών διαταραχών στο δείγμα που μελετήθηκε. Γενικότερα, οι Stoutjestic και Jevne (1993) σε έρευνα όπου εξέτασαν 191 αθλητές για την τάση εμφάνισης διατροφικών διαταραχών σε διαφορετικά αθλήματα, διαπίστωσαν ότι αθλητές που αγωνίζονται σε αθλήματα που δίνουν έμφαση στο λεπτό σώμα και κατηγοριοποιούνται σύμφωνα με το βάρος (weight –matched), είχαν υψηλότερη τάση να νοσήσουν από εκείνους που αγωνίζονται σε αθλήματα που δεν έχουν ως περιοριστικό παράγοντα το βάρος (non weight restricted).

Ακόμα και μεταξύ αθλητριών τα ποσοστά διατροφικών διαταραχών ποικίλλουν ανάλογα με το άθλημα. Παρά το γεγονός λοιπόν ότι μια μεγάλη μερίδα αθλητριών αντιμετωπίζει πίεση για τη διατήρηση χαμηλού σωματικού βάρους παρουσιάζονται αθλήματα στα οποία η εμφάνιση διατροφικών διαταραχών είναι συχνότερη από άλλα. Τα αθλήματα που θέτουν αυστηρά κριτήρια ελέγχου του βάρους είναι αυτά που σχετίζονται με την «αισθητική» εικόνα των αθλητριών, όπως η ενόργανη και η ρυθμική γυμναστική. Επιπλέον, υπάρχουν αθλήματα στα οποία απαιτείται συχνή αλλαγή στο σωματικό βάρος κατά την αγωνιστική περίοδο καθώς αποτελεί δείκτη και προϋπόθεση απόδοσης, όπως αθλήματα αντοχής, άρση βαρών, πάλη, δρόμου μεγάλων αποστάσεων και άλλα αθλήματα. Φαίνεται λοιπόν, ότι η ενασχόληση με αυτά τα αθλήματα, και ειδικότερα σε υψηλό επίπεδο, συσχετίζεται άμεσα με την ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών. Στην παρούσα έρευνα σκοπός είναι να διερευνηθεί η εμφάνιση διατροφικών διαταραχών σε αθλητές και αθλήτριες ενόργανης γυμναστικής αγωνιστικού επιπέδου.

## **1.2. Σημαντικότητα της έρευνας**

Η πλειονότητα των επιστημονικών ερευνών που αναφέρεται στις διαταραγμένες διατροφικές συμπεριφορές έχει ως επίκεντρο κυρίως τον γυναικείο πληθυσμό καθώς είναι πιο επιρρεπής στην εμφάνιση διατροφικών διαταραχών συγκριτικά με τους άνδρες.

Ως εκ τούτου η παρούσα έρευνα έχει ως σκοπό να εξετάσει τη τάση εμφάνισης διατροφικών διαταραχών σε αθλητές και αθλήτριες ενόργανης γυμναστικής. Αποτελεί την πρώτη προσπάθεια εξέτασης των διατροφικών συνηθειών σε εν ενεργεία αθλητές και αθλήτριες ενόργανης γυμναστικής αγωνιστικού επιπέδου σε όλη την Ελλάδα. Παράλληλα, θα εξεταστούν οι διαφορές στις διατροφικές στάσεις που παρουσιάζουν οι αθλητές της ενόργανης γυμναστικής συγκριτικά με τις αθλήτριες ενόργανης γυμναστικής.

Μέσα από τα ευρήματα της παρούσας έρευνας θα προστεθούν ερευνητικά δεδομένα σε ένα ζήτημα που δεν έχει μελετηθεί αρκετά και αφορά άμεσα όχι μόνο την απόδοση αλλά και την υγεία των αθλητριών. Συνεπώς, η σημαντικότητα της έρευνας έγκειται στο γεγονός ότι η αναπτυξιακή ηλικία της εφηβείας αποτελεί μια κρίσιμη και ευαίσθητη περίοδο για την εμφάνιση διατροφικών διαταραχών, ιδιαίτερα στα αθλήματα γυμναστικής (Sundgot-Borgen, Klungland & Torstveit, 2004), καθώς και για την μετέπειτα διατήρηση τους στο μέλλον.

## **1.3. Ερευνητικά ερωτήματα και υποθέσεις**

### **1.3.1. Ερευνητικά ερωτήματα**

Ερώτημα 1<sup>ο</sup>: Υπάρχει διαφορά στη τάση εμφάνισης διατροφικών διαταραχών μεταξύ αθλητών και αθλητριών ενόργανης γυμναστικής;

### **1.3.2. Υποθέσεις**

Υπόθεση Ι. Οι αθλήτριες ενόργανης γυμναστικής θα έχουν μεγαλύτερη τάση εμφάνισης διατροφικών διαταραχών σε σχέση με τους αθλητές ενόργανης γυμναστικής

### **1.4. Οριοθετήσεις και περιορισμοί της έρευνας**

Οι οριοθετήσεις της έρευνας είναι οι ακόλουθες:

- (α) οι αθλητές και αθλήτριες προέρχονται όλοι από το άθλημα της ενόργανης γυμναστικής
- (β) είναι όλοι αγωνιστικού επιπέδου
- (γ) για τη διερεύνηση των διατροφικών στάσεων των αθλητών και αθλητριών χρησιμοποιήθηκε η ελληνική προσαρμογή της κλίμακας Διατροφικών Στάσεων EAT-26 (Garner & Garfinkel, 1982 Δούκα, 2007)

Οι περιορισμοί της έρευνας είναι οι ακόλουθοι:

- (α) οι αθλητές και αθλήτριες ενόργανης γυμναστικής προέρχονται από σωματεία όλης της Ελλάδας
- (β) υπήρχε μεγάλο εύρος στις ηλικιακές ομάδες των συμμετεχόντων
- (γ) τα δεδομένα συλλέχθηκαν με τη χρήση ερωτηματολογίων αυτό-αναφοράς (Θεοδωράκου & Δόντη, 2013). Αν και η μέθοδος αυτή αποτελεί την πλέον συνηθισμένη πρακτική στις έρευνες ψυχολογίας, οι ερευνητές δεν έχουν τη δυνατότητα να ελέγξουν τις απαντήσεις των συμμετεχόντων. Από την άλλη πλευρά, αυτή η τεχνική συλλογής δεδομένων δεν φαίνεται να επηρεάζει την εγκυρότητα των αποτελεσμάτων (Pate, 1993).
- (δ) η ενημέρωση των αθλητικών φορέων και προπονητών έγινε τηλεφωνικά και εγγράφως

(ε) η χορήγηση των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε από τους προπονητές σε ηλεκτρονική μορφή στα πλαίσια της πανδημίας COVID-19

### **1.5. Διευκρίνιση όρων**

**Διατροφικές διαταραχές (ΔΔ):** Η καθοριστική διαταραχή των διατροφικών συνηθειών και ο έλεγχος του σωματικού βάρους με αποτέλεσμα την κλινικά σημαντική βλάβη της υγείας (Sudi et al., 2004). Είναι σοβαρές ψυχιατρικές διαταραχές, οι οποίες έχουν σημαντική επίδραση στην υγεία και την απόδοση των αθλητών (Costarelli & Stamou, 2009).

## II. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

### 2.1. Ορισμός και ταξινόμηση διατροφικών διαταραχών

Σύμφωνα με τον Sudi et al. (2004), διατροφική διαταραχή ορίζεται ως η καθοριστική διαταραχή διατροφικών συνθηκών και ο έλεγχος του σωματικού βάρους που πιθανά οδηγούν σε κλινικά σημαντικά προβλήματα της υγείας και της ψυχοκοινωνικής συμπεριφοράς του ατόμου. Οι βασικές διατροφικές διαταραχές ταξινομούνται στις ακόλουθες κατηγορίες παθολογικών καταστάσεων: α) την «ψυχογενή-νευρογενή ανορεξία», β) την «ψυχογενή-νευρογενή βουλιμία» και γ) τις «άτυπες διαταραχές πρόσληψης τροφής» (Michou-Costarelli, 2011).

Η νευρογενής ανορεξία και η νευρογενής βουλιμία είναι σχετικές διαταραχές άγνωστης αιτιολογίας που συνήθως ξεκινούν κατά τη διάρκεια της εφηβείας στις γυναίκες. Χαρακτηρίζονται από παρεκκλίσεις στο μοτίβο της διατροφικής συμπεριφοράς και της ρύθμισης του βάρους καθώς και από αποκλίνουσες αντιλήψεις σχετικά με τη μορφή και το βάρος του σώματος (Kaye, 2008).

#### 2.1.1. Ψυχογενής-Νευρογενής Ανορεξία

Μια συνηθισμένη διατροφική διαταραχή που αναγνωρίζεται από την Αμερικανική Ψυχολογική Εταιρεία (American Psychiatric Association, 2013) είναι η νευρογενής ανορεξία, μια ασθένεια στην οποία ο προσβεβλημένος περιορίζει σκόπιμα την πρόσληψη θερμίδων προκειμένου να διατηρηθεί ένα ασυνήθιστα χαμηλό σωματικό βάρος. Η νευρογενής ανορεξία είναι μια ψυχολογική νόσος που χαρακτηρίζεται από έντονο φόβο παχυσαρκίας, διαταραγμένη εικόνα για το σώμα, σημαντική απώλεια βάρους, άρνηση διατήρησης του φυσιολογικού σωματικού βάρους και αμηνόρροια. Πιο συγκεκριμένα, για τους αθλητές, η νευρογενής ανορεξία χαρακτηρίζεται από το άτομο που πάσχει από περιορισμένη πρόσληψη θερμίδων, ενώ ταυτόχρονα ασχολείται με καταπιεστική άσκηση. Με βάση την αναθεωρημένη

4η έκδοση του διαγνωστικού συστήματος DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας, DSM-IV-TR6 για να τεθεί η διάγνωση της νευρογενούς ανορεξίας, πρέπει να πληρούνται τα ακόλουθα κριτήρια:

- Άρνηση διατήρησης του σωματικού βάρους πάνω από ένα ελάχιστο όριο για την ηλικία και το ύψος και επίμονες προσπάθειες για απώλεια και διατήρηση εξαιρετικά χαμηλού σωματικού βάρους (π.χ. σωματικό βάρος χαμηλότερο του 85% του αναμενόμενου ή σε ό,τι αφορά στα παιδιά και στους εφήβους δείκτης μάζας σώματος κατώτερος του δευτέρου εκατοστημορίου για την αντίστοιχη ηλικία).
- Έντονος φόβος αύξησης του βάρους ή πάχυνσης, ακόμη και αν είναι λιποβαρής.
- Διαταραχή στον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνεται κανείς το βάρος και το σχήμα του σώματός του, αδικαιολόγητη υπεραξιολόγηση του σωματικού βάρους και εμφάνισης. Η αξία του ατόμου κρίνεται κυρίως με βάση το βάρος και την σωματική εμφάνιση, καθώς και την ικανότητα ελέγχου αυτών.
- Στις γυναίκες, απουσία τριών διαδοχικών αναμενόμενων εμμηνορρυσιακών κύκλων (δηλαδή πρωτοπαθής ή δευτεροπαθής αμηνόρροια)

### **2.1.2. Ψυχογενής-Νευρογενής Βουλιμία**

Τα άτομα με αυτή τη διαταραχή μοιάζουν πολύ με ασθενείς με νευρική ανορεξία, αν και παρουσιάζεται μια σημαντική διαφορά, το βάρος τους είναι γενικά εντός του φυσιολογικού εύρους. Αντίθετα με το ανορεξικό άτομο, το βουλιμικό άτομο δεν αποφεύγει το φαγητό αλλά το επιζητά, κυρίως σε περιόδους με προβλήματα, και έχει πλήρη επίγνωση της κατάστασης. Επίσης, γίνεται καταθλιπτικό λόγω χαμηλής αυτοεκτίμησης, τρώει υπερβολικά σε μια προσπάθεια να νιώσει καλύτερα, αισθάνεται ενοχή που τρώει και έπειτα προκαλεί εμετό ή κάνει χρήση καθαρτικών προκειμένου να απαλλαγεί από την τροφή που κατανάλωσε. Συνεπώς, η βουλιμία είναι ένα επεισοδιακό διατροφικό πρότυπο που χαρακτηρίζεται από ανεξέλεγκτη υπερφαγία, καθαρκτική συμπεριφορά, πλήρη επίγνωση του ατόμου ότι οι πράξεις του

είναι μη φυσιολογικές, ενώ ταυτόχρονα υπάρχει αδυναμία εκούσιας παύσης, καταθλιπτική διάθεση και αυτό- αποδοκιμασία. Τα διαγνωστικά κριτήρια για τη βουλιμία είναι τα εξής (American Psychiatric Association, 2013):

- Επανεμφανιζόμενα επεισόδια υπερφαγίας (γρήγορης κατανάλωσης μεγάλων ποσοτήτων τροφής σε διακριτό χρονικό διάστημα)
- Αίσθημα έλλειψης ελέγχου της διατροφικής συμπεριφοράς κατά τη διάρκεια των επεισοδίων υπερφαγίας
- Τακτικοί, αυτό- προκαλούμενοι εμετοί, χρήση καθαρτικών ή διουρητικών, αυστηρή δίαιτα ή νηστεία ή έντονη άσκηση για πρόληψη της αύξησης βάρους
- Μέσος ελάχιστος αριθμός δύο επεισοδίων υπερφαγίας την εβδομάδα, τουλάχιστον για 3 μήνες
- Επίμονη υπερβολική ανησυχία για το σχήμα και το βάρος του σώματος

### **2.1.3. Άτυπες διατροφικές διαταραχές**

Οι άτυπες διατροφικές διαταραχές ή αλλιώς μη προσδιοριζόμενες διατροφικές διαταραχές (EDNOS) αποτελούν μια νέα κατηγορία που έχει ως σκοπό ύπαρξης την περιγραφή των ασθενών εκείνων που έχουν στοιχεία από τις βασικότερες παραπάνω διατροφικές διαταραχές αλλά δεν πληρούν τα ακριβή διαγνωστικά τους κριτήρια (Fairburn & Harrison, 2003). Υπάρχουν δύο βήματα για τη διάγνωση των μη προσδιοριζόμενων διατροφικών διαταραχών:

1. Πρέπει να καθοριστεί ότι υπάρχει διατροφική διαταραχή κλινικής σοβαρότητας.
2. Στη συνέχεια πρέπει να αποδειχθεί ότι δεν πληρούνται τα διαγνωστικά κριτήρια της νευρικής ανορεξίας και της νευρικής βουλιμίας. Αυτό το δεύτερο βήμα συνεπώς περιλαμβάνει τη διάγνωση με αποκλεισμό.

Οι κλινικές περιγραφές δείχνουν ότι η πλειονότητα των περιπτώσεων είναι νεαρές γυναίκες, όπως και στη νευρική ανορεξία και στη νευρική βουλιμία. Στις



περισσότερες από αυτές τις ασθένειες παρατηρείται έντονη αξιολόγηση του βάρους και του σχήματος του σώματος, αν και σε ορισμένες η εστίαση αφορά τη διατήρηση του ελέγχου της διατροφής (Fainburn, & Harrison, 2003; Smolak, Murner & Ruble, 2000). Τα διαγνωστικά κριτήρια των άτυπων διατροφικών διαταραχών (EDNOS) είναι (American Psychiatric Association, 1994):

1. Πληρούνται στις γυναίκες όλα τα κριτήρια της ψυχογενούς ανορεξίας εκτός από το γεγονός ότι το άτομο έχει κανονικούς εμμηνορρυσιακούς κύκλους
2. Πληρούνται όλα τα κριτήρια για ψυχογενή ανορεξία αλλά το βάρος του ατόμου είναι σε φυσιολογικά επίπεδα
3. Πληρούνται όλα τα κριτήρια για ψυχογενή βουλιμία εκτός από τα επεισόδια υπερφαγίας και των μηχανισμών αποβολής της τροφής που εμφανίζονται σε μικρότερη συχνότητα από ότι ορίζουν τα κριτήρια βουλιμίας
4. Απρόσφορη αντισταθμιστική συμπεριφορά από το άτομο με φυσιολογικό βάρος σώματος μετά την κατανάλωση πχ. μικρής ποσότητας γλυκού
5. Η επαναλαμβανόμενη μάσηση και απόπτωση της τροφής χωρίς την κατάποση σε κατανάλωση μεγάλης ποσότητας τροφής
6. Ύπαρξη του συνδρόμου υπερφαγίας (Binge Eating Disorder- BED) με την απουσία όμως της ανάρμοστης συμπεριφοράς αποβολής της τροφής όπως συμβαίνει στην ψυχογενή βουλιμία

## **2.2. Αθλητική Ανορεξία και Βουλιμία**

Η Αθλητική Ανορεξία είναι δυνατόν να θεωρηθεί ως κατάσταση μειωμένης πρόσληψης ενέργειας και μάζας σώματος παρά την υψηλή φυσική απόδοση (Sudi et al., 2004). Ο αθλητής διακατέχεται από έντονο φόβο να πάρει βάρος ακόμα και αν είναι λιποβαρής (τουλάχιστον 5% λιγότερο από το αναμενόμενο κανονικό βάρος για την ηλικία και το ύψος για τον γενικό πληθυσμό). Μάλιστα, συχνά γίνεται αναφορά για χρήση καθαρκτικών, διουρητικών και αυτοπροκαλούμενο εμετό Sundgot-Burgen, (1993).

Τα κριτήρια για την Αθλητική Ανορεξία σύμφωνα με τον Pugliese et al. (1983) και την τροποποιημένη εκδοχή του Sundgot-Burgen (1993) περιλαμβάνουν:

- απώλεια βάρους
- καθυστερημένη εφηβεία
- δυσλειτουργία της εμμηνόρροιας
- γαστρεντερικές ενοχλήσεις
- απουσία ιατρικής ή συναισθηματικής διαταραχής που να εξηγεί την απώλεια βάρους
- διαταραχή στην εικόνα του σώματος
- υπερβολικό φόβο παχυσαρκίας και
- περιορισμό της θερμιδικής πρόσληψης
- χρήση καθαρτικών μεθόδων
- υπερφαγία
- καταναγκαστική άσκηση

### **2.3. Φυσικά και ψυχολογικά συμπτώματα διατροφικών διαταραχών**

Η ανίχνευση των διατροφικών διαταραχών ανάμεσα στους αθλητές αποτελεί μια περίπλοκη διαδικασία καθώς πολλές από τις παθογόνες συμπεριφορές ελέγχου του σωματικού βάρους είναι από τη φύση τους δύσκολες να γίνουν αντιληπτές και να εκτιμηθούν. Επιπλέον, σε αρκετές περιπτώσεις εγκυμονεί ο φόβος των αθλητών αφού η αποκάλυψη μιας διατροφικής διαταραχής μπορεί να είναι ριψοκίνδυνη για τη θέση και ενεργό συμμετοχή τους στην ομάδα. Για αυτό τον λόγο, οι αθλητές που πάσχουν από τέτοιου είδους διαταραχές είναι ιδιαίτερα μυστικοπαθείς και απρόθυμοι να μοιραστούν πληροφορίες έως το πρόβλημα τους να λάβει υπέρμετρες και καταστροφικές διαστάσεις και πλέον να απαιτείται η βοήθεια ενός ειδικού. Αυτή η ανεπαρκής αναφορά των διατροφικών διαταραχών στον αθλητισμό επισυνάπτεται με την έρευνα των Kerr, Berman και De Souza (2006), όπου διαπίστωσαν ότι οι ενεργοί

αθλητές γυμναστικής ανέφεραν λιγότερες διατροφικές διαταραχές (3%) και διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά (18%) από τους αθλητές που είχαν αποσυρθεί (20% και 73% αντίστοιχα). Έτσι, είναι αναγκαίο οι προπονητές και οι γονείς να είναι ιδιαίτερα προσεκτικοί στα προειδοποιητικά σημάδια που υποδεικνύουν ότι ο αθλητής είναι πιθανό να έχει προδιάθεση για ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών.

Σύμφωνα με τους Garner et al. (1998) τα φυσικά συμπτώματα που υποδεικνύουν τις διατροφικές διαταραχές είναι:

- Υπερβολικά χαμηλό βάρος για αθλητική απόδοση
- Σημαντική απώλεια βάρους
- Ακραίες διακυμάνσεις βάρους
- Φούσκωμα ή οίδημα
- Πρησμένοι σιελογόνοι αδένες (πρησμένα μάγουλα ή σαγόνα ακριβώς μπροστά από τα αυτιά)
- Αμηνόρροια
- Καροτιναιμία (κιτρινωπό χρώμα στις παλάμες ή τα πέλματα)
- Έλκη ή κάλοι στις αρθρώσεις των δακτύλων ή στο πίσω μέρος του χεριού από τον αυτό-προκαλούμενο εμετό
- Υπογλυκαιμία
- Καρδιακή αρρυθμία, βραδυκαρδία
- Μυϊκές κράμπες
- Στομαχικές ενοχλήσεις
- Πονοκέφαλοι, ζάλη ή αδυναμία λόγω διαταραχών του ισοζυγίου των ηλεκτρολυτών
- Μούδιασμα και μυρμηκίαση των άκρων που μπορούν να αποδοθούν σε διαταραχές του ισοζυγίου των ηλεκτρολυτών
- Κατάγματα κόπωσης
- Τριχόπτωση ή αραιώση μαλλιών

Τα ψυχολογικά συμπτώματα που υποδεικνύουν τις διατροφικές διαταραχές είναι (Garner et al., 1998):

- Υπερβολική δίαιτα
- Υπέμετρη λήψη τροφής χωρίς αύξηση βάρους
- Υπερβολική άσκηση που δεν αποτελεί μέρος του προγράμματος προπόνησης
- Ενοχή για την πρόληψη τροφής
- Ισχυρισμοί του ατόμου ότι είναι παχύ παρότι έχει φυσιολογικό βάρος και παρά τις καθησυχαστικές διαβεβαιώσεις των άλλων ότι δεν είναι παχύ
- Έμμονη ενασχόληση με το φαγητό
- Αποφυγή πρόσληψης τροφής μπροστά σε άλλους και άρνησης πείνας
- Συσσώρευση τροφίμων
- Συχνό ζύγισμα
- Ενδείξεις για αυτό- προκαλούμενο εμετό
- Χρήση φαρμάκων για τον έλεγχο του βάρους (διαιτητικά χάπια, καθαρτικά, διουρητικά)

Τα συμπτώματα αυτά δεν επιβεβαιώνουν απαραίτητα την ύπαρξη κάποιας διατροφικής διαταραχής αλλά η παρουσία τους αποτελεί ένα σήμα προειδοποίησης, για τους γονείς και τους προπονητές, για περαιτέρω διερεύνηση.

Σύμφωνα με τον Walsh et al., (2000) όταν ένας γιατρός υποψιάζεται νευρική ανορεξία, θα πρέπει να ρωτήσει για το προηγούμενο βάρος και το μοτίβο απώλειας βάρους, το ιστορικό της εμμήνου ρύσεως, την υπερκινητικότητα κατά τη διάρκεια της ημέρας, την αϋπνία και τις συνήθειες άσκησης. Δύο ερωτήσεις που μπορούν να βοηθήσουν στον προσδιορισμό των διατροφικών συνηθειών περιλαμβάνουν:

- Τι φάγατε χθες; και
- Πάντα τρώτε πολύ; (τρώτε περισσότερο από ό, τι θέλετε) ή Χρησιμοποιείτε καθαρτικά, διουρητικά ή χάπια διατροφής;

Η στάση απέναντι στο σωματικό βάρος ή το σχήμα μπορεί να προκληθεί ρωτώντας:

- Πιστεύεις ότι είσαι λεπτός (πολύ λεπτός);

Η νευρική βουλιμία μπορεί να είναι πιο δύσκολο να εντοπιστεί από την νευρική ανορεξία. Δύο ερωτήσεις που έχουν αποδειχθεί ότι είναι πολύ ευαίσθητες όταν χρησιμοποιούνται στο περιβάλλον πρωτοβάθμιας περίθαλψης για την ανίχνευση της νευρικής βουλιμίας είναι «Τρώτε ποτέ κρυφά;» και «Πόσο ικανοποιημένοι είστε με τις διατροφικές σας συνήθειες;» (Freund et al., 1993). Αυτές οι ερωτήσεις ελέγχου μπορούν εύκολα να συμπεριληφθούν στην αρχική φόρμα ιστορικού και ως μέρος μιας συνήθους αξιολόγησης της συντήρησης της υγείας. Οι κλινικοί γιατροί θα πρέπει επίσης να ρωτήσουν για το προηγούμενο μέγιστο και ελάχιστο βάρος, το ιστορικό της εμμήνου ρύσεως, τις συνήθειες άσκησης, τη χρήση αλκοόλ ή άλλων ναρκωτικών και εάν ο ασθενής έχει ποτέ χρησιμοποιεί καθαρτικά, διουρητικά ή χάπια διατροφής. Άλλοι παράγοντες που σχετίζονται με τη νευρική βουλιμία περιλαμβάνουν ένα προσωπικό ιστορικό βιασμού, σεξουαλικής επίθεσης, κακοποίησης στη παιδική ηλικία ή κατάθλιψη. Ένα οικογενειακό ιστορικό κατάθλιψης ή κατάχρησης αλκοόλ είναι σύνηθες φαινόμενο.

#### **2.4. Αίτια ανάπτυξης διατροφικών διαταραχών**

Η κατανόηση των αιτιών που οδηγούν το άτομο σε κάποια διατροφική διαταραχή καθίσταται περίπλοκη λόγω της πολυπαραγοντικότητας της αιτιολογίας αυτών των νόσων. Οι βασικότερες αιτίες εμφάνισης διατροφικών διαταραχών θεωρούνται η γενετική προδιάθεση σε συνδυασμό με άλλους κοινωνικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες κινδύνου (Fairburn & Harrison, 2003). Παράγοντες που θεωρούνται ότι σχετίζονται με διατροφικές διαταραχές περιλαμβάνουν πρόωμη έναρξη της προπόνησης, συχνές διακυμάνσεις βάρους, παρατεταμένες διατροφικές περιόδους, πεποίθηση για την ανάγκη χαμηλού σωματικού βάρους για καλή αθλητική απόδοση, απότομη αύξηση του όγκου της προπόνησης, πίεση από άλλους

σημαντικούς παράγοντες, όπως γονείς και προπονητές, για μείωση του βάρους, έλλειψη καθοδήγησης για την απώλεια βάρους, χαμηλή αυτοεκτίμηση, φόβος εφηβείας σε γυναίκες αθλητές, τραυματισμός και υπερβολική προπόνηση, φόβος αποτυχίας και αιτιακά σχόλια (Morgenthal, 2002; Rome et al, 2003; Sundgot-Borgen, 1994).

Τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας έχουν λάβει σημαντική προσοχή σε αιτιολογικά μοντέλα διατροφικών διαταραχών. Η χαμηλή αυτοεκτίμηση, η έλλειψη ικανοποίησης για την εικόνα του σώματος, η τελειομανία, η κοινωνική πίεση, η εφηβεία καθώς και ο δείκτης μάζας σώματος είναι ορισμένες από τις μεταβλητές που έχουν διαπιστωθεί ότι σχετίζονται με την ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών. Παρομοίως, κι άλλες έρευνες έδειξαν ότι το άγχος, η αυτοεκτίμηση και η έλλειψη ικανοποίησης από τη σωματική εικόνα επηρεάζουν τη συχνότητα εμφάνισης διατροφικών διαταραχών (Costarelli, Demetzi, & Stamou, 2009; Markey & Vander Wal, 2007; Petrie, Greenleaf, Reel, & Carter, 2009). Παρόλα αυτά, η έρευνα της Theodorakou και Donti (2013), σε αθλήτριες ενόργανης και ρυθμικής γυμναστικής, έδειξε ότι η ηλικία και ο δείκτης μάζας σώματος των αθλητριών συσχετίστηκαν υψηλά με την τάση εμφάνισης διατροφικών διαταραχών των αθλητριών. Ωστόσο, ψυχολογικές παράμετροι, όπως το άγχος προδιάθεσης, η αυτοεκτίμηση και η έλλειψη ικανοποίησης από τη σωματική εικόνα, δεν παρουσίασαν υψηλή συσχέτιση με την τάση εμφάνισης διατροφικών διαταραχών. Επιπροσθέτως, προγενέστερες έρευνες έχουν δείξει ότι τα άτομα με μειωμένα επίπεδα συναισθηματικής νοημοσύνης εμφανίζουν διαταραγμένη διατροφική στάση ενώ η αυξημένη συναισθηματική νοημοσύνη έχει ως επακόλουθο την πιο θετική διατροφική στάση με μεγαλύτερη προσαρμοστικότητα (Costarelli & Stamou, 2009). Τέλος, βασικοί παράγοντες διαμόρφωσης προτύπων για το σώμα είναι, χωρίς αμφιβολία, οι κοινωνικό-περιβαλλοντικοί παράγοντες όπως η οικογένεια, τα μέσα μαζικής ενημέρωσης και οι συμπεριφορές από το περιβάλλον.

### 2.4.1. Αυτοεκτίμηση

Η αυτοεκτίμηση είναι ένας σημαντικός δείκτης πρόβλεψης διάφορων διαταραχών κατά την εφηβεία και την ενηλικίωση. Μελέτες έχουν διαπιστώσει ότι η μείωση της συμβάλλει στη φτωχή εικόνα του σώματος (Abell & Richards, 1996; Gleason, Alexander, & Somers, 2000) και στα βουλιμικά συμπτώματα (Vohs, Bardone, Joiner, Abramson, & Heatherton, 1999). Επίσης, φαίνεται να σχετίζεται τόσο με την εμφάνιση διατροφικών διαταραχών (Biro, Striegel-Moore, Franko, Padgett, & Bean, 2006; Milligan & Pritchard, 2006) όσο και με τη συνεχή ενασχόληση με τη δίαιτα και με την έλλειψη ικανοποίησης από τη σωματική εικόνα. Στην έρευνα των Friestad και Rise (2004) διαπιστώθηκε ότι η αυτοεκτίμηση ήταν προγνωστικός παράγοντας για δίαιτα και στα δύο φύλα, αλλά ήταν μόνο ένας σημαντικός δείκτης πρόβλεψης για τους άνδρες. Αυτή η μελέτη αποκάλυψε τόσο τη δυσαρέσκεια του σώματος όσο και τη χαμηλή αυτοεκτίμηση ως προγνωστικούς παράγοντες για διατροφικές διαταραχές και στα δύο φύλα. Αν και οι αθλητές προσπαθούν να συναντήσουν έναν ιδανικό τύπο σώματος, εάν αυτό το επιθυμητό σχήμα του σώματος δεν είναι εφικτό σε έναν αθλητή, θα έχει ως αποτέλεσμα να οδηγηθεί σε ανθυγιεινές σκέψεις και συμπεριφορές (Krane et al., 2001). Σε αντίθετη πορεία κινείται η Δούκα (2007), όπου υποστηρίζει ότι η αυτοεκτίμηση των αθλητριών της γυμναστικής θεωρείται δευτερογενής παράγοντας για την εκδήλωση διατροφικών διαταραχών. Συνεπώς, η χαμηλή αυτοεκτίμηση φαίνεται να σχετίζεται τόσο με την εμφάνιση διατροφικών διαταραχών αλλά δεν είναι σαφές εάν αποτελεί αιτία ή αποτέλεσμά τους (O'Dea, 2009). Αντίστοιχα, ο Stice (2002) υποστηρίζει ότι υπάρχουν αντικρουόμενες απόψεις για το αν η αυτοεκτίμηση είναι παράγοντας κινδύνου για διατροφικές διαταραχές και ότι χρειάζεται να συνυπάρχουν και άλλοι παράγοντες ώστε να πυροδοτήσουν την εμφάνιση παθολογικής διαιτητικής συμπεριφοράς. Αναφορικά, οι γυναίκες που αναρρώνουν από την νευρογενή βουλιμία αναφέρουν αύξηση της αυτοεκτίμησής τους (Troop et al., 2000).

#### **2.4.2. Εικόνα του σώματος**

Η εικόνα του σώματος αφορά τις αντιλήψεις, τα συναισθήματα και τις σκέψεις που βιώνει το άτομο όσον αφορά το σχήμα, το μέγεθος του σώματος και την εξωτερική του εμφάνιση (Kato et al. 2011). Η έλλειψη ικανοποίησης από την εικόνα του σώματος συχνά προσδιορίζεται ως το χάσμα μεταξύ του πραγματικού και του ιδανικού βάρους και θεωρείται σημαντικός παράγοντας εμφάνισης διατροφικών διαταραχών. Όταν η δυσαρέσκεια με την εικόνα του σώματος σχετίζεται με το άθλημά, κυρίως στις γυναίκες, η εστίαση στην εικόνα του σώματος είναι σημαντικός προγνωστικός παράγοντας της διαταραγμένης διατροφικής συμπεριφοράς (Francisco et al., 2012). Σύμφωνα με τους Fitzsimmons-Craft et al. (2012), η λανθασμένη αντίληψη για την εικόνα του σώματος είναι δυνατόν να επιφέρει αρνητικά αποτελέσματα και ψυχολογικές διαταραχές, όπως το κοινωνικό-σωματικό άγχος και την κατάθλιψη καθώς και συμπεριφορικές διαταραχές, όπως οι διατροφικές διαταραχές. Διάφοροι κοινωνικό-πολιτισμικοί, βιολογικοί και ενδοπροσωπικοί παράγοντες, αυξάνουν το ρίσκο για την δυσαρέσκεια του σώματος, σε αγόρια και κορίτσια παιδικής και εφηβικής ηλικίας (Presnell, Bearman & Stice, 2004). Ωστόσο, σε προγενέστερες έρευνες τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η έλλειψη ικανοποίησης από τη σωματική εικόνα είναι χαμηλότερη σε αθλητές απ' ό,τι σε μη αθλητές (Smolak, Murnen, & Ruble, 2000). Ειδικότερα, η ικανοποίηση από την εικόνα του σώματος είναι πολύ χαμηλότερη σε αθλητές αισθητικών αθλημάτων σε σχέση με αθλητές από άλλα αθλήματα (Torstveit, Rosenvige, & Sundgot-Borgen, 2008).

#### **2.4.3. Τελειομανία**

Η τελειομανία είναι ένα πολυδιάστατο χαρακτηριστικό όπου τα άτομα θέτουν υψηλά προσωπικά πρότυπα, καθώς και υπερβολικά επικριτικές αξιολογήσεις του εαυτού τους (Bardone-Cone et al., 2007). Πιο συγκεκριμένα, η πεποίθηση σχετικά με την εμμονή για τελειομανία είναι ότι πρέπει να προσπαθήσετε να είστε τέλειοι και



εφαρμόζεται συχνά σε διάφορους τομείς όπως το βάρος, το σχήμα του σώματος και γενικότερα στην εμφάνιση. Διαχρονικές μελέτες γενικά υποδηλώνουν ότι η τελειομανία αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης διατροφικών διαταραχών αλληλεπιδρώντας με άλλους σημαντικούς παράγοντες. Για παράδειγμα, η τελειομανία προέβλεπε αύξηση των βουλιμικών συμπτωμάτων στα τέλη της εφηβείας και σε νεαρές ενήλικες γυναίκες, αλλά μόνο μεταξύ των συμμετεχόντων με χαμηλή αυτοεκτίμηση και που θεωρούν τον εαυτό τους υπέρβαρο (Bardone-Cone, Abramson, Vohs, Heatherton, & Joiner, 2006; Vohs, Bardone, Joiner, & Abramson, 1999). Ωστόσο, η τελειομανία δεν θεωρείται καθοριστικό χαρακτηριστικό των διατροφικών διαταραχών, αλλά εμπλέκεται στην ανορεξία και, σε μικρότερο βαθμό, στην βουλιμία (Garner et al. 1983; 1984). Οι Hewitt et al. (1995) υποστηρίζουν ότι η τελειομανία μπορεί να συμβάλλει στις διατροφικές διαταραχές καθιστώντας τις φυσιολογικές ελλείψεις πιο τραυματικές ή μετατρέποντας ένα φυσιολογικό σώμα στα μάτια του πάσχοντος ατόμου ως ένα σημάδι ατέλειας.

#### **2.4.4. Κοινωνική πίεση**

Η επικρατούσα άποψη για την προδιάθεση των διατροφικών διαταραχών σχετίζεται περισσότερο με την έμφαση που δίνει η κοινωνία και ένας πολιτισμός στο ιδανικό και ελκυστικό σώμα. Βασικός παράγοντας στη δυσαρέσκεια για το σώμα σύμφωνα με τους Petrie και Greenleaf (2007) ήταν η εσωτερίκευση των κοινωνικών ιδεωδών για το σώμα και την εμφάνιση. Σύμφωνα με τον Jacobi et al. (2004) η χαμηλή αυτοεκτίμηση και η δυσαρέσκεια του σώματος εμφανίζονται ως καθοριστικοί παράγοντες εμφάνισης διατροφικών διαταραχών στο γενικό πληθυσμό και συχνά θεωρείται ότι επηρεάζουν την αίσθηση πίεσης για αδύνατο σώμα σχετικά με τις διατροφικές διαταραχές (Ata et al., 2007; Stice & Shaw, 2002). Τόσο οι προπονητές όσο και οι συναθλητές είναι δυνατόν να διαδραματίσουν καίριο ρόλο στη διαμόρφωση των συμπεριφορών των αθλητών. Στην μελέτη των Kerr et al. (2006), που έγινε σε πρώην αθλητές γυμναστικής, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι όσοι έλαβαν

υποτιμητικά σχόλια για το σώμα ή οδηγίες για να χάσουν βάρος είχαν σημαντικά πιο διαταραγμένες διατροφικές συνήθειες από εκείνους που δεν έλαβαν τέτοια σχόλια. Σε παράλληλη πορεία με αυτή την έρευνα κινούνται οι Muscat και Long (2008) όπου διερεύνησαν τον ρόλο των υποτιμητικών σχολίων όσον αφορά το βάρος και το σχήμα τους σώματος με τις διατροφικές διαταραχές. Τα αποτελέσματα αποκάλυψαν ότι όσοι αθλητές θυμόντουσαν αυτά τα επικριτικά σχόλια παρουσίασαν μεγαλύτερα ποσοστά διαταραγμένης διατροφικής συμπεριφοράς και αρνητικών συναισθημάτων όπως ντροπή και άγχος. Επιπλέον, η εστίαση των αθλητών και προπονητών στην επίτευξη του ιδανικού βάρους ή σωματικού λίπους για την μεγιστοποίηση της απόδοσης αυξάνεται ολοένα και περισσότερο. Οι αθλητές τείνουν να βλέπουν την απώλεια βάρους ως ενισχυτή απόδοσης (Davis, 1992; Rosen, McKeag, Hough, & Curley, 1986). Οι Yeager, Agostini, Nattiv, and Drinkwater (1993) διαπίστωσαν ότι η πίεση που δέχονται οι αθλητές για να ξεπεράσουν την αθλητική τους απόδοση ήταν ένας συνηθισμένος παράγοντας. Εάν ένας αθλητής χάσει είτε κερδίσει βάρος και η απόδοση του αυξηθεί η πίεση για να συνεχίσει προς αυτή την κατεύθυνση αυξάνεται. Δεδομένου του γεγονότος ότι σε ελίτ επίπεδο η απόδοση τείνει ακόμα περισσότερο να αποτελεί το κύριο μέλημα, οι προπονητές ασκούν μεγαλύτερη πίεση στους αθλητές τους προκειμένου να αποδώσουν. Αυτή η πίεση θα μπορούσε να απαιτήσει υπερβολική διαίτα, αύξηση του προπονητικού φορτίου ή πίεση του αθλητή να εμπλακεί σε άλλες τεχνικές επιβλαβείς για το σώμα προκειμένου να επιτύχει κορυφαία απόδοση (Swoap & Murphy, 1995). Στη μελέτη των Shanmugam et al. (2013) που συμμετείχαν περισσότεροι από 400 αθλητές, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι σχέσεις των αθλητών με τους γονείς και με τους προπονητές τους που χαρακτηρίζονταν από αυξημένες συγκρούσεις σχετίζονταν με χαμηλότερα επίπεδα αυτοεκτίμησης, τελειομανία και κατάθλιψη, που με την σειρά τους συνδέονταν με αυξημένη διατροφική ψυχοπαθολογία.

## 2.5. Συνέπειες

Σε αθλήτριες, το χαμηλό σωματικό βάρος σε συνδυασμό με χαμηλή πρόσληψη ενέργειας από διατροφή και έντονη άσκηση μπορεί να οδηγήσει στην ανάπτυξη αναπαραγωγικών ανωμαλιών, όπως ανεπάρκεια ωχρινικής φάσης (δεύτερης φάσης κύκλου), πρωτοπαθής αμηνόρροια (καθυστέρηση της ηλικία της εμμηνόρροιας), δευτερογενής αμηνόρροια (απουσία εμμηνορροϊκών κύκλων που διαρκούν περισσότερο από τρεις μήνες στις μετα-εμμηνορροϊκές γυναίκες) και ολιγομηνόρροια (εμμηνορροϊκοί κύκλοι που εμφανίζονται σε διαστήματα περισσότερες από 35 ημέρες) (Morgenthal, 2002; Nattiv et al., 2007; Otis, 1992). Σύμφωνα με την έρευνα των Robinson et al. (1995), οι αθλήτριες γυμναστικής παρουσίασαν σημαντικά υψηλότερα ποσοστά ολιγομηνόρροιας και αμηνόρροιας (47%) συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου (0%). Αντίστοιχα, τα αποτελέσματα της μελέτης των Georgopoulos et al. (2002) αναφέρουν ότι το 35% των αθλητριών γυμναστικής που συμμετείχαν σε ένα Ευρωπαϊκό πρωτάθλημα είχαν αμηνόρροια παρόλο που η ηλικία τους ήταν μεγαλύτερη από 15 έτη. Με την υπόθεση ότι τα συμπτώματα των ασθενών με διατροφική διαταραχή εμφανίζονται ως συνέπεια της πείνας, είναι εύκολο να εξηγηθεί γιατί οι ασθενείς, εκτός από τα φυσιολογικά συμπτώματα, εμφανίζουν επίσης ψυχιατρικά συμπτώματα, π.χ. κατάθλιψη, εμμονικές-ψυχαναγκαστικές διαταραχές και άγχος. Η κατάθλιψη είναι μια από τις καλύτερα περιγραφείσες συνέπειες της πείνας στον άνθρωπο. Οι Keys et al. (1950) διαπίστωσαν ακόμη ότι, κατά τη διάρκεια της διατροφικής αποκατάστασης των λιμοκτονούντων ατόμων τους, υπήρχε μια γραμμική σχέση μεταξύ των επιπέδων κατάθλιψης και του επιπέδου της θερμιδικής πρόσληψης.

Η ανορεξία είναι δυνατόν να οδηγήσει σε λιμοκτονία και σε άλλες ιατρικές επιπλοκές, όπως καρδιακές παθήσεις, που καταλήγουν στο θάνατο. Η γνωστή αθλήτρια ενόργανης γυμναστικής Christy Henrich, που έπασχε από ψυχογενή ανορεξία, πέθανε το 1994 σε ηλικία 22 ετών από αυτή τη διαταραχή (Parks & Read, 1997). Το ποσοστό θνησιμότητας που συνδέεται με τη νευρογενή ανορεξία είναι 5%

και αποτελεί το υψηλότερο ποσοστό από κάθε άλλη ψυχιατρική πάθηση. Επιπροσθέτως, ο κίνδυνος αυτοκτονίας των ατόμων που πάσχουν από αυτή τη διαταραχή συγκριτικά με τον γενικό πληθυσμό είναι 50% υψηλότερος.

## **2.6. Θεραπεία**

Η θεραπεία του ασθενούς με διατροφική διαταραχή αποτελείται από μια διεπιστημονική ομάδα, που περιλαμβάνει το γιατρό πρωτοβάθμιας περίθαλψης, το διατροφολόγο και ένα επαγγελματία ψυχικής υγείας, οι οποίοι πρέπει να επικοινωνούν και να συσκέπτονται τακτικά (Walsh et al., 2000). Ο ρόλος του γιατρού πρωτοβάθμιας περίθαλψης είναι ο συντονισμός της θεραπείας, η διαχείριση των ιατρικών επιπλοκών και ο προσδιορισμός της ανάγκης για νοσηλεία σε νοσοκομείο. Οι άμεσες θεραπευτικές παρεμβάσεις τόσο για την ανορεξία όσο και για τη βουλιμία στοχεύουν στη διατροφική ομαλοποίηση και στην αποκατάσταση των φυσιολογικών τρόπων διατροφής. Τα καλύτερα αρχικά αποτελέσματα προκύπτουν με την αποκατάσταση βάρους και την ατομική και οικογενειακή ψυχοθεραπεία, όταν ο ασθενής είναι ιατρικά ικανός να συμμετάσχει.

Ένα ουσιώδες κομμάτι της θεραπείας είναι τα ημερολόγια τροφίμων, όπου παρακολουθούνται από τον διατροφολόγο (Walsh et al., 2000). Η χρήση τους δεν αφορά μόνο την αξιολόγηση της διατροφικής επάρκειας, δηλαδή της πρωτεΐνης, του ασβεστίου, του σιδήρου και του λίπους, αλλά και την καταγραφή όλων των φαγητών που καταναλώνονται, συμπεριλαμβανομένων της διάθεσης και των σωματικών αισθήσεων πριν και μετά το φαγητό (Walsh et al., 2000). Για το άτομο που πάσχει από νευρική ανορεξία, μια ακριβής καταγραφή της κατανάλωσης τροφίμων επιτρέπει στους θεραπευτές να προτείνουν αλλαγές που οδηγούν σε αργή αλλά ταυτόχρονα σταθερή αύξηση βάρους και βελτίωση της ανεκτικότητάς του στα τρόφιμα. Οι ασθενείς διακατέχονται από έντονο φόβο για αύξηση του βάρους τους, επομένως η αύξηση αυτή πρέπει να είναι πολύ σταδιακή και συνήθως δεν υπερβαίνει το μισό κιλό την εβδομάδα. Συνεπώς, πέρα από την προσπάθεια για αύξηση του σωματικού

βάρους , ο ασθενής θα πρέπει να έρθει αντιμέτωπος με την εικόνα του σώματος του στον καθρέφτη (Jansen, 2001). Τα ημερολόγια τροφίμων μπορούν να αποτελέσουν σημαντικό μέρος της γνωστικής συμπεριφορικής θεραπείας για ασθενείς που έχουν διαγνωσθεί με νευρική βουλιμία. Στο διάστημα θεραπείας του ασθενούς θα πρέπει να καθοριστούν ποιες παράμετροι θα παρακολουθηθούν καθώς και η συχνότητα παρακολούθησής τους. Ο καθορισμός των στόχων είναι σημαντικός στη βουλιμία και επικεντρώνεται στην εξάλειψη των επεισοδίων, στην ομαλοποίηση των διατροφικών προτύπων και στην επανέναρξη της έμμηνου ρύσεως. Γενικότερα, ο αθλητής θα πρέπει να μάθει να κοινοποιεί τα συναισθήματά του, να λάβει ψυχολογική εκπαίδευση, να βελτιώσει την αυτοεκτίμησή του, τις κοινωνικές του δεξιότητες και τέλος να προληφθεί η προτροπή (Jansen, 2001).

Ο στόχος της ιατρικής ή της διατροφικής παρακολούθησης, για τους ασθενείς που αρνούνται την θεραπεία, πρέπει να είναι να βοηθήσουν τον ασθενή να συνειδητοποιήσει τη σοβαρότητα της κατάστασης. Έτσι, θα μπορέσει να συνεργαστεί μαζί τους, να αποδεχτεί τη θεραπεία και να ελαχιστοποιήσει τον ιατρικό κίνδυνο.

## **2.7. Πρόληψη**

Οι επαγγελματίες στο χώρο του αθλητισμού οφείλουν να είναι ικανοί να αναγνωρίσουν τα φυσικά και ψυχολογικά συμπτώματα των διατροφικών παθήσεων. Οι Selby και Reel (2011) επισημαίνουν ορισμένα ακόμα σημεία στα οποία πρέπει να δίνεται έμφαση, όπως οι αλλαγές της διάθεσης και της προσωπικότητας, οι άτυπες συμπεριφορές, η ισχυρή ανάγκη ελέγχου και η υπερβολική έμφαση στην εικόνα του σώματος. Ωστόσο, ένας προπονητής που θα εντοπίσει κάποια συμπτώματα σε κάποιον αθλητή του θα πρέπει να συμβουλευτεί τη βοήθεια κάποιου εξειδικευμένου ειδικού στις διατροφικές διαταραχές.

Η πρόληψη περιλαμβάνει συνήθως εκπαίδευση αθλητών, αθλητικών εκπαιδευτών, φυσιοθεραπευτών, προπονητών, άλλου προσωπικού υποστήριξης και

γονέων για την ευαισθητοποίηση και την αποτελεσματική διαχείριση κινδύνων για το πρόβλημα και την προώθηση υγιών διατροφικών συνηθειών και θεραπευτικών σχημάτων (Buschman, 2002; Currie & Morse, 2005; Rooks & Corwell, 2006; Tietjen-Smith & Mercer, 2008; Waldrop, 2005). Το αθλητικό προσωπικό πρέπει να ενημερώνεται για τυχόν σημάδια, συμπτώματα και πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες ως συνέπειες της πάθησης, προκειμένου να βοηθήσουν στην έγκαιρη αναγνώριση και να διευκολύνουν μια πιο υγιή προσέγγιση στην αθλητική απόδοση και τον ανταγωνισμό (Cover et al., 2012; Nagel, 2003; Thein-Nissenbaum et al., 2011b).

Οι Petrie και Greenleaf (2007) υποστηρίζουν ορισμένες συστάσεις και παρεμβάσεις που μπορούν να χρησιμοποιούν οι γονείς, οι προπονητές, οι συναθλητές κλπ για την πρόληψη και μείωση των διατροφικών διαταραχών σε αθλητές και ασκούμενους:

- Προωθήστε κατάλληλες διατροφικές πρακτικές
- Εστιάστε στην καλή φυσική κατάσταση, όχι στο βάρος του σώματος
- Ευαισθητοποιηθείτε σχετικά με τα θέματα ελέγχου του βάρους
- Προάγετε την υγιή διαχείριση του βάρους
- Διδάξτε ψυχικές δεξιότητες

## **2.8. Διατροφικές διαταραχές στα αθλήματα της γυμναστικής**

Η γυμναστική αντιπροσωπεύει ένα κρίσιμο άθλημα με ένα υποκειμενικό σκορ βασισμένο τόσο στην αθλητική απόδοση όσο και στην εμφάνιση (Engel et al., 2003). Έτσι, έχει αποδειχθεί ότι σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο για διατροφικές διαταραχές (Engel et al., 2003; Kerr, Berman & De Souza, 2006; Krentz & Warschburger, 2011; Rosen & Hough, 1988). Αποτελεί ένα αισθητικό άθλημα «λεπτής δόμησης» που απαιτεί αυστηρό έλεγχο της κατανάλωσης ενέργειας σε συνδυασμό με δαπάνες υψηλής ενέργειας, ειδικά σε υψηλότερο ανταγωνιστικό επίπεδο. Συνεπώς, το σώμα

των αθλητών πρέπει, αδιαμφισβήτητα, να ανταποκρίνεται τόσο στις «αισθητικές» (Thompson & Sherman, 2010) όσο και στις ενεργειακές απαιτήσεις του αθλήματος.

Η Ρυθμική Γυμναστική είναι ένα άθλημα όπου το αδύνατο σώμα κυριαρχεί συγκριτικά με άλλα αθλήματα γυμναστικής καθώς φαίνεται να υπάρχει μεγαλύτερη τάση και ποσοστά εμφάνισης διατροφικών διαταραχών στις αθλήτριες (Nordin, Harris & Cumming, 2003). Οι Sundgot-Borgen και Torstveit (2004) κατέληξαν ότι η εμφάνιση της αθλητικής ανορεξίας ήταν συχνότερη σε αθλήτριες που αγωνίζονται σε σπορ όπου το αδύνατο σώμα αποτελεί προϋπόθεση διάκρισης. Πιο συγκεκριμένα, αναφέρουν για τις αθλήτριες ότι κλινικά συμπτώματα ΔΔ εμφάνισαν περισσότερο όσες είχαν ενασχόληση με τα αισθητικά σπορ (42%), συγκριτικά με τα αγωνίσματα αντοχής (24%) ή με τα ομαδικά με μπάλα (16%).

Στην ενόργανη και ρυθμική γυμναστική υπάρχει συνεχής πίεση από το περιβάλλον (προπονητές, γονείς, κριτές) στις νεαρές αθλήτριες να είναι λεπτές (Salbach, Klinowski, Pfeiffer, Lehmkuhl, & Korte, 2007) διότι το χαμηλό σωματικό βάρος σχετίζεται με την ευκινησία των αθλητριών σε μεμονωμένες κινήσεις ή πάνω σε κάποια όργανα και με την ταχύτητα περιστροφής τους γύρω από διάφορους άξονες, συνεπώς με την απόδοση (Harris & Greco, 1990; Sample, 2000). Η πίεση αυτή προκύπτει διότι το χαμηλό σωματικό βάρος και τα χαμηλά ποσοστά λίπους εξασφαλίζουν στις αθλήτριες καλύτερη εμφάνιση, αλλά και για να μπορούν να εκτελούν με μεγαλύτερη ευκολία και ευκινησία την ποικιλία των ασκήσεων που απαιτεί το άθλημά τους (ασκήσεις ευκαμψίας, ασκήσεις περιστροφής γύρω από διάφορους άξονες, αντίσταση με το βάρος του σώματος), (Sample, 2000). Έχει αναφερθεί ότι το 62% των αθλητριών Γυμναστικής κολεγιακού επιπέδου χρησιμοποίησαν τουλάχιστον μία παθογενή μέθοδο ελέγχου βάρους, όπως νηστεία, αυτοπροκαλούμενο εμετό ή χρήση καθαρτικών, διουρητικών ή χαπιών δίαιτας (Rosen & Hough, 1988). Στην αφήγηση μιας πρώην Ελληνίδας πρωταθλήτριας ρυθμικής γυμναστικής φαίνεται ότι για ολόκληρες γενιές αθλητριών το αδύνατο σώμα και η απώλεια βάρους ήταν μια καθημερινή «βασανιστική» διαδικασία (Θεοδωράκης, Γούδας, & Παπαϊωάννου, 1998).

## **III. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ**

### **3.1. Μεθοδολογία**

Σε αυτό το κεφάλαιο θα αναλυθεί η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε σε όλη τη διάρκεια του ερευνητικού έργου. Καταρχήν θα γίνει λεπτομερής αναφορά στο δείγμα και μετά στον πειραματικό σχεδιασμό. Είναι σημαντικό να παρουσιαστούν τα όργανα μέτρησης που χρησιμοποιήθηκαν, ενώ θα ακολουθήσει μια σύντομη περιγραφή για τη διεξαγωγή της έρευνας.

### **3.2. Συμμετέχοντες**

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε σε αθλητικούς συλλόγους της Ελλάδας κατά τη διάρκεια των μηνών Ιανουάριου έως και Αυγούστου του 2021. Ο πληθυσμός της έρευνας ήταν αθλητές και αθλήτριες ενόργανης γυμναστικής αγωνιστικού επιπέδου. Από αυτό τον πληθυσμό συγκεντρώσαμε και το δείγμα της έρευνάς μας. Τα 65 ερωτηματολόγια συγκεντρώθηκαν από διαφορετικούς συλλόγους.

### **3.3. Όργανα Μέτρησης**

#### **3.3.1. Ανθρωπομετρικά χαρακτηριστικά**

Το ύψος και βάρος των συμμετεχουσών ήταν αυτό-αναφερόμενα (οι πληροφορίες συλλέχθηκαν μέσω ερωτηματολογίου). Ο δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ) των αθλητριών υπολογίστηκε σύμφωνα με τον γνωστό μαθηματικό τύπο  $\text{βάρος}/\text{ύψος}^2$ , ενώ στη συνέχεια, υπολογίστηκαν ο μέσος όρος και η τυπική απόκλιση για τα ανθρωπομετρικά χαρακτηριστικά (Πίνακας 4.1)



### 3.3.2. Δημογραφικά στοιχεία

Τα δημογραφικά στοιχεία των αθλητριών (ηλικία, φύλο, άθλημα, μόρφωση, αγωνιστική εμπειρία, συχνότητα προπονήσεων) συλλέχθηκαν με ερωτηματολόγιο, το οποίο συμπλήρωσαν οι αθλητές και οι αθλήτριες (Πίνακας 4.1).

### 3.3.3. Διατροφικές στάσεις

Το EAT-26 είναι ένα από τα πιο γνωστά και αξιόπιστα ερωτηματολόγια, που εξετάζει τις διατροφικές στάσεις και συνήθειες (Garner, Olmsted, Bohr & Garfinkel, 1982). Η κλίμακα αυτή κατασκευάστηκε με σκοπό την καταγραφή των συμπτωμάτων, συμπεριφορών και σκέψεων που σχετίζονται με τις διατροφικές διαταραχές. Η κλίμακα EAT-26 αποτελείται από 26 ερωτήσεις που απαρτίζουν τους εξής τρεις παράγοντες: ενασχόληση με δίαιτα, βουλιμία και ενασχόληση με φαγητό, έλεγχος κατάποσης. Η διερευνητική παραγοντική ανάλυση (Δούκα, 2007) επιβεβαίωσε την αρχική δομή του ερωτηματολογίου. Οι τιμές Cronbach-α κυμάνθηκαν από 0.47 έως 0.81. Η πρώτη υποκλίμακα (*ενασχόληση με δίαιτα*) περιλαμβάνει δεκατρεις ερωτήσεις, η δεύτερη (*βουλιμία και ενασχόληση με φαγητό*) έξι και η τρίτη (*ενασχόληση με φαγητό και έλεγχος κατάποσης*) επτά ερωτήσεις. Οι απαντήσεις δίνονται σε 6-βάθμια κλίμακα από 1=πάντοτε έως 6=ποτέ. Η ολική βαθμολογία του EAT-26 προκύπτει αθροίζοντας το σύνολο των προτάσεων που το απαρτίζουν με ειδικό κλειδί βαθμολόγησης, ενώ η βαθμολογία κάθε παράγοντα προκύπτει αθροίζοντας τη βαθμολογία των επιμέρους ερωτημάτων που τον απαρτίζουν. Ερωτηματολόγιο με ολική βαθμολογία ίση ή και μεγαλύτερη από 20 φανερώνει υψηλό κίνδυνο για την εμφάνιση διαταραχών στη λήψη τροφής. Ωστόσο, το ερωτηματολόγιο αυτό δε χρησιμοποιείται για τη διάγνωση διατροφικών διαταραχών αλλά για την ανίχνευση πιθανούς εμφάνισης ή ήδη υπάρχουσας διαταραχής στη λήψη τροφής. Σε μεταγενέστερη επιβεβαιωτική παραγοντική ανάλυση του ερωτηματολογίου (Douka, Grammatopoulou, Skordilis, & Koutsouki,

2009) προέκυψε ένα ερωτηματολόγιο αποτελούμενο από 13 ερωτήματα τα οποία απαρτίζουν τρεις παράγοντες (ενασχόληση με διαίτα, βουλιμία και ενασχόληση με φαγητό και σημαντικοί άλλοι).

### **3.3. Χορήγηση Ερωτηματολογίου**

Κατόπιν συνεννόησης της ερευνήτριας με τους αθλητικούς φορείς, πραγματοποιήθηκε ενημέρωση των προπονητών τηλεφωνικώς και εγγράφως, κατά την οποία ενημερώθηκαν για το περιεχόμενο και τον σκοπό της έρευνας. Λόγω της πανδημίας τους δόθηκε το ερωτηματολόγιο σε ηλεκτρονική μορφή όπου περιλάμβανε το έντυπο συγκατάθεσης συμμετοχής στην έρευνα, το οποίο θα έπρεπε να συμπληρώσουν και να υπογράψουν είτε οι ίδιοι οι αθλητές (εάν ήταν ενήλικες) είτε οι γονείς/κηδεμόνες τους (εάν ήταν ανήλικοι). Επιπλέον, δόθηκε συνοδευτική επιστολή για τους συμμετέχοντες, τους γονείς-κηδεμόνες και τους προπονητές, όπου αναφέρθηκε ότι η συμμετοχή τους γίνεται εθελοντικά, δεν διατρέχουν κάποιο κίνδυνο, η σημασία και ο σκοπός της μελέτης, η εμπιστευτικότητα και η ανωνυμία των δεδομένων που συλλέχθηκαν. Στους συμμετέχοντες δόθηκε εγγράφως μια υπενθύμιση ότι πρέπει να απαντηθούν όλα τα ερωτήματα διαλέγοντας την επιλογή που τους αντιπροσωπεύει, και μία υπόδειξη ότι δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις.

### **3.4. Στατιστική Ανάλυση**

Η στατιστική ανάλυση έγινε με το SPSS v. 22 (SPCC Inc., Chicago, IL) και το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε στο .05. Μετά τον προκαταρκτικό έλεγχο, βρέθηκε ότι πληρούνται οι βασικές στατιστικές παραδοχές και ότι οι μεταβλητές παρουσιάζουν κατά προσέγγιση κανονική κατανομή. Αρχικά, χρησιμοποιήθηκαν δείκτες περιγραφικής στατιστικής (μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις) για όλες τις υπό εξέταση μεταβλητές. Για να εξεταστούν οι διαφορές

μεταξύ των δύο ομάδων στα ανθρωπομετρικά χαρακτηριστικά και σε όλες τις υπό εξέταση μεταβλητές, έγινε t-test μεταξύ ανεξαρτήτων δειγμάτων.

Για τη διερεύνηση των συσχετίσεων μεταξύ των υπό εξέταση μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης Pearson  $r$ . Για τον προσδιορισμό της έντασης των στατιστικά σημαντικών συσχετίσεων, χρησιμοποιήθηκαν τα όρια του Cohen (1988). Συγκεκριμένα, εάν  $r < .29$ , η συσχέτιση θεωρείται ασθενής, εάν  $.30 < r < .39$  θεωρείται μέτρια, εάν  $.40 < r < .69$  θεωρείται ισχυρή και τέλος, εάν  $r > .70$ , η συσχέτιση θεωρείται πολύ ισχυρή.

## IV. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στην παρακάτω ενότητα παρουσιάζονται τα ευρήματα τα οποία προέκυψαν από τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων που συλλέχθηκαν στην έρευνα. Αρχικά, στην πρώτη υποενότητα παρουσιάζονται τα ανθρωπομετρικά χαρακτηριστικά που αφορούν τα χαρακτηριστικά του δείγματος, καθώς και το αθλητικό τους προφίλ (μέσος όρος και τυπική απόκλιση). Στην δεύτερη υποενότητα παρουσιάζονται τα κοινωνικά χαρακτηριστικά που σχετίζονται με το μορφωτικό επίπεδο του δείγματος. Στην τελευταία ενότητα παρουσιάζονται, χωριστά για τις αθλήτριες και τους αθλητές ενόργανης γυμναστικής, τα ποσοστά εμφάνισης τάσης διατροφικών διαταραχών σύμφωνα με τις απαντήσεις τους στο EAT 26. Στην ίδια ενότητα παρουσιάζονται ο μέσος όρος και η τυπική απόκλιση στις επιμέρους κατηγορίες του EAT-26.

### 4.1. Ανθρωπομετρικά Χαρακτηριστικά

Η ανάλυση των αποτελεσμάτων ξεκινάει με την παρουσίαση των αποτελεσμάτων των ανθρωπομετρικών χαρακτηριστικών των αθλητών και αθλητριών ενόργανης γυμναστικής. Πιο συγκεκριμένα, του μέσου όρου και της τυπικής απόκλισης της ηλικίας, του βάρους, του ύψους καθώς και του Δείκτη Μάζας Σώματος (Δ.Μ.Σ. ή BMI). Ο Δ.Μ.Σ. ή BMI υπολογίστηκε διαιρώντας το βάρος του εκάστου ατόμου με το τετράγωνο του ύψους του ( $\text{Βάρος} / \text{Ύψος}^2$ ). Τέλος, γίνεται αναφορά στην προπονητική εμπειρία των συμμετεχόντων στο άθλημα της ενόργανης γυμναστικής.

**Πίνακας 4.1. Μέση τιμή και τυπική απόκλιση των ανθρωπομετρικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων**

	<b>ΑΘΛΗΤΕΣ</b>	<b>ΑΘΛΗΤΡΙΕΣ</b>	<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>
Φύλο	23	42	65
Ηλικία (έτη)	13.78 ± 5.1	15.23 ± 6.35	14.72 ± 5.98
Σωματική μάζα (kg)	47.88 ± 18.73	42.7 ± 13.26	44.53 ± 15.61
Σωματικό ανάστημα (m)	1.53 ± 0.18	1.49 ± 0.14	1.515 ± 0.15
Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) (kg/m <sup>2</sup> )	19.53 ± 3.51	18.69 ± 3.1	18.99 ± 3.28
Προπονητική εμπειρία (έτη) *	8.61 ± 5.31	8.14 ± 4.32	8.31 ± 4.70

\* Όσον αφορά την προπονητική εμπειρία στο άθλημα της ενόργανης δεν υπάρχει ομοιογένεια στο δείγμα λόγω μεγάλων διακυμάνσεων.

## 4.2. Κοινωνικά χαρακτηριστικά

Ακολουθεί γράφημα σχετικά με τα κοινωνικά χαρακτηριστικά των αθλητών και αθλητριών.

**Γράφημα 4.1. Κοινωνικά χαρακτηριστικά των αθλητών και αθλητριών.**



## 4.3. EAT-26

Ακολουθεί συγκεντρωτικός πίνακας με τους μέσους όρους και τις τυπικές αποκλίσεις για τις βαθμολογίες που συγκέντρωσαν οι αθλητές και οι αθλήτριες ενόργανης γυμναστικής στη κλίμακα EAT-26 συνολικά καθώς και στους επιμέρους παράγοντες (ενασχόληση με τη διαίτα, βουλιμία και ενασχόληση με φαγητό, έλεγχος κατάποσης).

**Πίνακας 4.2. Μέση τιμή και τυπική απόκλιση της βαθμολογίας στο EAT-26**

<b>Παράμετρος</b>	<b>Αθλητές (n=23)</b>	<b>Αθλήτριες (n=42)</b>	<b>Σύνολο (n=65)</b>
<i>Ενασχόληση με τη διαίτα</i>	5.52± 4.57	7.07 ± 4.65	6.6± 4.62
<i>Βουλιμία &amp; ενασχόληση με φαγητό</i>	2.43± 1.50	3.45± 2.65	3.14 ± 2.35
<i>Έλεγχος κατάποσης</i>	2.33± 2.21	2.57± 2.53	2.5± 2.4
<b>EAT-26</b>	9.8± 6.9	12.09± 7.46	11.9± 7.73

**Πίνακας 4.3. Κατηγοριοποίηση του δείγματος σύμφωνα με το σκορ στο EAT-26**

<b>Σκορ</b>	<b>Συχνότητα (άτομα)</b>	<b>%</b>
>20	11	16,92
<20	54	83,07

Τα αποτελέσματα της ανάλυσης κατανομής συχνοτήτων έδειξαν ότι 10 αθλήτριες ενόργανης γυμναστικής και 1 αθλητής ενόργανης γυμναστικής, είχαν σκορ μεγαλύτερο ή ίσο του 20 στο EAT 26.

**Πίνακας 4.4. Κατηγοριοποίηση των αθλητών/-ριών ενόργανης γυμναστικής σύμφωνα με το σκορ στο EAT-26**

<b>Σκορ</b>	<b>Αθλητές</b>		<b>Αθλήτριες</b>	
	<b>Συχνότητα (άτομα)</b>	<b>%</b>	<b>Συχνότητα (άτομα)</b>	<b>%</b>
>20	1	4,35	10	23,91
<20	22	95,65	32	76,19

## V. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν να διερευνήσει την τάση εμφάνισης διατροφικών διαταραχών σε αθλητές και αθλήτριες ενόργανης γυμναστικής αγωνιστικού επιπέδου. Στην παρούσα μελέτη το δείγμα αποτελείτο από 65 άτομα, ηλικίας 7-27 ετών από συλλόγους ενόργανης γυμναστικής της Ελλάδας. Το 64.62% των ατόμων ήταν αθλήτριες ενώ το 35.38% ήταν αθλητές. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε με την χορήγηση ερωτηματολογίων.

Αναφορικά με τα αποτελέσματα της έρευνας σχετικά με την τάση εμφάνισης διατροφικών διαταραχών μεταξύ αθλητριών και αθλητών ενόργανης γυμναστικής αγωνιστικού επιπέδου παρουσιάστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές σε ορισμένες από τις επιμέρους κλίμακες του ερωτηματολογίου EAT 26 αλλά και στο συνολικό σκορ του ερωτηματολογίου. Από τα αποτελέσματα φάνηκε ότι η συνολική βαθμολογία στο EAT-26 για τις αθλήτριες ενόργανης ήταν 12,1 (7,1 στην υποκλίμακα δίαιτας, 3,5 στην υποκλίμακα βουλιμίας και 2,6 στην υποκλίμακα στοματικού ελέγχου). Αντίστοιχα οι αθλητές ενόργανης συγκέντρωσαν συνολική βαθμολογία 9,8 στο EAT-26 (5,5 στην υποκλίμακα δίαιτας, 2,4 στην υποκλίμακα βουλιμίας και 2,3 στην υποκλίμακα στοματικού ελέγχου). Συνεπώς, οι αθλήτριες ενόργανης γυμναστικής συγκέντρωσαν υψηλότερη συνολική βαθμολογία στη κλίμακα διατροφικών στάσεων EAT-26 καθώς και στις επιμέρους τιμές στις κατηγορίες *Ενασχόληση με τη δίαιτα* και *Βουλιμία και ενασχόληση με το φαγητό*. Ωστόσο, οι αθλήτριες και οι αθλητές δεν διέφεραν μεταξύ τους στη κλίμακα *Έλεγχος κατάποσης*.

Τα ευρήματα αυτής της έρευνας διέφεραν με την έρευνα των Γονιδάκη, Λιακοπούλου, Ψυχουντάκη, Βάρσου και Σολδάτου (2008) όπου εξετάστηκαν 33 αθλητές (πάλης, στίβου, ενόργανης γυμναστικής και πολεμικών τεχνών). Τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας έδειξαν ότι η βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο EAT-26 ήταν 8.6 (3.3 στην υποκλίμακα δίαιτας, 1.7 στην υποκλίμακα βουλιμίας και 3.6 στην υποκλίμακα στοματικού ελέγχου). Φαίνεται λοιπόν ότι στην έρευνα των Γονιδάκη, Λιακοπούλου, Ψυχουντάκη, Βάρσου και Σολδάτου (2008) οι αθλητές



συγκέντρωσαν χαμηλότερη συνολική βαθμολογία στο EAT-26 καθώς και στους παράγοντες *Ενασχόληση με τη δίαιτα* και *Βουλιμία και ενασχόληση με το φαγητό*. Παρόλα αυτά στη κλίμακα *Έλεγχος κατάποσης* παρουσίασαν μεγαλύτερη μέση βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο.

Τα αποτελέσματα της παρούσας εργασίας έδειξαν επίσης πως οι αθλήτριες της ενόργανης γυμναστικής είναι πιο επιρρεπείς στην εκδήλωση διατροφικών διαταραχών συγκριτικά με τους αθλητές. Το υψηλό ποσοστό (~24%) αθλητριών με σκορ μεγαλύτερο από 20 στο ερωτηματολόγιο δείχνει πως υπάρχει μια ανησυχητική τάση εμφάνισης διατροφικών διαταραχών στο άθλημα της ενόργανης γυμναστικής. Ομοίως τα αποτελέσματα της έρευνας των Theodorakou και Donti (2013) σε αθλήτριες ενόργανης και ρυθμικής γυμναστικής έδειξαν ότι 9 από τις 30 αθλήτριες είχαν σκορ μεγαλύτερο από 20 στο EAT-26. Τα ευρήματα αυτά έρχονται σε συμφωνία με τα αποτελέσματα προγενέστερων ερευνών σχετικά με το υψηλό ποσοστό εμφάνισης διατροφικών διαταραχών σε αθλήτριες αισθητικών αθλημάτων (Sundgot-Borgen & Torstveit, 2004). Αντίστοιχα στην έρευνα των Martinsen και Sundgot-Borgen (2013) βρέθηκε πως το 19,7% των αθλητριών κατά την εφηβική ηλικία είναι πιθανό να αναπτύξει διατροφική διαταραχή καθώς τότε οι αθλήτριες είναι πιο ευαίσθητες στην εμφάνιση διατροφικών διαταραχών από όσες δεν αθλούνται.

Η συμμετοχή στα αθλήματα της γυμναστικής συνδέεται συχνά με αυστηρό έλεγχο τους σωματικού βάρους καθώς το λεπτό σώμα αποτελεί προϋπόθεση της απόδοσης, της κατάταξης και της αξιολόγησης από τους κριτές. Ένας ακόμη λόγος που επιβάλλεται οι αθλήτριες να έχουν πολύ λεπτό και αδύνατο σώμα ανταποκρίνεται στις αισθητικές απαιτήσεις των αθλημάτων (Thomson & Sherman, 2010). Για αυτούς τους λόγους τα ποσοστά εμφάνισης διατροφικών διαταραχών είναι πολύ υψηλά (Cook & Hausenblas, 2011; Smolak, Murnen & Ruble, 2000). Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας αναδεικνύουν τη σημασία του επιπέδου απόδοσης των αθλητών καθώς 11 από τους 65 αθλητές και αθλήτριες ενόργανης γυμναστικής αγωνιστικού επιπέδου εμφάνισαν βαθμολογία στο EAT-26 μεγαλύτερη

του 20. Η σημασία του επιπέδου απόδοσης στην εμφάνιση διατροφικών διαταραχών επιβεβαιώνεται από πολλές έρευνες (Anderson, Petrie, & Neumann, 2012; Greenleaf, Petrie, Carter, & Reel, 2009; Krentz & Warschburger, 2011).

Ωστόσο, στην παρούσα έρευνα υπάρχουν ορισμένοι περιορισμοί οι οποίοι θα πρέπει να ληφθούν υπόψη όσον αφορά την γενίκευση των αποτελεσμάτων. Πρωτεύον περιορισμός είναι ο τρόπος συλλογής των δεδομένων όπου έγινε με τη χρήση ερωτηματολογίων αυτό-αναφοράς. Παρόλο που η μέθοδος αυτή χρήζει μεγάλης αποδοχής στις έρευνες ψυχολογίας, οι ερευνητές δεν έχουν τη δυνατότητα να ελέγξουν τις απαντήσεις των συμμετεχόντων. Ωστόσο, αυτή η τεχνική συλλογής δεδομένων δεν φαίνεται να επηρεάζει την εγκυρότητα των αποτελεσμάτων (Pate, 1993). Ένας ακόμα περιορισμός είναι το μεγάλο εύρος στις ηλικιακές ομάδες του δείγματος καθώς και ο αριθμός των συμμετεχόντων (N=65). Επιπλέον, περιορισμό αποτελεί το γεγονός ότι η μέτρηση σωματομετρικών χαρακτηριστικών έγινε από τους συμμετέχοντες και πέρα από τον υπολογισμό του δείκτη μάζας σώματος δεν πραγματοποιήθηκαν άλλες μετρήσεις (π.χ λιπομέτρηση). Αυτός ο περιορισμός είναι ιδιαίτερα σημαντικός καθώς δεν προσφέρει πληροφορίες για την άλιπη σωματική μάζα των συμμετεχόντων. Τέλος, ένας ακόμη πολύ σημαντικός περιορισμός είναι ότι η συγκεκριμένη μελέτη πραγματοποιήθηκε κατά τη διάρκεια εγκλεισμού λόγω πανδημίας. Αυτό σημαίνει ότι η ενημέρωση των συλλόγων και προπονητών πραγματοποιήθηκε τηλεφωνικά καθώς και η διανομή των ερωτηματολογίων έγινε σε ηλεκτρονική μορφή. Παράλληλα, δεν υπήρχε άμεση επαφή και αλληλεπίδραση με τους συμμετέχοντες γεγονός που σημαίνει ότι τυχόν απορίες και διευκρινήσεις για τη διαδικασία συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων ήταν αδύνατη.

## VI. ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ, ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ, ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

### 6.1. Συμπεράσματα

Συμπερασματικά τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας μας οδηγούν στα εξής συμπεράσματα.

1. Τα αποτελέσματα της εργασίας έδειξαν ότι έντεκα από τους 65 συμμετέχοντες (ποσοστό ~17%) είχαν συνολική βαθμολογία >20 στο EAT 26
2. Στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς το φύλο βρέθηκαν στο EAT-26. Πιο συγκεκριμένα, δέκα από τις 42 αθλήτριες ενόργανης γυμναστικής (~24%) σημείωσαν βαθμολογία >20, ενώ μόνο ένας από τους 23 αθλητές (~4,4%) είχε συνολική βαθμολογία >20.
3. Ομοίως στις επιμέρους διαστάσεις του EAT-26, *Ενασχόληση με τη δίαιτα και Βουλιμία και ενασχόληση με το φαγητό* οι αθλήτριες παρουσίασαν υψηλότερες τιμές, στον Έλεγχο κατάποσης δεν υπήρξε αντίστοιχη διαφορά.

### 6.2. Προτάσεις για περαιτέρω έρευνα

Η παρούσα διατριβή δημιούργησε μια σειρά από προβληματισμούς οι οποίοι θα μπορούσαν να δώσουν το έναυσμα για μελλοντικές έρευνες. Για παράδειγμα θα πρέπει να διερευνηθούν λεπτομερέστερα οι διαφορές μεταξύ αθλητών διαφορετικών αθλημάτων της γυμναστικής, όπως τραμπολίνο, ρυθμική γυμναστική, ακροβατική γυμναστική κλπ. Επιπλέον, μπορούν να διερευνηθούν οι διατροφικές διαταραχές σε μη αισθητικά αθλήματα, σε μαχητικά αθλήματα, σε αθλήματα επαφής και ομαδικά αθλήματα. Μια ακόμη μεταβλητή που χρήζει μελέτη είναι η επίδραση των σημαντικών ατόμων για τη ζωή των αθλητών, δηλαδή των προπονητών και των γονέων. Δεδομένων των περιορισμών της παρούσας έρευνας οι μελλοντικές έρευνες είναι απαραίτητο να διερευνηθούν μεγαλύτερα και περισσότερο ομοιογενή δείγματα αθλητών, για την διερεύνηση της ύπαρξης και της συχνότητας εμφάνισης

διατροφικών διαταραχών. Τέλος, κρίνεται αναγκαία η επανάληψη της ίδιας έρευνας μετά το πέρας της πανδημίας.

## VII. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### Ελληνόγλωσση βιβλιογραφία

- Γονιδάκης, Φ., Λιακοπούλου, Ε., Ψυχουντάκη, Μ., Βάρσου, Ε., & Σολδάτος, Κ. (2008). Διαφορές στη συμπτωματολογία διαταραχών πρόσληψης τροφής μεταξύ αθλητών και μη αθλητών. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 25, 341-347.
- Δούκα, Α. (2007). Επίδραση των διαταραχών διατροφής στην υγεία και στην αθλητική εξέλιξη Ελληνίδων αθλητριών υψηλού επιπέδου: Εφαρμογή της θεωρίας της σχεδιασμένης συμπεριφοράς. *Διδακτορική διατριβή*, ΤΕΦΑΑ Πανεπιστημίου Αθηνών.
- Ζιώγου, Θ. (2013). Η συμβολή της άσκησης στη προαγωγή της ψυχικής υγείας. *Επιστημονικά Χρονικά*, 18(4), 191-197
- Θεοδωράκης, Γ., Γούδας, Μ., & Παπαϊωάννου, Α. (1998). Η ψυχολογία της υπεροχής στον αθλητισμό. *Εκδόσεις Χριστοδουλίδη*, Θεσσαλονίκη.
- Θεοδωράκου Κ., Δόντη Ο. (2013). Τάση εμφάνισης διατροφικών διαταραχών και ψυχολογικές παράμετροι σε αθλήτριες γυμναστικής υψηλού επιπέδου: η σχέση τους με την εικόνα σώματος και το δείκτη μάζας σώματος των αθλητριών. *Αθλητική Ψυχολογία*, 24, 11-23.
- Πολυκανδριώτη Μ., Τσάμη Α., (2007). Το «Τριαδικό Σύνδρομο της Αθλήτριας» Διατροφικές Διαταραχές - Αμηνόρροια- Οστεοπόρωση. *Το βήμα του Ασκληπιού*, 1, 3-10.

### **Ξενόγλωσση βιβλιογραφία**

- Abell, S. C., & Richards, M. H. (1996). The relationship between body shape satisfaction and self esteem: An investigation of gender and class differences. *Journal of Youth and Adolescence*, 25, 691-703.
- American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM –IV). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). *American Psychiatric Publications*.
- Anderson, C. M., Petrie, T. A., & Neumann, C. S. (2012). Effects of sport pressures on female collegiate athletes: A preliminary longitudinal investigation. *Sport, Exercise, and Performance Psychology*, 1(2), 120–134. <https://doi.org/10.1037/a0026587>
- Ata, R.N., Ludden, A.B., & Lally, M.M. (2006). The Effects of Gender and Family, Friend, and Media Influences on Eating Behaviors and Body Image During Adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 36(8), 1024–1037. doi:10.1007/s10964-006-9159-x
- Bardone-Cone, A. M., Abramson, L. Y., Vohs, K. D., Heatherton, T. F., & Joiner, T. E. (2006). *Predicting bulimic symptoms: An interactive model of self-efficacy, perfectionism, and perceived weight status. Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 27–42. doi:10.1016/j.brat.2004.09.009
- Bardone-Cone, A. M., Wonderlich, S. A., Frost, R. O., Bulik, C. M., Mitchell, J. E., Uppala, S., & Simonich, H. (2007). Perfectionism and eating disorders: Current status and future directions. *Clinical Psychology Review*, 27(3), 384–405. doi:10.1016/j.cpr.2006.12.00
- Biro, F. M., Striegel-Moore, R. H., Franko, D. L., Padgett, J., & Bean, J. A. (2006). Self-Esteem in Adolescent Females. *Journal of Adolescent Health*, 39(4), 501–507. doi:10.1016/j.jadohealth.2006.03.010
- Buschman, B. (2002). Female athlete triad: Education is the key. *ASCM's Certified News*, 12, 1–5.

- Clark, J. E. (2007). *On the Problem of Motor Skill Development*. *Journal of Physical Education, Recreation & Dance*, 78(5), 39–44. doi:10.1080/07303084.2007.10598023
- Cook, B. J., & Hausenblas, H. A. (2011). Eating disorder-specific health-related quality of life and exercise in college females. *Quality of Life Research*, 20(9), 1385–1390. doi:10.1007/s11136-011-9879-6
- Cover, K., Hanna, M., Ross, & Barnes, M. (2012). A review and proposed treatment approach for the young athlete at high risk for the female athlete triad. *ICAN: Infant, Child & Adolescent Nutrition*, 4, 21–27.
- Costarelli, V., & Stamou, D. (2009). Emotional intelligence, body image and disordered eating attitudes in combat sport athletes. *Journal of Exercise Science & Fitness*, 7(2), 104-111.
- Costarelli, V., Demetzi, M., & Stamou, D. (2009). Disordered eating attitudes in relation to body image and emotional intelligence in young women. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 22(3), 239–245. doi:10.1111/j.1365-277x.2009.00949.x
- Currie, A., & Morse, E.D. (2005). Eating disorders in athletes: Managing the risks. *Clinical Sports Medicine*, 2, 871–883.
- Davis, M. (1992). The Role of the Amygdala in Fear and Anxiety. *Annual Review of Neuroscience*, 15(1): 353–375. doi:10.1146/annurev.ne.15.030192.002033
- Douka A, Grammatopoulou E, Skordilis E, Koutsouki D (2009) Factor analysis and cut-off score of the 26-item eating attitudes test in a greek sample. *Biology of Exercise*, 5(1), 51–68
- Engel, S. G., Johnson, C., Powers, P. S., Crosby, R. D., Wonderlich, S. A., Wittrock, D. A., & Mitchell, J. E. (2003). Predictors of disordered eating in a sample of elite Division I college athletes. *Eating Behaviors*, 4(4), 333–343. doi:10.1016/s1471-0153(03)00031-x
- Fairburn, C. G., & Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. *The Lancet*, 361(9355), 407-416.

- Francisco, R., Narciso, I., & Alarcão, M. (2012). Specific predictors of disordered eating among elite and non-elite gymnast and ballet dancers. *International Journal of Sport Psychology*, 43, 479-502.
- Freund, K. M., Graham, S. M., Lesky, L. G., & Moskowitz, M. A. (1993). Detection of bulimia in a primary care setting. *Journal of General Internal Medicine*, 8(5), 236–242. doi:10.1007/bf02600088
- Friestad, C., & Rise, J. (2004). A longitudinal study of the relationship between body image, self-esteem and dieting among 15–21 year olds in Norway. *European Eating Disorders Review*, 12(4), 247–255. doi:10.1002/erv.570
- Fitzsimmons-Craft, E. E., Harney, M. B., Koehler, L. G., Danzi, L. E., Riddell, M. K., & Bardone-Cone, A. M. (2012). Explaining the relation between thin ideal internalization and body dissatisfaction among college women: The roles of social comparison and body surveillance. *Body Image*, 9(1), 43–49. doi:10.1016/j.bodyim.2011.09.002
- Garner, D. M., Olmsted, M. P., Bohr, Y., & Garfinkel, P. E. (1982). The Eating Attitudes Test: psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12(04), 871. doi:10.1017/s0033291700049163
- Garner, D. M., & Garfinkel, P. (1982). Eating Attitudes Test (EAT-26). Retrieved 09/13/2002 from <http://www.eatingdisorders-toledo.com/cgi-bin/test.cfm>
- Garner D. M., Olmsted M. .P, Polivy J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 15–34. Doi: 10.1002/1098-108X(198321)2:23.0.CO;2-6
- Garner, D. M., Olmsted, M. P., Polivy, J., & Garfinkel, P. E. (1984). Comparison Between Weight-Preoccupied Women and Anorexia Nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 46(3), 255–266. doi:10.1097/00006842-198405000-00007
- Garner, D. M., Rosen, L. W., & Barry, D. (1998). Eating Disorders Among Athletes: Research and Recommendations. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 7(4), 839–857. doi:10.1016/s1056-4993(18)30215-3



- Georgopoulos, N. A., Markou, K. B., Theodoropoulou, A., Benardot, D., Leglise, M., & Vagenakis, A. G. (2002). Growth Retardation in Artistic Compared with Rhythmic Elite Female Gymnasts. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 87(7), 3169–3173. doi:10.1210/jcem.87.7.8640
- Gleason, J. H., Alexander, A. M., & Somers, C. L. (2000). Later adolescents' reactions to three types of childhood teasing: Relations with self-esteem and body image. *Social Behavior & Personality*, 28, 472-480.
- Greenleaf, C., Petrie, T. A., Carter, J., & Reel, J. J. (2009). Female Collegiate Athletes: Prevalence of Eating Disorders and Disordered Eating Behaviors. *Journal of American College Health*, 57(5):,489–496. doi:10.3200/jach.57.5.489-496
- Harris, M. B., & Greco, D. (1990). Weight control and weight concern in competitive female gymnasts. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 12, 427-433.
- Hausenblas, H., & Carron, A. (1999). Eating disorder indices and athletes: An integration. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 21, 230-258.
- Hewitt, P. L., Flett, G. L., & Ediger, E. (1995). Perfectionism traits and perfectionistic self-presentation in eating disorder attitudes, characteristics, and symptoms. *International Journal of Eating Disorders*, 18(4), 317–326. doi:10.1002/1098-108x(199512)18:4<317::aid-eat2260180404>3.0.co;2-2
- Heywood, S., & McCabe, M. P. (2006). Negative Affect as a Mediator between Body Dissatisfaction and Extreme Weight Loss and Muscle Gain Behaviors. *Journal of Health Psychology*, 11(6), 833–844. doi:10.1177/1359105306069077
- Jacobi, C., Hayward, C., de Zwaan, M., Kraemer, H. C., & Agras, W. S. (2004). Coming to Terms With Risk Factors for Eating Disorders: Application of Risk Terminology and Suggestions for a General Taxonomy. *Psychological Bulletin*, 130(1), 19–65. doi:10.1037/0033-2909.130.1.19
- Jansen, A. (2001). Towards effective treatment of eating disorders: nothing is as practical as a good theory. *Behaviour research and therapy*, 39(9), 1007-1022.
- Kato, K., Jervas, S., & Culpepper, D. (2011). Body image disturbances in NCAA Division I and III female athletes. *The Sport Journal*, 14(1).

- Kaye, W. (2008). Neurobiology of anorexia and bulimia nervosa. *Physiology & Behavior*, 94(1), 121–135. doi:10.1016/j.physbeh.2007.11.037
- Kerr, G., Berman, E., & de Souza, M. J. (2006). Disordered eating in women's gymnastics: Perspectives of athletes, coaches, parents, and judges. *Journal of Applied Sport Psychology*, 18(1), 28–43. <https://doi.org/10.1080/10413200500471301>
- Keys, A., Brozek, J., Henschel, A., et al., (1950). The Biology of Human Starvation. *The University of Minnesota Press*, Minneapolis, MN.
- Krane, V., Stiles-ShIPLEY, J.A., Waldron, J., Michalenok, J. (2001). Relationships among body satisfaction, social physique anxiety, and eating behaviors in female athletes and exercisers. *Journal of Sport Behavior*, 24(3), 247-264
- Krentz, E. M., & Warschburger, P. (2011). Sports-related correlates of disordered eating in aesthetic sports. *Psychology of Sport and Exercise*, 12(4), 375–382. doi:10.1016/j.psychsport.2011.03.004
- Markey, M. A., & Vander Wal, J. S. (2007). The role of emotional intelligence and negative affect in bulimic symptomatology. *Comprehensive Psychiatry*, 48(5), 458–464. doi:10.1016/j.comppsy.2007.05.006
- 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.
- Morgenthal, A.P. (2002). Female athlete triad. *Journal of Chiropractic Medicine*, 1(3), 97-106.
- Michou, M., & Costarelli, V. (2011). Disordered eating attitudes in relation to anxiety levels, self-esteem and body image in female basketball players. *Journal of Exercise Science & Fitness*, 9(2), 109-115.
- Milligan, B., & Pritchard, M. E. (2006). The relationship between gender, sport, self-esteem and eating disordered behaviors in Division I athletes. *Athletic Insight*, 8, 9–43.

- Muscat, A. C., & Long, B. C. (2008). Critical Comments About Body Shape and Weight: Disordered Eating of Female Athletes and Sport Participants. *Journal of Applied Sport Psychology*, 20(1), 1–24. doi:10.1080/10413200701784833
- Nattiv A, Loucks AB, Manore MM, Sanborn CF, Sundgot-Borgen J, Warren MP. (2007). The female athlete triad. Special communications: position stand. *Medicine & Science in Sports Exercise*, 39(10), 1867–1882.
- Nagel, M. (2003). The relationship of the female athlete triad with psychocognitive functions and balance. *Journal of Exercise Science & Fitness*, 1, 116–124.
- Nordin, S., Harris, G., & Cumming, J. (2003). Disturbed eating in young, competitive gymnasts: Differences between three gymnastics disciplines. *European Journal of Sport Science*, 3, 1-14.
- O’Dea, J.A. (2009). Self-perception score from zero to ten correlates well with standardized scales of adolescent self esteem, body dissatisfaction, eating disorders risk, depression, and anxiety. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 21, 509–17.
- Otis CL. (1992). Exercise-associated amenorrhea. *Clinics in Sports Medicine*, 11(2):351-362. PMID: 1591791.
- Presnell, K., Bearman, S. K., & Stice, E. (2004). Risk factors for body dissatisfaction in adolescent boys and girls: A prospective study. *International Journal of Eating Disorders*, 36(4), 389–401. doi:10.1002/eat.20045
- Parks, P. S., & Read, M. H. (1997). Adolescent male athletes: Body image, diet, and exercise. *Adolescence*, 32(127), 593–602.
- Pate, R.R. (1993). Physical activity assessment in children and adolescents. *Critical Reviews in Food Science and Nutrition*, 33, 321-326.
- Petrie, T. A., & Greenleaf, C. A. (2007). Eating disorders in sport: From theory to research to intervention. In G. Tenenbaum & R. C. Eklund (Eds.), *Handbook of sport psychology*, 352–378. John Wiley & Sons, Inc.
- Petrie, T. A., Greenleaf, C., Reel, J. J., & Carter, J. E. (2009). An Examination of Psychosocial Correlates of Eating Disorders Among Female Collegiate Athletes.

- Research Quarterly for Exercise and Sport*, 80(3), 621–632. doi:10.1080/02701367.2009.10599601
- Pugliese, M. T., Lifshitz, F., Grad, G., Fort, P., & Marks-Katz, M. (1983). Fear of Obesity. *New England Journal of Medicine*, 309(9):, 513–518. doi:10.1056/nejm198309013090901
- Robinson, T. L., Snow-Harter, C., Taaffe, D. R., Gillis, D., Shaw, J., & Marcus, R. (1995). Gymnasts exhibit higher bone mass than runners despite similar prevalence of amenorrhea and oligomenorrhea. *Journal of Bone and Mineral Research*, 10(1), 26–35. doi:10.1002/jbmr.5650100107
- Rooks, Y., & Corwell, B.N. (2006). Female athlete triad. *Current Opinion in Orthopaedics*, 17, 149–154.
- Rome, E.S., Ammerman, S., Rosen, D.S., et al. (2003). Children and adolescents with eating disorders: the state of the art. *Pediatrics*, 111, 98–108.
- Rosen, L. W., McKeag, D. B., Hough, D. O., & Curley, V. (1986). Pathogenic Weight-Control Behavior in Female Athletes. *The Physician and Sportsmedicine*, 14(1), 79–86. doi:10.1080/00913847.1986.1170896
- Rosen, L. W., & Hough, D. O. (1988). Pathogenic Weight-Control Behaviors of Female College Gymnasts. *The Physician and Sportsmedicine*, 16(9), 140–144. doi:10.1080/00913847.1988.1170960
- Sample, I. (2000). Tiny tumblers are stealing the show. *New Scientist*, 176, 22-55.
- Salbach, H., Klinkowski, N., Pfeiffer, E., Lehmkuhl, U., & Korte, A. (2007). Body image and attitudinal aspects of eating disorders in rhythmic gymnasts. *Psychopathology*, 40(6), 388-393.
- Selby, C. L. B., & Reel, J. J. (2011). A Coach's Guide to Identifying and Helping Athletes with Eating Disorders. *Journal of Sport Psychology in Action*, 2(2), 100–112. doi:10.1080/21520704.2011.585701
- Shanmugam, V., Jowett, S., & Meyer, C. (2013). Eating psychopathology amongst athletes: The importance of relationships with parents, coaches and teammates.

- International Journal of Sport and Exercise Psychology*, 11(1), 24–38. doi:10.1080/1612197x.2012.724197
- Smolak, L., Murnen, S. K., & Ruble, A. E. (2000). Female athletes and eating problems: a meta-analysis. *International journal of eating disorders*, 27(4), 371- 380
- Stice, E. (2002). Risk factors for eating pathology: Recent advances and future directions. In Stiegel-Moor, R. & Smolac, L. (Eds.), *Eating disorders: Innovative directions in research and practice*. Washington, D.C.: *American Psychological Association*.
- Stice, E., & Shaw, H. E. (2002). *Role of body dissatisfaction in the onset and maintenance of eating pathology*. *Journal of Psychosomatic Research*, 53(5), 985–993. doi:10.1016/s0022-3999(02)00488-9
- Stoutjestic, D. & Jevne, R. (1993). Eating disorders among high performance athletes. *Journal of youth and Adolescence*, 22(3), 271-28.
- Sudi, K., Öttl, K., Payerl, D., Baumgartl, P., Tauschmann, K., & Müller, W. (2004). *Anorexia athletica*. *Nutrition*, 20(7), 657-661.
- Sundgot-Borgen, J. (1993). Prevalence of eating disorders in elite female athletes. *International journal of sport nutrition*, 3(1), 29-40. doi:10.1123/ijns.3.1.29
- Sundgot-Borgen, J. (1994). Risk and trigger factors for the development of eating disorders in female elite athletes. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 26(4), 414– 419.
- Sundgot-Borgen, J., & Torstveit, M.K. (2004). Prevalence of eating disorders in elite athletes is higher than in the general population. *Clinical Journal of Sport Medicine*, 14(1), 25-32. doi:10.1097/00042752-200401000-00005
- Swoap, R. A., & Murphy, 8. M. (1995). Eating attitudes and weight management in athletes. In S. M. Murphy (Ed.), *Sport psychology interventions*, Champaign, IL: Human Kinetics. 307-329.
- Thein-Nissenbaum, J.M., Rauh, M.J., Carr, K.E., et al. (2011b). Associations between disordered eating, menstrual dysfunction, and musculoskeletal injury among high school athletes. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 41(2), 60-69.

- Thiel, A., Gottfried, H., & Hesse, F. W. (1993). Subclinical eating disorders in male athletes. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 88(4), 259–265. doi:10.1111/j.1600-0447.1993.tb03454.
- Thompson, R. A., & Sherman, R. T. (2010). *Eating disorders in sport*. New York, NY: Routledge.
- Tietjen-Smith, T., Mercer, J. (2008). The female athlete triad: A statement of the problem. *Journal of Sports and Recreation*, 2, 1–6.
- Torstveit M.K., Rosenvinge J.H., Sundgot-Borgen J. (2008). Prevalence of eating disorders and the predictive power of risk models in female elite athletes: A controlled study. *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports*, 18, 108–118.
- Troop, N. A., Murphy, F., Bramon, E., & Treasure, J. L. (2000). Disgust sensitivity in eating disorders: A preliminary investigation. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 446 – 451
- Vohs, K. D., Bardone, A. M., Joiner, T. E., Jr., & Abramson, L. Y. (1999). Perfectionism, perceived weight status, and self-esteem interact to predict bulimic symptoms: A model of bulimic symptom development. *Journal of Abnormal Psychology*, 108(4), 695–700. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.108.4.695>
- Yeager, K. K., Agostini, R., Nattiv, A., & Drinkwater, B. (1993). The female athlete triad: Disordered eating, amenorrhea, and osteoporosis. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 25, 775-777.
- Waldrop, J. (2005). Early Identification and Intervention for Female Athlete triad. *Journal of Pediatric Health Care*, 19(4), 213-220.
- Walsh, J. M. E., Wheat, M. E., & Freund, K. (2000). Detection, evaluation, and treatment of eating disorders. *Journal of General Internal Medicine*, 15(8), 577–590. doi:10.1046/j.1525-1497.2000.02439.x
- Weinberg, R.S. & Gould, D. (1995). Substance abuse and eating disorders. *Foundations of Sport and Exercise Psychology*, 415-427. Champaign, IL: Human Kinetics.

## **VIII. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ**

### **7.1 Έντυπο δήλωσης συγκατάθεσης**

Σας προσκαλούμε να συμμετάσχετε σε αυτή την έρευνα που διεξάγεται υπό την αιγίδα της Σχολής Επιστήμης Φυσικής Αγωγής & Αθλητισμού, του Πανεπιστημίου Αθηνών. Η έρευνα αναφέρεται στις διατροφικές συνήθειες νεαρών εν ενεργεία αθλητών και αθλητριών ενόργανης γυμναστικής, αγωνιστικού επιπέδου.

Η παρούσα έρευνα διεξάγεται από τη φοιτήτρια Παπαχαραλάμπους Κωνσταντίνα-Εριφύλη, στα πλαίσια της ειδικότητας Ενόργανης Γυμναστικής, με επιβλέπον τον καθηγητή Ντάλλα Γεώργιο. Η διαδικασία της έρευνας περιλαμβάνει τη συμπλήρωση ερωτηματολογίου. Για τη διερεύνηση των διατροφικών στάσεων των αθλητών και αθλητριών χρησιμοποιήθηκε η ελληνική προσαρμογή της κλίμακας Διατροφικών Στάσεων EAT-26 (Garner & Garfinkel, 1979, Δούκα, 2007).

Σας διαβεβαιώνουμε ότι η διαδικασία της έρευνας δεν ενέχει κινδύνους (σωματικούς ή ψυχολογικούς) για τους αθλητές/τριες που θα λάβουν μέρος σ' αυτήν. Η συμμετοχή στην έρευνα γίνεται ανώνυμα και η δημοσιοποίηση των αποτελεσμάτων θα αφορά στο σύνολο των συμμετεχόντων. Όσοι αθλητές και αθλήτριες είναι ηλικίας κάτω των 18 ετών απαιτείται η συμπλήρωση του εντύπου συγκατάθεσης, από γονέα ή κηδεμόνα, που ακολουθεί. Σας ζητούμε να δώσετε τη συγκατάθεσή σας, για να λάβει μέρος το παιδί σας στην παρούσα έρευνα, υπογράφοντας το Έντυπο Συγκατάθεσης Γονέα που ακολουθεί. Αντίστοιχα, οι ενήλικοι αθλητές και αθλήτριες θα πρέπει να συμπληρώσουν το Έντυπο Συγκατάθεσης για ενήλικες αθλητές και αθλήτριες.

Ευχαριστούμε πολύ για τη συνεργασίας σας.

**ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΓΟΝΕΑ**

Ημερομηνία .....



Διάβασα την παραπάνω ενημέρωση για την έρευνα που διεξάγεται από την φοιτήτρια Παπαχαλαράμπους Κωνσταντίνα- Εριφύλη με επιβλέπων τον Επικ.Καθηγητή Ντάλλα Γεώργιο, και δηλώνω ότι δέχομαι να λάβει μέρος το παιδί μου σ' αυτήν την έρευνα. Γνωρίζω ότι η συμμετοχή είναι εθελοντική, γίνεται ανώνυμα, το παιδί μου δεν διατρέχει κανέναν κίνδυνο και μπορεί να διακόψει τη συμμετοχή του, οποιαδήποτε στιγμή. Δηλώνω ότι δέχομαι να λάβει μέρος το παιδί μου σ' αυτήν την έρευνα και συμφωνώ να χρησιμοποιηθούν τα ανώνυμα δεδομένα που συλλέγονται με το παρόν ερωτηματολόγιο.

Ο Γονέας -Κηδεμόνας

.....

Υπογραφή

**ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΓΙΑ ΕΝΗΛΙΚΕΣ ΑΘΛΗΤΕΣ ΚΑΙ ΑΘΛΗΤΡΙΕΣ**

Ημερομηνία .....

Διάβασα την παραπάνω ενημέρωση για την έρευνα που διεξάγεται από την φοιτήτρια Παπαχαλαράμπους Κωνσταντίνα- Εριφύλη με επιβλέπων τον Επικ.Καθηγητή Ντάλλα Γεώργιο, και δηλώνω ότι είμαι σύμφωνος/η με την συμμετοχή μου σε αυτήν την έρευνα. Γνωρίζω ότι η συμμετοχή είναι εθελοντική, γίνεται ανώνυμα, και ότι δεν διατρέχω κανέναν κίνδυνο. Δηλώνω ότι δέχομαι να λαμβάνω μέρος εθελοντικά σ' αυτήν την έρευνα και συμφωνώ να χρησιμοποιηθούν τα ανώνυμα δεδομένα που συλλέγονται με το παρόν ερωτηματολόγιο.

Ο Αθλητής/ρια

.....

Υπογραφή

## **7.2 Ερωτηματολόγιο διατροφικής συμπεριφοράς EAT-26**

**ΟΔΗΓΙΕΣ:** Για τη διερεύνηση των διατροφικών στάσεων των αθλητριών χρησιμοποιήθηκε η ελληνική προσαρμογή της κλίμακας Διατροφικών Στάσεων

EAT26 (Garner & Garfinkel, 1979, Δούκα, 2007). Η κλίμακα αυτή κατασκευάστηκε με σκοπό την καταγραφή των συμπτωμάτων, συμπεριφορών και σκέψεων που σχετίζονται με τις διατροφικές διαταραχές. Παρακαλώ απαντήστε προσεκτικά σε κάθε μια από τις παρακάτω προτάσεις που ακολουθούν διαλέγοντας την επιλογή που σας αντιπροσωπεύει. Οι απαντήσεις είναι αυστηρά εμπιστευτικές.

	1=πάντα	2=συνήθως	3=συχνά	4=μερικές φορές	5=σπάνια	6=ποτέ
1. Τρομάζω στην ιδέα να είμαι υπέρβαρος/η						
2. Αποφεύγω να τρώω όταν πεινάω						
3. Πιάνω τον εαυτό μου απασχολημένο με το φαγητό						
4. Κόβω την τροφή μου σε μικρά κομμάτια						
5. Γνωρίζω το θερμιδικό περιεχόμενο των τροφών που καταναλώνω						
6. Συγκεκριμένα αποφεύγω τροφές που περιέχουν πολλούς υδατάνθρακες (ψωμί, ρύζι, πατάτες, κλπ.)						
7. Νοιώθω ότι οι άλλοι θα προτιμούσαν να έτρωγα περισσότερο						
8. Προκαλώ εμετό μετά το φαγητό						
9. Νοιώθω πολύ ένοχος/η μετά το φαγητό						
10. Είμαι απασχολημένος/η με την επιθυμία να είμαι πιο αδύνατος/η						
11. Σκέφτομαι ότι καίω θερμίδες όταν γυμνάζομαι						
12. Άλλοι άνθρωποι πιστεύουν ότι είμαι πολύ αδύνατος/η						
13. Απασχολούμαι με την σκέψη ότι έχω λίπος στο σώμα μου						
14. Όταν τρώω τα γεύματά μου αργώ περισσότερο από τους άλλους						
15. Αποφεύγω τροφές με ζάχαρη						
16. Τρώω διαιτητικές τροφές						
17. Νοιώθω ότι το φαγητό ελέγχει την ζωή μου						

<p>18. Έχω αυτο-έλεγχο σχετικά με το φαγητό</p> <p>19. Νοιώθω ότι οι άλλοι με πιέζουν να φάω</p> <p>20. Ξοδεύω πολύ χρόνο και σκέψη στο φαγητό</p> <p>21. Νοιώθω άβολα όταν τρώω γλυκά</p> <p>22. Κάνω δίαιτα</p> <p>23. Μου αρέσει να είναι άδειο το στομάχι μου</p> <p>24. Νοιώθω την ανάγκη να κάνω εμετό μετά το φαγητό</p> <p>25. Απολαμβάνω να δοκιμάζω νέα λιπαρά /παχυντικά φαγητά</p> <p>26. Έχετε επεισόδια υπερφαγίας όπου νιώθετε ότι δεν μπορείτε να σταματήσετε;</p>						
--	--	--	--	--	--	--

### 7.3 Δημογραφικά χαρακτηριστικά

1. Ηλικία

2. Φύλο  
Ανδρας  
Γυναίκα
3. Μόρφωση  
Απόφοιτος/η Δημοτικού  
Απόφοιτος/η Γυμνασίου  
Απόφοιτος/η Λυκείου  
Απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ
4. Βάρος (σε kg)
5. Ύψος (σε cm) (π.χ. κάποιος με ύψος 1,70m θα γράψει 170 στο κουτάκι)
6. Έχετε διαγνωσθεί ότι πάσχετε από διαταραχή πρόσληψης τροφής (ανορεξία, βουλιμία κ.τ.λ.) τους τελευταίους 6 μήνες;  
Ναι  
Όχι
7. Ασχολείστε με τον αθλητισμό;  
Εντατικά  
Συχνά  
Σπάνια  
Καθόλου
8. Υποψιάζεστε ότι πάσχετε από κάποια διαταραχή πρόσληψης τροφής;  
Ναι  
Όχι
9. Έχετε ποτέ επισκεφτεί γιατρό ή ψυχολόγο για κάποια διαταραχή πρόσληψης τροφής;  
Ναι  
Όχι