

369ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ ΦΥΣΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ
ΤΟΜΕΑΣ ΥΓΡΟΥ ΣΤΙΒΟΥ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Ανίχνευση διατροφικών διαταραχών σε νυν και
πρώην αθλητές του κανοε καγιακ**

Βαφειάδου Αικατερίνη (Α.Μ 1700267)

Μενιέ Αλεξάνδρα (Α.Μ 1700283)

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια:

κ. Δούκα Αγγελική

Αθήνα 2022

Περίληψη

Οι «Διαταραχές Διατροφής» (ΔΔ) έρχονται, συνήθως, ως απόρροια της υπερβολικής ενασχόλησης με το σωματικό βάρος, και παρουσιάζονται με τη μορφή ελλιπούς, ακατάλληλης, ακανόνιστης ή υπερβολικής πρόσληψης τροφής (Λαζαράτου & Αναγνωστόπουλος, 2003). Οι διατροφικές διαταραχές όπως είναι η ψυχογενής ανορεξία και η βουλιμία χαρακτηρίζονται από ασταθή διατροφή και από τον παθολογικό έλεγχο του σωματικού βάρους, προκειμένου να επιτευχθεί η «ιδανική» εξωτερική εμφάνιση. Συγκεκριμένα η βουλιμία χαρακτηρίζεται από επεισοδιακή υπερφαγία δηλαδή την κατανάλωση πολύ μεγάλης ποσότητας φαγητού σε σύντομο χρονικό διάστημα. Η ψυχογενής ανορεξία είναι μια διατροφική διαταραχή που χαρακτηρίζεται κυρίως από άρνηση διατήρησης υγιούς, φυσιολογικού βάρους και σχεδόν πάντα συνοδεύεται από μια διαστρεβλωμένη εικόνα του ατόμου για τον εαυτό του. Οι κοινωνικές προκαταλήψεις και η παγκοσμίως διαμορφωμένη εικόνα του «ιδανικού» σώματος συνηγορούν στην λανθασμένη αντιμετώπιση της διατροφής και του σώματος.

Σκοπός αυτής της εργασίας είναι η ανίχνευση της τάσης εκδήλωσης διατροφικών διαταραχών, αθλητών εν ενεργεία και πρώην αθλητών κανοε καγιακ (canoe kayak). Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε 14 αθλητές και 12 πρώην αθλητές του κανοε καγιακ ηλικίας 16-25 ετών. Υπολογίστηκε ο δείκτης μάζας σώματος (BMI) και δόθηκαν δύο ερωτηματολόγια για τις διατροφικές διαταραχές (EAT-13, BULIMIC) στους ενεργούς και πρώην αθλητές του κανοε καγιακ. Τα αποτελέσματα των δύο ομάδων με βάση πάντα τα σωματικά χαρακτηριστικά των ατόμων και τις απαντήσεις τους, έδειξε ότι δεν υπάρχει στατιστική διαφορά στο BMI, αλλά υπάρχει η τάση βουλιμίας στους πρώην αθλητές. Τέλος, σε ένα μεγαλύτερο δείγμα πολύ πιθανών να βρεθούν κι άλλα αποτελέσματα.

Λέξεις κλειδιά: διατροφικές διαταραχές, κανοε καγιακ, κολύμβηση, βουλιμία, άθληση και ψυχογενής ανορεξία, σωματική αυτοαντίληψη.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Εκφράζουμε τις ευχαριστίες μας πρώτα στην κ. Δούκα για την καθοδήγησή της καθ' όλη την διάρκεια συγγραφής της πτυχιακής μας. Ευχαριστούμε τον κ. Σκορδίλη για την πολύτιμη βοήθεια του, καθώς και τους αθλητές των συλλόγων Σαλαμίνας, ΕΝΟΑ, ΝΑΣ, Μεθάνων για την συμμετοχή τους στην έρευνα.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

| | |
|---|--------|
| Περίληψη | σελ.2 |
| Ευχαριστίες | σελ.3 |
| Περιεχόμενα | σελ.4 |
| Κατάλογος Πινάκων | σελ.18 |
| Εισαγωγή | σελ.5 |
| Διατροφικές Διαταραχές | σελ.6 |
| Δείκτης Μάζας Σώματος..... | σελ.7 |
| Διατροφικές Στάσεις και Αθλητισμός..... | σελ. 9 |
| Μέθοδος | σελ.15 |
| Δείγμα | σελ.15 |
| Εργαλεία μέτρησης | σελ.15 |
| Διαδικασία μέτρησης | σελ.16 |
| Αποτελέσματα | σελ.17 |
| Συζήτηση-Συμπεράσματα | σελ.20 |
| Προτάσεις για περαιτέρω έρευνα..... | σελ.21 |
| Βιβλιογραφία | σελ.22 |
| Παράρτημα | σελ.25 |

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στις σύγχρονες κοινωνίες ο όρος «σωματικό κάλλος» έχει λάβει μία συγκεκριμένη σημασία και υποδεικνύει έναν πολύ συγκεκριμένο σωματότυπο ως τον «τέλειο». Πρόκειται για ένα σώμα λεπτό, καλογυμνασμένο και μυώδες. Ακολουθώντας αυτήν τη νόρμα και προκειμένου να το αποκτήσουν, αθλητές και μη υιοθετούν ένα πρόγραμμα που περιλαμβάνει υπερβολική γυμναστική και περιοριστική διατροφή (Striegel Moore, Silberstein & Rodin 1986). Αθλητές κυρίως υψηλών προσδοκιών έχουν την πεποίθηση ότι η γυμναστική ταυτίζεται με το σωματικό πρότυπο της κοινωνίας. Υιοθετούν ένα πολύ συγκεκριμένο θερμιδικό πλάνο, αδιαφορώντας αν κάθε άθλημα έχει διαφορετικό ενεργειακό κόστος. Στην ίδια φιλοσοφία κινούνται οι 34 μελέτες που έγιναν από το 1975 – 1999, οι οποίες έφεραν στο φως τις υψηλές διατροφικές ανησυχίες νυν και πρώην αθλητών κυρίως σε εξειδικευμένα αθλήματα υψηλών σωματικών απαιτήσεων (Smolak Mornen & Ruble 2000). Σύμφωνα με τους (David & Strachan 2001) η πολύωρη ενασχόληση, η επιμονή για το τέλειο σώμα σε συνδυασμό με τις δεξιότητες τους (τεχνικές και καλλιτεχνικές) αποτελούν τα κριτήρια για να πετύχουν άρτιο αποτέλεσμα. Επομένως, γίνεται αντιληπτό ότι οι πιθανότητες διατάραξης των διατροφικών συνηθειών είναι πολύ μεγαλύτερες σε αθλητές υψηλών προδιαγραφών. Ωστόσο, πολλές φορές η λανθασμένη εικόνα που έχουν διαμορφώσει για το σώμα τους, τους οδηγεί σε μία διαστρεβλωμένη αντίληψη για το πλάνο διατροφής που πρέπει να ακολουθήσουν και τις θερμίδες που πρέπει να προσλαμβάνουν καθημερινά. Οι διατροφικές συνήθειες αποτελούν ένα μόνιμο άγχος για τον αθλητή, αφού επηρεάζουν καταλυτικά τη σωματική του διάπλαση και την κατανομή του σωματικού τους βάρους. Και, καθώς το αθλητικό περιβάλλον είθισται να ασκεί σημαντική επιρροή –καλή ή κακή- στον αθλητή, ο τελευταίος εμφανίζεται εξαιρετικά ευεπηρεάστος στις υποδείξεις του εκάστοτε περιβάλλοντος. Επιπρόσθετα, ο τρόπος ζωής επηρεάζει πολλές φορές τη σωματική διάπλαση. Το άγχος για μια καλή επίδοση κατά τη διάρκεια της αγωνιστικής περιόδου, οι πιεστικές καταστάσεις του αγώνα, ακόμα και οι –ενίοτε σκληρές- απαιτήσεις του προπονητή φέρουν ορμονικές αλλαγές ακόμα και δυσλειτουργίες. Αυτή η αίσθηση έλλειψης της «σωματικής τελειότητας» μπορεί να μετατραπεί σε μείωση της αυτοεκτίμησης, αρνητικότητα αλλά και απαισιοδοξία. (McFarlane, McCabe, Jarry, Olmsted, Poly 2001).

Διατροφικές διαταραχές

Οι διαταραχές διατροφής είναι μια ομάδα ψυχοσωματικών διαταραχών που έχουν να κάνουν με τη διατροφή ή/και το σωματικό βάρος. Οι άνθρωποι που βιώνουν κάποιας μορφής διατροφικής διαταραχής συνήθως εστιάζουν υπερβολικά στις διατροφικές τους συνήθειες ή στο σωματικό τους βάρος.

Ο ρόλος των γνωστικών διατροφικών διαταραχών και οι σχετικές με την εμφάνιση της ψυχογενούς ανορεξίας και βουλιμίας συμπεριφορές παρουσιάζουν μεγάλο ενδιαφέρον. (Mountford, Haase, Waller, 2006). Η ψυχογενής ανορεξία θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως μια ψυχοπαθολογία, επιμένοντας εμμονικά στη διατήρηση ενός λεπτού σώματος (Schmidt & Treasure, 2006). Ακόμη η ενοχή και ο θυμός συνδέονται με την νευρική βουλιμία (Broussard, 2005; Corstorphine, Waller, Ohanian, & Baker, 2006; Engel, 2007).

Επίσης στις δημοφιλείς δυτικές χώρες, η ικανότητα διατήρησης χαμηλού σωματικού βάρους και το καλλίγραμμα σώμα εκτιμώνται δεόντως, ενώ μεγάλη σημασία αποδίδεται στις πρακτικές που σχετίζονται με τη διατήρηση και συντήρηση των παραπάνω. (Polivy & Herman, 2002, 2004). Με αυτόν τον τρόπο τα άτομα με ψυχογενή ανορεξία φαίνεται να έχουν ειδική ικανότητα και χαρακτηρίζονται μοναδικά. Τα συμπτώματα της βουλιμίας είναι αντίθετα από αυτά της ψυχογενούς ανορεξίας, εμφανίζονται δηλαδή με τη μορφή της υπερβολικής κατανάλωσης φαγητού που, στη συνέχεια, με διάφορες τεχνικές αποβάλλεται από το σώμα, αφού το άτομο έχει καταληφθεί από ενοχές για αυτό το διατροφικό του απόπειμα. Η βουλιμία σχετίζεται ενίοτε με την ψυχογενή ανορεξία, καθώς μεγάλος αριθμός ανθρώπων που ταλαιπωρούνται από αυτήν καταλήγουν έπειτα βουλιμικά (Fairburn & Harrison, 2003).

Οι διατροφικές διαταραχές προσδίδουν στα άτομα μια αίσθηση επίτευξης, παρά τις αρνητικές και επικίνδυνες καταστάσεις, όπως η περιοριστική και εξαντλητική διατροφή ή η πολυφαγία. Παρόλο που τα άτομα, σε πολλές περιπτώσεις, έχουν επίγνωση ότι προκαλούν κακό στον εαυτό τους, και οι συνέπειες αυτής της επιμονής τους έχει αντίκτυπο και στα άτομα της ίδιας τους της οικογένειας, καθώς και ότι οι πράξεις στις οποίες προβαίνουν δε θα αποδειχθούν εν τέλει ευεργετικές, είναι απρόθυμα να εγκαταλείψουν τον αγώνα τους για την επίτευξη του «τέλειου» (Fox, Larkin, Leung, 2011).

Οι Craig, Pauline, Dick (1999) στο εθνικό κολέγιο αθλητικού συλλόγου εξέτασαν την συχνότητα διατροφικών διαταραχών σε μαθητές-αθλητές. Στην έρευνα συμμετείχαν 1.445 μαθητές, 562 γυναίκες και 883 άνδρες, συμπλήρωσαν το 133-item questionnaire (DSM-IV) που είναι αξιολόγηση δημογραφικών στοιχείων που έχουν να κάνουν με τη διατροφή, την διαίτα, το βάρος του σώματος και την εικόνα του σώματος. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι 1,1% των γυναικών πληρούσε τα κριτήρια DSM-IV για νευρική βουλιμία σε σχέση με τους άνδρες που ήταν 0%. Κανένας από

τους μαθητές αθλητές δεν φάνηκε να πληροί τις προϋποθέσεις του DSM-IV(ένα εγχειρίδιο της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρίας) στο οποίο περιγράφονται διαγνωστικά κριτήρια για μια σειρά ταξινομημένων ψυχιατρικών και διατροφικών διαταραχών για ψυχογενή ανορεξία. Ακόμα, το 9,2% των γυναικών παρουσίασαν βουλιμικά επεισόδια και το 5,5% ανέφεραν συμπεριφορά εκκαθάρισης όπως εμετός, καθαρτικά, διουρητικά. Από τα πιο πάνω αποτελέσματα αποδείχθηκε, ότι οι γυναίκες αθλήτριες παρουσιάζουν περισσότερο διαταραγμένη διατροφή από ότι οι άνδρες αθλητές.

Οι Kerrigan, Lydecker, Grilo (2019) μέσα από την πλατφόρμα Mechanical Turk κατηγοριοποίησαν τους συμμετέχοντες με τα βασικά χαρακτηριστικά της υπερφαγίας (BED) και της νευρικής βουλιμίας (BN) (Udo T, Grilo CM,2018). Υπήρχαν 138 άτομα και στις δυο ομάδες, τα οποία ολοκλήρωσαν τις μετρήσεις της παθολογικής διατροφικής διαταραχής με ερωτήσεις για το φαγητό και το βάρος, την κατάθλιψη και την φυσική δραστηριότητα. Στα αποτελέσματα η μη ανταποδοτική φυσική δραστηριότητα (δραστηριότητα που δεν προορίζεται για έλεγχο σωματικού βάρους και είναι χαλαρή) σχετίστηκε με χαμηλή: συχνότητα εμφάνισης επεισοδίων υπερφαγίας, δυσαρέσκειας εκτίμησης του βάρους, επιπέδων κατάθλιψη διάπλασης του σώματός και παθολογικής διατροφικής διαταραχής . Από την άλλη πλευρά η ενασχόληση με την ανταποδοτική φυσική άσκηση, σχετίζεται με μεγαλύτερη συχνότητα επεισοδίων υπερφαγίας και περισσότερους περιορισμούς. Έτσι προτείνουν την φυσική δραστηριότητα για την υγεία των ατόμων με χαρακτηριστικά BED και BN.

Δείκτης Μάζα Σώματος (BMI)

Ο δείκτης αυτός χρησιμοποιείται για τον προσδιορισμό του σωματικού λίπους, το οποίο επηρεάζει αρνητικά την υγεία μας. Είναι ένας σχετικά ακριβής δείκτης του σωματικού λίπους για τους περισσότερους ενήλικες, αν και όχι για όλους. Υπάρχουν ομάδες του πληθυσμού όπως αθλητές και υπερήλικες οι οποίες αποτελούν εξαίρεση. Επίσης ο υπολογισμός του μπορεί να γίνει εύκολα από τον καθένα. Για να βρούμε τον ΔΜΣ διαιρούμε το βάρος μας σε κιλά προς το ύψος μας σε μέτρα στο τετράγωνο:

$$\Delta\text{Μ}\Sigma = \text{βάρος (kg)} / \{\text{ύψος(m)} \times \text{ύψος(m)}\}$$

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ), για ενήλικες άνω των 20 ετών το ΒΜΙ χωρίζεται στις εξής κατηγορίες:

< 18.5 kg/m² = Επικίνδυνα χαμηλό σωματικό βάρος

18.5-24.9 kg/m² = Φυσιολογικό βάρος

25-29.9 kg/m² = Υπέρβαρος

$>30 \text{ kg/m}^2 = \text{Παχυσαρκία}$

Ο ΔΜΣ που είναι μικρότερος από 18.5 kg/m^2 ή μεγαλύτερος από 25 kg/m^2 αυξάνει τη πιθανότητα εμφάνισης ασθενειών. Βέβαια, το αυξημένο, μη φυσιολογικό σωματικό βάρος είναι μόνο ένας από τους παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία μας. Ένα μειονέκτημα της παραπάνω μέτρησης είναι ότι δεν λαμβάνει υπόψη την ηλικία, τη φυσική κατάσταση, την εθνικότητα και το φύλο. Τα παραπάνω αποτελούν επίσης παράγοντες που επιδρούν καταλυτικά στην ποσότητα σωματικού λίπους του ατόμου.

Οι Mait_ Garrouste-Orgeas (2004) πραγματοποίησαν μια έρευνα στην Γαλλία με 1,698 ασθενείς. Τους εξέτασαν και τους χώρισαν σε τέσσερα γκρουπ με κύριο κριτήριο το BMI τους (<18.5 , $18.5-24.9$, $25-29.9$ και >30). Στην πρώτη κατηγορία ήταν τα λιποβαρή άτομα, στην δεύτερη τα άτομα με φυσιολογικό βάρος, στην τρίτη τα υπέρβαρα και στην τέταρτη ομάδα τα παχύσαρκα άτομα. Αντίστοιχα ο κίνδυνος υγείας αυτών των ατόμων ήταν αυξημένος, μέτριος, αυξημένος και υψηλός. Το πόρισμα της έρευνας έδειξε ότι τα άτομα με χαμηλό BMI είχαν υψηλό δείκτη θνησιμότητας και το αντίστροφο.

Οι Harris, Rosenberg, (2003) διεξήγαγαν μια έρευνα όπου συμμετείχαν 1,749 άτομα με μόλις το 37% να είναι γυναίκες και το 63% άνδρες. Ο σκοπός της έρευνας ήταν να αξιολογήσουν την συχνότητα εμφάνισης της παχυσαρκίας σε Αμερικανούς Παρολυμπιονίκες Αθλητές σε σύγκριση με άλλες χώρες. Πιο συγκεκριμένα συμμετείχαν 1,187 άτομα από διάφορες χώρες και 562 Αμερικανοί. Οι περισσότεροι ήταν αθλητές άνω των 18 ετών ($n=1,210$) και λιγότεροι ήταν ανήλικοι αθλητές ($n=539$). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι ανήλικοι Αμερικάνοι αθλητές είχαν περισσότερες πιθανότητες να γίνουν υπέρβαροι ή παχύσαρκοι σε σχέση με τους υπόλοιπους. Επίσης οι ενήλικοι Αμερικάνοι αθλητές ήταν 3,1 φορές πιο πιθανό να είναι υπέρβαροι σε σχέση με τους υπόλοιπους αθλητές. Έτσι ο κίνδυνος της παχυσαρκίας στους Αμερικανούς Παρολυμπιονίκες αθλητές είναι παρόμοιος με την συχνότητα εμφάνισης της παχυσαρκίας στον γενικό πληθυσμό της Αμερικής.

Οι Kenardy, Vogt (2001) μελέτησαν τη διατροφική συμπεριφορά και τον τρόπο που επηρεάζει τη σωματική και ψυχική υγεία. Στην έρευνα έλαβαν μέρος 14.686 γυναίκες, ηλικίας 18-23 ετών. Μετά από ερωτηματολόγια που έδωσαν προέκυψαν τα εξής αποτελέσματα: το 66,5% είχαν φυσιολογικό BMI αλλά μόνο οι 21,6% ήταν ευχαριστημένες με το βάρος τους, οι 15,2% ήταν υπέρβαρες και οι 11,7% ήταν λιποβαρείς. Επιπλέον, σχεδόν οι μισές γυναίκες ανέφεραν ότι προσπάθησαν να κάνουν δίαιτα για να χάσουν κιλά το τελευταίο χρόνο με το 12,2% αυτών να προσπαθεί πάνω από 5 φορές. Επιπροσθέτως, πάνω από τα 2/3 αυτών ήταν υπέρβαρες και είχαν μπει σε διαδικασία δίαιτας, προκειμένου να χάσουν βάρος. Ωστόσο και οι 21% των λιποβαρών έκανε το ίδιο. Από αυτές που έκαναν δίαιτα λιγότερο από 5 φορές είχαν 15% μικρότερη πιθανότητα να πάθουν κατάθλιψη ενώ αυτές που έκαναν πάνω από 5 φορές δίαιτα είχαν 45% πιθανότητα να εμφανίσουν κατάθλιψη. Οι τελευταίες είχαν επίσης και αυξημένες πιθανότητες να έχουν διατροφικές διαταραχές και χαμηλό σίδηρο. Η μέση ηλικία που μπορεί κάποια κοπέλα να έκανε δίαιτα ήταν τα 15 χρόνια. Αυτές που ξεκινούσαν δίαιτα νωρίτερα

της ηλικίας των 15ετών εμφάνιζαν 2,7φορές μεγαλύτερη πιθανότητα για διατροφικές διαταραχές και οι υπέρβαρες ή αυτές που δυσανασχετούσαν με το σώμα τους είχαν 70% να εμφανίσουν διατροφικές διαταραχές. Ως συμπεράσματα θα μπορούσαν να αναφερθούν τα εξής: πληθώρα γυναικών εμπλέκονται στη διαδικασία της δίαιτας, αλλά μέρος αυτών αποτυγχάνει να διατηρήσει τα κιλά που έχασε. Ως εκ τούτου, το άγχος αυξάνεται, η ψυχολογία τους πέφτει και δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος, που μπορεί να οδηγήσει μέχρι την κατάθλιψη. Τέλος, η τήρηση αυστηρών διατροφικών πλάνων μπορεί να οδηγήσει άλλες γυναίκες σε διατροφικές διαταραχές, όπως σε ψυχογενή ανορεξία ή ακόμα και βουλιμία ή υπερβολική κατανάλωση τροφών.

Διατροφικές Συμπεριφορές και Αθλητές

Σύμφωνα με έρευνες που έγιναν σε αθλητές αισθητικών αθλημάτων όπως η ενόργανη και ο χορός από Πορτογάλους ερευνητές για την πάθηση των διατροφικών διαταραχών στους αθλητές αυτών των αθλημάτων, προέκυψαν τα εξής συμπεράσματα. Ένας από τους λόγους που εμφανίζονται οι διατροφικές διαταραχές σε αυτούς τους αθλητές είναι η πίεση που τους ασκείται από τους προπονητές τους και ιδιαίτερα αν έχουν κακή χημεία και σχέση ευρύτερα μαζί τους (Gvion, 2008). Ένας ακόμη λόγος είναι η πίεση που ασκούν αυτοί στον εαυτό τους για να αδυνατήσουν ανάλογα με με το πόσο υψηλούς στόχους έχουν θέσει (Thompson & Sherman, 1993). Ένας τελευταίος λόγος είναι ο ανταγωνισμός μεταξύ των συναθλητών τους. Και το άγχος που τους κατακλύζει για την εικόνα του σώματος, κατά την έκθεσή του σε διάφορα αγωνίσματα (Garner & Garfinkel, 1980; Levine & Smolak, 2002; Thomaset al., 2005). Παρατηρήθηκε ότι ο κίνδυνος εμφάνισης διατροφικών διαταραχών είναι μεγαλύτερος στους χορευτές από ότι στους αθλητές της ενόργανης γυμναστικής καθώς οι πρώτοι ξοδεύουν περισσότερες ώρες για προπόνηση και έχουν μεγαλύτερο ανταγωνισμό μεταξύ τους. Επιπλέον, τα κορίτσια εμφανίζονται πιο επιρρεπή στο να αναπτύξουν διατροφικές διαταραχές αφού οι σχέσεις τους με τους προπονητές δεν είναι καλές σε σύγκριση με τα αγόρια και άρα επηρεάζονται περισσότερο από τον τρόπο που οι προπονητές ελέγχουν το βάρος και τη διατροφή τους.

Οι Martin et al. (1997) σε έρευνα που έκαναν μεταξύ 60 ανδρών δρομέων και γυναικών που έπασχαν από ανορεξία, παρατήρησαν ότι οι συμμετέχοντες στην έρευνα εμφάνισαν τα ίδια χαρακτηριστικά και πιο συγκεκριμένα οι δύο ομάδες είχαν υψηλές προσδοκίες, καταθλιπτικές τάσεις, μεγάλη αντοχή στον πόνο, εμμονή με το βάρος και το λίπος. Έκαναν αυστηρή δίαιτα και αύξησαν την απόσταση που έτρεχαν μειώνοντας όμως την ποσότητα του φαγητού που έτρωγαν. Από την άλλη υπάρχουν δρομείς που έχουν το τρέξιμο για χόμπι και μετέπειτα θέλουν να αποκτήσουν ταυτότητα δρομέα υιοθετώντας συμπεριφορές όπως το να κάνουν παρέα με άλλους δρομείς, να φορούν ρούχα δρομέων, να κάνουν εξαντλητικές δίαιτες κ.τ.λ. Οι επαγγελματίες δρομείς δεν μπορούν να κοινωνικοποιηθούν πέρα από τα άτομα με τα οποία αθλούνται με αποτέλεσμα να μην έχουν υποστηρικτικό δίκτυο και να οδηγούνται στις ακραίες συμπεριφορές διατροφής που προαναφέρθηκαν. Ακόμη οι

επαγγελματίες δρομείς ταυτίζουν τον εαυτό τους με αυτό που κάνουν περισσότερο από τους ερασιτέχνες, θεωρώντας ότι το τρέξιμο είναι μέρος της προσωπικότητάς τους και όχι απλά ένα άθλημα. Επιπλέον, τρέχουν ανεβάζοντας τα χιλιόμετρα και την ώρα που τρέχουν προκειμένου να διώξουν τα αρνητικά συναισθήματα(κατάθλιψη) για τα κιλά τους. Έτσι, γενικά όσο περισσότερο αποκτούν αθλητική ταυτότητα τόσο πιο πολύ κοντεύουν στο να αποκτήσουν κάποια διατροφική διαταραχή. Έχουν συνδέσει το λιγιστό φαγητό και το να είναι αδύνατοι ευρύτερα με την καλύτερη απόδοσή τους. Συμπεραίνουμε λοιπόν ότι οι ερασιτέχνες δρομείς δεν εμφανίζουν στην πλειοψηφία τους διατροφικές διαταραχές σε σχέση με τους επαγγελματίες δρομείς εκτός και αν παρασυρθούν και ξεκινήσουν να το κάνουν επαγγελματικά.

Οι De Souza, Nattiv , Joy (2019) από την έρευνα που πραγματοποίησαν το διάστημα από το 1990 μέχρι το 2019, με θέμα τις διατροφικές διαταραχές στους άνδρες αθλητές διαπίστωσαν ότι ο μεγάλος ανταγωνισμός που υπάρχει οδηγεί σε εξαντλητικές δίαιτες και υπερβολική προπόνηση. Προκαλεί βλάβη σε διάφορα όργανα του σώματός τους, έχουν χαμηλή οστική πυκνότητα ,μειωμένη τεστοστερόνη, ευαίσθητες αρθρώσεις και μύες και αυξημένο κίνδυνο τραυματισμού. Ακόμη, οι συζητήσεις που κάνουν μεταξύ τους για τα κιλά και τη σωματική εικόνα τους προκαλεί πίεση και άγχος ο ένας στον άλλον έστω και έμμεσα. Επιπλέον, άντρες που υπήρξαν υπέρβαροι στο παρελθόν οδηγούνται σε υπερβολική προπόνηση προκειμένου να διατηρήσουν τα κιλά που έχασαν. Κατά το μυϊκό έλεγχο που συνήθως προσπαθούν να έχουν όλοι οι άντρες περιλαμβάνουν την έλλειψη γευμάτων, τη λάθος χρήση υποκατάστατων τροφής και τη κακή χρήση συμπληρωμάτων διατροφής με αποτέλεσμα την ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών. Η χρήση στεροειδών παρατηρείται σε ύψος 21% μεταξύ των ανδρών που είναι κυρίως ομοφυλόφιλοι. Επίσης, παρατήρησαν αυτοκτονίες σε ποσοστό 20% των ανδρών που πάσχουν από νευρική ανορεξία και 23% σε αυτούς που πάσχουν από βουλιμία. Συμπεριφορές όπως αλλαγή στη διατροφή, χαμηλότερη απόδοση στο άθλημα, αλλαγή ψυχολογικής συμπεριφοράς, σωματική αλλαγή, υπερβολική προπόνηση σε συνδυασμό με αρνητικές εξετάσεις αίματος και υγείας ευρύτερα θα πρέπει να προβληματίζει αν όχι τους ίδιους τους αθλητές, τουλάχιστον τους προπονητές τους για πιθανή πάθηση από διατροφικές διαταραχές. Οι ειδικοί υγείας στο χώρο του αθλητισμού θα πρέπει να επεμβαίνουν άμεσα σε περίπτωση που παρατηρούνται οι παραπάνω συμπεριφορές και με το κατάλληλο τρόπο καθώς οι άντρες θεωρούν υποτιμητικό το να πάσχουν από κάτι ή το να παραθέσουν ευρύτερα τα ' προσωπικά ' τους στον ειδικό, γι' αυτό και υπό αναφέρονται και υπό διαγιγνώσκονται.

Οι Bonci, Bonci, Grange (2008) πραγματοποίησαν μια μελέτη για τις διατροφικές διαταραχές σε αθλήτριες. Συμμετείχαν 439 κορίτσια 17 κολεγίων της Αμερικής και επικεντρώθηκαν στη σχέση μεταξύ διατροφικής διαταραχής, αυτοεκτίμησης και βαθμό ικανοποίησης της εικόνας σώματος. Ορισμένα ποσοστά που προέκυψαν ήταν το 6,8% να πάσχουν από νευρική ανορεξία, το 1,8% από βουλιμία , το 29,4% είχαν υψηλή αυτοεκτίμηση και το 23% δήλωσαν πολύ ικανοποιημένες με την εικόνα σώματός τους. Τα ποσοστά αυτά είναι θετικά λόγω του ότι συμμετείχαν κορίτσια των μεγάλων τάξεων του κολεγίου(μεγαλύτερη ωριμότητα , προσαρμογή στο σχολείο κτλ) και άτομα που έπασχαν από διατροφικές διαταραχές. Μέσα στα χρόνια ο αριθμός των κοριτσιών στα κολέγια που πάσχουν από διατροφικές διαταραχές έχει αυξηθεί από 4% σε 22%. Επιπροσθέτως, 25% των συμμετεχόντων δήλωσαν ότι τα

κολέγια στα οποία που ανήκαν παρείχαν μαθήματα πρόληψης διατροφικών διαταραχών αλλά μόνο το 3,9% συμμετείχε σε αυτά καθώς και 67,8%είπαν ότι τα κολλέγια παρείχαν και θεραπεία για τις διατροφικές διαταραχές. Κλείνοντας, οι συμμετέχοντες που πάσχουν από διατροφικές διαταραχές θα πρέπει να βοηθηθούν ιατρικά, διατροφικά και ψυχολογικά από τις δομές που παρέχει το κολλέγιο. Πρέπει να δίνεται από τους προπονητές ενδυνάμωσης, προσοχή όχι μόνο στους τραυματισμούς του σώματος αλλά και στην αναγνώριση σημαδιών και συμπτωμάτων που μπορεί να οδηγήσει σε διατροφικές διαταραχές

Οι Smolak, Murnen, Ruble, (1999) για τη μελέτη αυτή χρησιμοποίησαν μια βάση δεδομένων από 34 μελέτες. Από τα αποτελέσματα που προέκυψαν, οι αθλήτριες σε σχέση με τις μη-αθλήτριες είχαν μεγαλύτερο κίνδυνο απόκτησης διατροφικών διαταραχών και χαμηλότερο βαθμό δυσαρέσκειας για το σώμα τους. Ορισμένα αίτια είναι ότι σε κάποια αθλήματα χρειάζεται συγκεκριμένη εμφάνιση σώματος, μεγάλη πίεση από τους κριτές, τους προπονητές και τους γονείς για τα κιλά των αθλητριών. Επιπλέον, πολλές αθλήτριες έχουν εμμονή με τα κιλά τους και ακολουθούν εξαντλητικές δίαιτες. Επίσης, μερικά χαρακτηριστικά προσωπικότητας των γυναικών που πάσχουν από διατροφικές διαταραχές είναι ο ανταγωνισμός, η ανησυχία για το σώμα τους, η παράσταση-αγώνες και η εμμονή με την τελειότητα. Από στατιστικές παρατήρησαν ότι οι αθλήτριες που δεν ανήκουν στην ελίτ κατηγορία και στα αισθητικά αθλήματα είχαν σε μικρότερο ποσοστό διατροφικές διαταραχές από ότι οι μη-αθλήτριες. Το ίδιο παρατήρησαν και στις αθλήτριες που πήγαιναν στο κολλέγιο σε σχέση πάλι με τις μη-αθλήτριες. Αντίθετα, αθλήτριες που ανήκαν στην ελίτ κατηγορία και ήταν χορεύτριες, ανήκαν σε αθλήματα που είθισται να είναι αδύνατες χωρίς να έχουν καμία διαφορά στην επικινδυνότητα ανάπτυξης διατροφικών διαταραχών σε σχέση με τις μη-αθλήτριες.

Οι Downs, (2001) στην έρευνα που έγινε με 17 αθλήτριες της ελίτ ενόργανης γυμναστικής, υπήρχαν 51 αθλήτριες μη-ελίτ ενόργανης γυμναστικής και 85 μη-ελίτ αισθητικών αθλημάτων (ομάδα ελέγχου). Χρήσιμα συμπεράσματα είναι ότι οι ελίτ αθλητές της ενόργανης γυμναστικής έκαναν πολύ συχνά δίαιτα χωρίς να είναι αρνητικοί για την εικόνα σώματός τους, οι μη-ελίτ αθλητές της ενόργανης γυμναστικής έκαναν όση δίαιτα ήταν απαραίτητη και είχαν πολύ θετική εικόνα σώματος, έχοντας την άποψη ότι το να είσαι λεπτός σε οδηγεί στη νίκη και όχι στην ομορφιά. Πολλοί αθλητές δεν γνωρίζουν των συμπτώματα των διατροφικών διαταραχών με αποτέλεσμα να πάσχουν χωρίς να το γνωρίζουν. Οι αθλητές της ενόργανης γυμναστικής έχουν τη μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης διατροφικών διαταραχών σε σχέση με όλα τα άλλα αισθητικά αθλήματα. Διαπίστωσαν επίσης, ότι οι αθλητές και οι μη-αθλητές πάσχουν από διαφορετικές διατροφικές διαταραχές. Οι ελίτ αθλήτριες της ενόργανης γυμναστικής είχαν 21-34 ώρες τη βδομάδα προπόνηση, οι μη-ελίτ αθλήτριες της ενόργανης γυμναστικής είχαν 12,3 ώρες τη βδομάδα προπόνηση με μέση ηλικία των αθλητριών των ομάδων αυτών τα 14,9 χρόνια και η ομάδα ελέγχου(μη-ελίτ και μη-αισθητικών αθλημάτων αθλήτριες) είχαν 3,9ώρες προπόνηση τη εβδομάδα και μέση ηλικία τα 15,4 χρόνια. Ορισμένα από τα αποτελέσματα που βγήκαν ήταν ότι ενώ οι ελίτ και μη-ελίτ αθλήτριες ζύγιζαν λιγότερο από την ομάδα ελέγχου ήθελαν να χάσουν περισσότερα κιλά από την ομάδα

ελέγχου. Επιπλέον, η συχνότητα με την οποία έκαναν δίαιτα οι ελίτ αθλήτριες διέφερε πολύ σε σχέση με της μη-ελίτ αθλήτριες που ήταν πολύ κοντά σε συχνότητα δίαιτας με την ομάδα ελέγχου. Επιπροσθέτως, 47,1% από τις ελίτ αθλήτριες, 25,5% από τις μη-ελίτ αθλήτριες και 32,2% από την ομάδα ελέγχου χρησιμοποιούσαν παθολογικές μεθόδους αδυνατίσματος όπως νηστεία, πρόκληση εμετών, χάπια αδυνατίσματος, καθαρτικά και διουρητικά. Οι μη-ελίτ αθλήτριες είχαν θετικότερη εικόνα σώματος από τις ελίτ αθλήτριες και την ομάδα ελέγχου. Από την ομάδα ελέγχου αυτές που ήθελαν να βάλουν κιλά θεωρούσαν τον εαυτό τους πιο όμορφο από ότι αυτών που ήθελαν να χάσουν κιλά και θεωρούσαν ότι όσο λιγότερο ζύγιζαν και όσο πιο αδύνατο έβλεπαν το σώμα τους τόσο πιο όμορφες θεωρούσαν ότι ήταν. Οι ελίτ αθλήτριες έκαναν με αυξημένη συχνότητα δίαιτα όταν οι προπονητές τους έβλεπαν τα κιλά τους ως εμπόδιο ενώ οι μη-ελίτ αθλήτριες έκαναν δίαιτα με την πεποίθηση ότι τα κιλά, το σωματότυπο και η εμφάνιση σχετιζόταν με την επιτυχία στο άθλημα.

Οι Fortes, Ferreira (2012) ασχολήθηκαν με τα καλλιτεχνικά αθλήματα (η καλλιτεχνική, η ρυθμική γυμναστική, το τραμπολίνο, το καλλιτεχνικό πατινάζ, η συγχρονισμένη κολύμβηση και το κλασσικό μπαλέτο). Οι αθλήτριες υποφέρουν από την πίεση που εκλαμβάνουν από τους γονείς, τις συμπαίκτριες και τους προπονητές τους, για να έχουν ένα αυστηρό πρόγραμμα διατροφής, ώστε να πετύχουν καλύτερες επιδόσεις. Η εμφάνιση μπορεί να επηρεάσει την βαθμολογία των κριτών. Σκοπός αυτού του άρθρου είναι να αξιολογήσει την σχέση της δυσαρέσκειας του σώματος και το επίπεδο ψυχολογικής δέσμευσης για άσκηση (LPCE), με την μη σωστή πρόσληψη τροφίμων στους έφηβους αθλητές, σε καλλιτεχνικά αθλήματα. Το 83% των διατροφικών διαταραχών προκαλείται από τις πιέσεις των προπονητών που ζητούν καλύτερα αποτελέσματα, τα ρούχα που επιδεικνύουν το σώμα, τα υψηλά επίπεδα ανταγωνισμού και η σχέσεις με τους γονείς και τα μέλη της ομάδας. Τα μορφολογικά χαρακτηριστικά των αθλητών επηρεάζουν αρνητικά την ψυχολογία τους στις αξιολογήσεις που γίνονται σε σχέση με τους υπόλοιπους αθλητές κατά τη διάρκεια των διαγωνισμών. Επιπλέον η δυσαρέσκεια των αθλητών για το σώμα τους οδηγεί σε έντονες προπονήσεις για μείωση του σωματικού τους λίπους και άρα την βελτίωση της δυσαρέσκειάς τους. Παρ' όλα αυτά οι σκληρές και αυστηρές προπονήσεις δεν έχουν θετικά αποτελέσματα στην εικόνα του αθλητή διότι αυτό μπορεί να προκαλέσει ψυχικό στρες, άγχος, κατάθλιψη και ένταση. Τέλος, τα συμπτώματα αυτά παρουσιάζονται περισσότερο σε γυναίκες αθλήτριες παρά σε άνδρες. Δεν είναι καθολικό για όλες τις γυναίκες αθλήτριες καθώς το δείγμα της έρευνας ήταν μικρό.

Οι Tamminen, Holt, Crocker (2012) είχαν ως στόχο στην έρευνα να διερευνήσουν την παθολογία της διατροφικής διαταραχής σε Γερμανούς ελίτ έφηβους αθλητές. Τα στοιχεία δείχνουν ότι η παθολογία της διατροφικής διαταραχής είναι περισσότερο συνηθισμένα σε γυναίκες αθλήτριες. Αξιολόγησαν το σωματικό βάρος, τη συμπεριφορά ελέγχου του σώματος, την αποδοχή σώματος και τον έλεγχο για συμπτώματα διατροφικών διαταραχών, κατάθλιψης και άγχους. Ακόμα, παρατήρησαν ότι οι αθλητές που παρουσιάζουν παθολογικές διατροφικές διαταραχές έχουν υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης και άγχους από τους αθλητές χωρίς

παθολογικές διατροφικές διαταραχές. Τα δεδομένα της έρευνας αναφέρονται σε Γερμανούς εφήβους ελίτ αθλητές από 51 Ολυμπιακούς αθλητικούς τομείς. Τα αποτελέσματα έδειξαν υψηλότερα ποσοστά παθολογικής διατροφικής διαταραχής

α) σε αθλήτριες από ό, τι στους αθλητές και

(β) σε αθλητές που ανταγωνίζονται σε αθλήματα που εξαρτώνται από το βάρος σώματός τους και εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης.

Επιπλέον, διαπιστώσαν ότι οι αθλητές που συμμετέχουν στα αισθητικά αθλήματα είναι περισσότερο επιρρεπείς σε παθολογικές διατροφικές διαταραχές. Συμπεραίνοντας, τα άτομα που δουλεύουν με αθλητές οι οποίοι συμμετέχουν σε αθλήματα που συνδέονται με το βάρος τους, χρειάζεται να είναι ενήμεροι για τον κίνδυνο εμφάνισης παθολογικών διατροφικών διαταραχών. Καθώς πρέπει να γίνουν μεγάλα βήματα από την εκπαίδευση για τον έγκαιρο εντοπισμό μιας προβληματικής συμπεριφοράς, εφαρμογές ασκήσεων για ένα υγιές σωματικό βάρος και προτάσεις για την τροποποίηση των κανονισμών στα αθλήματα.

Οι Sykora , Grilo, Wilfley (1993) πραγματοποίησαν μια έρευνα με σκοπό να εξετάσουν την νευρική ανορεξία, την βουλιμία και τις διατροφικές διαταραχές σε άνδρες και γυναίκες ελίτ αθλητές της Νορβηγίας σε σχέση με τον πληθυσμό της Νορβηγίας. Στην έρευνα έκαναν προσωπικές ερωτήσεις και συνεντεύξεις. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 13,5% των αθλητών παρουσίασαν κλινικές διατροφικές διαταραχές σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό 4.6% . Η συχνότητα διατροφικών διαταραχών μεταξύ ανδρών αθλητών ήταν μεγαλύτερος σε αθλήματα βαρύτητας (22%) από ότι σε παιχνίδια με μπάλα(5%) και αθλήματα αντοχής (9%). Από την άλλη πλευρά οι διατροφικές διαταραχές μεταξύ γυναικών αθλητών που αγωνίστηκαν σε αισθητικά αθλήματα (42%) ήταν υψηλότερο από αυτό που παρατηρείται στην αντοχή (24%), τεχνικά αθλήματα (17%) και παιχνίδια με μπάλα (16%). Τέλος, η συχνότητα εμφάνισης των διατροφικών διαταραχών είναι υψηλότερη στους αθλητές από ότι στον πληθυσμό, υψηλότερη σε γυναίκες αθλητές από ότι στους άνδρες αθλητές και πολλά άλλα κοινά μεταξύ εκείνων που αγωνίζονται σε αθλήματα που εξαρτώνται από το χαμηλό σωματικό βάρος συγκρίνοντας με άλλα αθλήματα. Προτείνουν να γίνει μια προσπάθεια από προπονητές, γονείς, γιατρούς και αθλητές για την αναγνώριση, την πρόληψη και τη θεραπεία των διατροφικών διαταραχών που αντιμετωπίζουν οι αθλητές.

Οι Augestad, Flanders (2002) αξιολόγησαν πρώτον την συσχέτιση ανάμεσα στις ώρες του ελεύθερου χρόνου της φυσικής δραστηριότητας και της συχνότητας των διατροφικών διαταραχών. Σε δεύτερη φάση την συσχέτιση ανάμεσα στην κλίμακα καταγραφής των διατροφικών διαταραχών και τις διατροφικές διαταραχές. Παρ' όλα αυτά ήταν ίδια στις γυναίκες με χαμηλά ή υψηλά επίπεδα φυσικής δραστηριότητας. Υπήρχαν 898 γυναίκες ηλικίας 18-50 ετών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η ενασχόληση με την φυσική δραστηριότητα δε σημαίνει ότι θα επιφέρει αυξημένο

κίνδυνο εμφάνισης διατροφικών διαταραχών. Χρειάζονται οι απαραίτητες παρεμβάσεις για να βοηθήσουν τα άτομα που ενδιαφέρονται πολύ για την εμφάνισή τους και αντιμετωπίζουν διατροφικές δυσκολίες. Για κάποιους μια ήπια ή μέτρια δραστηριότητα ίσως είναι αναγκαία. Οι γυναίκες ανησυχούν και πιέζονται για να είναι αδύνατες, αυτή η μη ικανοποίηση φαίνεται να χειροτερεύει τις διατροφικές συνήθειές τους. Από την άλλη οι γυναίκες που αθλούνται είναι περισσότερο ευχαριστημένες με το σώμα τους από αυτές που δεν ασκούνται καθόλου. Επομένως, αυτοί που γυμνάζονται δεν σχετίζονται με υψηλό κίνδυνο διατροφικών διαταραχών.

Στη έρευνα που έκαναν οι Kjelsa , Liv Berit (2003) συμμετείχαν 905 γυναίκες και 577 άνδρες φοιτητές από τέσσερα διαφορετικά πανεπιστήμια της Νορβηγίας. Τα θέματα αποτελούνταν από ερωτήσεις σχετικά με τις εβδομαδιαίες ώρες άσκησης, το είδος του αθλήματος, την κλίμακα προσωπικότητας (Karolinska) (KSP) και τις ασθένειες που περιλαμβάνουν οι διατροφικές διαταραχές(EDI). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ο κίνδυνος για τις γυναίκες ήταν τρεις φορές υψηλότερος από τους άνδρες. Οι διατροφικές διαταραχές δε φαίνεται να σχετίζονται με τις πολλές ώρες άσκησης. Όμως διαπιστώθηκαν σημαντικές διαφορές στα προσωπικά χαρακτηριστικά των δύο φύλων. Οι άνδρες και οι γυναίκες με μεγάλες τιμές στο EDI δεν παρουσίασαν διαφορές στο KSP. Οι πιο σημαντικές προβλέψεις για τις εβδομαδιαίες ώρες άσκησης ήταν στη κλίμακα του EDI το 'drive for thinness' και το 'body dissatisfaction'. Και οι προσωπικές μεταβλητές 'extraversion' και 'neuroticism'. Οι παράγοντες που συμβάλλουν περισσότερο στις διαφορές ανάμεσα στους φοιτητές που πέτυχαν 40 στο EDI ήταν οι νεύρωση, ΔΜΣ, φύλο και ηλικία. Τέλος, υποστηρίζουν ότι στη σημερινή κοινωνία πρέπει να υπάρχει προσοχή στην υγεία διότι παρατηρείται μια αύξηση στις ασθένειες με διατροφικές διαταραχές και τα δύο φύλα έρχονται αντιμέτωπα με την ψυχοπαθολογία. Έτσι κρίνονται απαραίτητα τα αθλητικά ιατρεία να κατανοήσουν περισσότερο τις σχέσεις μεταξύ φύλου, διατροφικής συμπεριφοράς και προσωπικά χαρακτηριστικά.

ΜΕΘΟΔΟΣ

Δείγμα

Στην έρευνά μας συμμετείχαν συνολικά 26 άτομα, 14 ενεργοί και 12 πρώην αθλητές και αθλήτριες κανόε καγιακ, ηλικίας από 16 μέχρι 25, εκ των οποίων 17 είναι κορίτσια και 9 είναι αγόρια.

Εργαλεία μέτρησης

Χρησιμοποιήθηκαν ανώνυμα ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς. Τα ερωτηματολόγια αφορούν τα προσωπικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων, αξιολογούν τις διατροφικές στάσεις τους, τις συμπεριφορές και τις σκέψεις τους σε σχέση με το φαγητό και την εικόνα που έχουν για το σώμα τους.

Τεστ Διατροφικών Συνηθειών EAT-13

Το EAT-13 είναι ένα εξαιρετικά αξιόπιστο και έγκυρο τεστ που ανιχνεύει την τάση εκδήλωσης Διατροφικών Διαταραχών (Δούκα, Α., Σκορδίλης, Ε., Βάρσου Ε, Λαζαράτου Ε, 2005) Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων απαντώνται με κλίμακα Likert(πάντα, συνήθως, συχνά, μερικές φορές, σπάνια, ποτέ). Ανάλογα με την απάντηση παίρνουν και βαθμό (πάντα 3, συνήθως 2, συχνά 1, μερικές φορές 0, σπάνια 0 και ποτέ 0). Επίσης απαντούν και σε ερωτήσεις για τον υπολογισμό του ΔΜΣ τους.

Παραδείγματα

1. Γνωρίζω το περιεχόμενο σε θερμίδες των φαγητών που τρώω.

| | | | | | |
|-------|---------|-------|------------------|---------|------|
| ΠΑΝΤΑ | ΣΥΝΗΘΩΣ | ΣΥΧΝΑ | ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ | ΣΠΑΝΙΩΣ | ΠΟΤΕ |
|-------|---------|-------|------------------|---------|------|

2. Έχω την αίσθηση ότι οι άλλοι θα προτιμούσαν να έτρωγα περισσότερο.

| | | | | | |
|-------|---------|-------|------------------|---------|------|
| ΠΑΝΤΑ | ΣΥΝΗΘΩΣ | ΣΥΧΝΑ | ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ | ΣΠΑΝΙΩΣ | ΠΟΤΕ |
|-------|---------|-------|------------------|---------|------|

3. Αισθάνομαι τρομερές τύψεις /ενοχές αφού φάω.

| | | | | | |
|-------|---------|-------|------------------|---------|------|
| ΠΑΝΤΑ | ΣΥΝΗΘΩΣ | ΣΥΧΝΑ | ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ | ΣΠΑΝΙΩΣ | ΠΟΤΕ |
|-------|---------|-------|------------------|---------|------|

Οι συνολικές βαθμολογίες

Εάν οι συμμετέχοντες συγκεντρώσουν συνολική βαθμολογία ίση ή μεγαλύτερη από 12 βαθμούς, τότε έχουν την τάση να εμφανίσουν διατροφικές διαταραχές.

Τεστ Βουλιμίας

Το Bulimic Investigative Test (BITE) είναι μια κλίμακα αυτό-βαθμολογίας 33 στοιχείων που αναπτύχθηκε από τους (Henderson M., Freeman C.P 1987), αποτελείται από δύο κατηγορίες : Πρώτη κατηγορία είναι η Κλίμακα Συμπτώματος (30 στοιχεί) που μετρά τον βαθμό των συμπτωμάτων. Η δεύτερη κατηγορία είναι η Κλίμακα Σοβαρότητας (3 στοιχεία) που παρέχει έναν δείκτη σοβαρότητας, ο οποίος καθορίζεται από την συχνότητα λαιμαργίας και την συμπεριφορά αποτοξίνωσης. Τα στοιχεία της κλίμακας συμπτωμάτων απαντώνται με «ναι» ή «όχι». Οι ερωτήσεις 1,13,21,23 και 31 δίνουν έναν πόντο στην απάντηση «όχι». Οι υπόλοιπες ερωτήσεις δίνουν έναν πόντο στην απάντηση «ναι». Η μέγιστη δυνατή βαθμολογία είναι 30. Αν το συνολικό σκορ είναι ίσο ή πάνω από 20 στην Κλίμακα Συμπτωμάτων υποδηλώνει υψηλή διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά και την παρουσία βουλιμίας. Αν το σκορ είναι από 10 μέχρι 19 παρατηρείτε μια μη φυσιολογική διατροφική συμπεριφορά για τους συμμετέχοντες (π.χ πιεστική-αναγκαστική διατροφή). Οι ερωτήσεις 6,7 και 27 αντιπροσωπεύουν την Κλίμακα Σοβαρότητας και ερευνούν την συχνότητα νηστείας, αποτοξίνωσης και λαιμαργίας σε κλίμακα Likert. Το συνολικό σκορ είναι το άθροισμα των αριθμών που αντιστοιχούν στις απαντήσεις. Η μέγιστη δυνατή βαθμολογία είναι 39 για την κλίμακα σοβαρότητας και για την κλίμακα συμπτωμάτων. Αν η βαθμολογία είναι ίση ή πάνω από 5 τότε τα άτομα παρουσιάζουν συμπτώματα βουλιμίας. Αν το σκορ είναι ίσο ή πάνω από 10 υποδηλώνει υψηλό βαθμό σοβαρότητας. Παρόλα αυτά ένα σκορ πάνω από τα όρια της κλίμακας σοβαρότητας και μέσα στα φυσιολογικά όρια της κλίμακας συμπτωμάτων δεν επιβεβαιώνει πλήρως την διάγνωση νευρικής βουλιμίας στους συμμετέχοντες. Τέλος αν συνολικό σκορ και από τις δυο κλίμακες είναι ίσο ή μεγαλύτερο από το 25, τότε υπάρχει μεγάλη πιθανότητα παρουσίασης βουλιμίας.

Παραδείγματα

1. Έχεις κανονικό διατροφικό μοτίβο? NAI=0, OXI=1
2. Κάνεις αυστηρή διατροφή? NAI =1, OXI=0
3. Νιώθεις αποτυχία αν χαλάσεις την διατροφή σου μια φορά? NAI =1, OXI=0

Διαδικασία μέτρησης

Τα ερωτηματολόγια δίνονται στους συμμετέχοντες μαζί με ένα έγγραφο συγκατάθεσης που επικυρώνει την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων με ανωνυμία, για την ορθή περάτωση της έρευνας μας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στα αποτελέσματα μας πραγματοποιήθηκε στατιστική ανάλυση με το πρόγραμμα SPSS κοινωνικών επιστημών (Norusis,1993). Η έρευνα που πραγματοποιήθηκε, δε μας έδωσε στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα στις συχνότητες των μεταβλητών μεταξύ τους. Τα ερωτηματολόγια περιλαμβάνουν ερωτήσεις σχετικά με τις διατροφικές συνήθειες αθλητών κανόε καγιάκ. Στα δημογραφικά στοιχεία που παρουσιάζονται στον πίνακα 1 είναι οι ανεξάρτητες μεταβλητές, το φύλο και οι αθλητικές ιδιότητες των συμμετεχόντων. Ενώ οι εξαρτημένες μεταβλητές μας είναι το eat-13, το bulimic test και το bmi.

Πίνακας 1

Ο μέσος όρος ηλικίας των συμμετεχόντων είναι 20, τα χρόνια προπόνησης κυμαίνονται από 4 το λιγότερο με 16 το μεγαλύτερο και μέσο όρο 10 έτη. Οι ώρες προπόνησης ανά ημέρα είναι 2 με 4 ώρες και μέσο όρο 3 ώρες. Οι ώρες προπόνησης ανά βδομάδα είναι από 10 με 28 ώρες και μέσο όρο 17 ώρες. Το BMI των συμμετεχόντων ήταν 18,98 το μικρότερο και 27,73 το μεγαλύτερο με μέσο όρο 24, το οποίο δείχνει ότι ο δείκτης μάζας σώματός τους είναι σε φυσιολογικά όρια. Στο EAT-13 το μεγαλύτερο είναι 25 και ο μέσος όρος είναι 4. Το BULIMIC το μεγαλύτερο είναι 16 και το συνολικό είναι 7. Έτσι από το συνολικό σκορ των ερωτηματολογίων δεν έχουμε κάποιο στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα που να δείχνει ότι οι αθλητές έχουν την τάση να εκδηλώσουν διατροφικές διαταραχές.

Πίνακας 2

Πραγματοποιήθηκε t-test ανάλυσης για ανεξάρτητα δείγματα όπου ανίχνευσε τις βουλιμικές τάσεις σε ενεργούς και πρώην αθλητές. Ο μέσος όρος του βουλιμικού τεστ για τους πρώην αθλητές είναι 9 ενώ για τους νυν είναι 5. Αυτό δείχνει ότι οι αθλητές που σταματάνε να αθλούνται, αυξάνουν τις πιθανότητες για βουλιμικές τάσεις.

Πίνακας 3 (bulimic t-test)

Το σκορ στο bulimic test σε πρώην και νυν αθλητές έδειξε στατιστικά σημαντικό το $t=2,361$ με $probability=0,027$. Αυτό δείχνει ότι οι πρώην αθλητές καταναλώνουν σχεδόν την ίδια θερμιδική διατροφή όπως όταν ήταν αθλητές.

Πίνακες 4,5 (bmi t-test)

Πραγματοποιήθηκε t-test ανάλυσης για ανεξάρτητα δείγματα όπου ανίχνευσε το σκορ του BMI σε νυν και πρώην αθλητές Το BMI σε πρώην και νυν αθλητές έδειξε το $t=2,94$ με $probability=0,568$. Επίσης, το BMI εμπίπτει στα φυσιολογικά όρια και για τα δύο φύλα με μέσο όρο 25,53 στους άνδρες και 23,15 στις γυναίκες.

Πίνακας 6 (correlations)

Οι συσχετίσεις που έγιναν στο σύνολο των μεταβλητών μας, μας έδειξαν ότι όσο αυξάνεται η ηλικία, αυξάνεται το bmi (0,52) και είναι πιθανό να μειωθούν οι τάσεις διατροφικών διαταραχών(0,41).

| | N | Minimum | Maximum | Mean | Std. Deviatio |
|----------|----|---------|---------|---------|---------------|
| AGE | 26 | 16,00 | 25,00 | 20,7692 | 2,3032 |
| YEARTRAI | 26 | 4,00 | 16,00 | 10,3077 | 2,8110 |
| HRPRDAY | 26 | 2,00 | 4,00 | 2,8846 | 0,5159 |
| HRPRWEEK | 26 | 10,00 | 28,00 | 16,5385 | 3,9923 |
| BMI | 26 | 18,98 | 27,73 | 23,9788 | 2,2478 |
| EATTOTAL | 26 | 0 | 25,00 | 4,4615 | 5,3683 |
| BOULIMIA | 26 | 0 | 16,00 | 7,2692 | 5,0324 |
| Valid N | 26 | | | | |

Πίνακας 1 Descriptive Statistics

| | STATUS | N | MEAN | STD DEVIATION | STD ERROR MEAN |
|------------------|-----------------------|----|--------|---------------|----------------|
| BOU LIMI A | EX ATHLETES | 12 | 9,5833 | 5,3676 | 1,5495 |
| | PRESENTLY ATHLETES | 14 | 5,2857 | 3,8914 | 1,0400 |

Πίνακας 2 Group Statistics T-Test

| | LEV ENE' S TEST | LEVEN E'S TEST | T- TES T | T- TES T | T- TES T | T-TEST | T- TEST | T-TEST | T-TEST |
|--|--------------------------|----------------------|----------------|----------------|----------------|------------------------|-----------------------------------|---|---|
| | F | SIG | T | DF | SIG | MEAN DIFFER ENCE | STD ERRO R DIFFE RENC | 95% CONFIDEN CE INTERVAL OF THE | 95% CONFIDE NCE INTERVAL OF THE |

| | | | | | | | E | DIFFERENC E | DIFFEREN CE |
|----------------------------|-------|-------|-----------|------------|-----------|--------|--------|----------------|----------------|
| | | | | | | | | LOWER | UPPER |
| BOULIMIA ASSUMED | 3,762 | 0,064 | 2,36 1 | 24 | 0,02 7 | 4,2976 | 1,8202 | 0,5410 | 8,0543 |
| BOULIMIA NOT ASSUMED | 3,762 | 0,064 | 2,30 3 | 19,7 52 | 0,03 2 | 4,2976 | 1,8672 | 0,4018 | 8,1935 |

Πίνακας 3 Independent Samples test T-Test

| | GENDER | N | MEAN | STD | STD ERROR |
|-----|--------|----|---------|--------|--------------|
| BMI | MEN | 9 | 25,5378 | 1,5448 | 0,5149 |
| | WOMEN | 17 | 23,1535 | 2,1473 | 0,5208 |

Πίνακας 4 Group Statistics T-Test

| | LEV ENE' S TEST | LEVEN E'S TEST | T- TES T | T- TES T | T- TES T | T-TEST | T-TEST | T-TEST | T-TEST |
|--------------------|--------------------------|----------------------|----------------|----------------|----------------|------------------------|--------------------------------|---|---|
| | F | SIG | T | DF | SIG | MEAN DIFFER ENCE | STD ERROR DIFFER ENCE | 95% CONFIDE NCE INTERVAL OF THE DIFFEREN CE | 95% CONFIDE NCE INTERVAL OF THE DIFFEREN CE |
| | | | | | | | | LOWER | UPPER |
| BMI ASSUMED | 0,335 | 0,568 | 2,94 0 | 24 | 0,07 | 2,3842 | 0,8109 | 0,7106 | 4,0579 |
| BMI NOT ASSUMED | 0,335 | 0,568 | 3,25 5 | 21,4 92 | 0,00 4 | 2,3842 | 0,7324 | 0,8633 | 3,9052 |

Πίνακας 5 Independent Samples Test T-Test

| | BMI | EATTO TAL | BOULI MIA | AGE | DIAK RISI | YEAR TRAI | HRPR DAY | HRPRW EEK |
|-----|-----------|--------------|--------------|-------------|--------------|--------------|-------------|--------------|
| BMI | 1,00 0 | -0,342 | -0,011 | 0,52 2** | -0,300 | 0,228 | -0,036 | 0,022 |

| | | | | | | | | |
|--------------|---------|---------|--------|---------|---------|---------|---------|--------|
| SIG | 0 | 0,088 | 0,958 | 0,006 | 0,137 | 0,262 | 0,860 | 0,913 |
| N | 26 | 26 | 26 | 26 | 26 | 26 | 26 | 26 |
| EATTO ATL | -0,342 | 1 | 0,376 | -0,415* | 0,002 | -0,076 | 0,222 | 0,134 |
| SIG | 0,088 | 0 | 0,059 | 0,035 | 0,994 | 0,712 | 0,275 | 0,516 |
| N | 26 | 26 | 26 | 26 | 26 | 26 | 26 | 26 |
| BOULI MIA | -0,11 | 0,376 | 1 | -0,119 | 0,141 | -0,009 | 0,028 | 0,002 |
| SIG | 0,958 | 0,059 | 0 | 0,564 | 0,493 | 0,966 | 0,893 | 0,991 |
| N | 26 | 26 | 26 | 26 | 26 | 26 | 26 | 26 |
| AGE | 0,522** | -0,415* | -0,119 | 1 | -0,056 | 0,444 | -0,057 | -0,056 |
| SIG | 0,006 | 0,035 | 0,564 | 0 | 0,786 | 0,023 | 0,782 | 0,788 |
| N | 26 | 26 | 26 | 26 | 26 | 26 | 26 | 26 |
| DIAKRI SI | -0,300 | 0,002 | 0,141 | -0,056 | 1 | -0,484* | -0,519* | -0,427 |
| SIG | ,137 | 0,994 | 0,493 | 0,786 | 0 | 0,012 | 0,007 | 0,030 |
| N | 26 | 26 | 26 | 26 | 26 | 26 | 26 | 26 |
| YEART RAI | 0,228 | -0,076 | -0,009 | 0,444* | -0,484* | 1 | 0,329 | 0,370 |
| SIG | 0,262 | 0,712 | 0,966 | 0,023 | 0,012 | 0 | 0,101 | 0,063 |
| N | 26 | 26 | 26 | 26 | 26 | 26 | 26 | 26 |
| HRPRD AY | -0,036 | 0,222 | 0,028 | -0,057 | -0,519* | 0,329 | 1 | 0,886 |
| SIG | 0,860 | 0,275 | 0,893 | 0,782 | 0,007 | 0,101 | 0 | 0 |
| N | 26 | 26 | 26 | 26 | 26 | 26 | 26 | 26 |
| HRPRW EEK | 0,022 | 0,134 | 0,002 | -0,056 | -0,427* | 0,370 | 0,886* | 1 |
| SIG | 0,913 | 0,516 | 0,991 | 0,788 | 0,030 | 0,063 | 0 | 0 |
| N | 26 | 26 | 26 | 26 | 26 | 26 | 26 | 26 |

** Correlation is significant at the 0,01 level ,

* Correlation is significant at the 0,05 level

Πίνακας 6 Correlations

Συζήτηση

Μεγάλη σημασία αποδίδεται στις πρακτικές που σχετίζονται με την διατήρηση ενός σωματικού βάρους (Polivy & Herman 2002,2004). Τα συμπτώματα της ψυχογενούς βουλιμίας εμφανίζονται με την μορφή της υπερβολικής κατανάλωσης φαγητού και στη συνέχεια αποβολής από το σώμα με διάφορες τεχνικές. Επίσης, συγκεκριμένοι ερευνητές έχουν εντοπίσει σύνδεση μεταξύ της ψυχογενούς ανορεξίας και των συναισθημάτων του θυμού ή της ενοχής. (Broussard 2005, Corstorphine, Waller Ohanian & Baker 2006, Engel 2007). Το πόρισμα της εξέτασης σχετικά με τις διατροφικές διαταραχές των Graig & Pawline Dick (1999), πάνω σε μαθητές-μαθήτριες, έδειξε ότι τα κορίτσια αθλήτριες παρουσιάζουν μεγαλύτερο ποσοστό διατροφικών διαταραχών από τα αγόρια. Σε μία άλλη έρευνα αποδείχθηκε ότι η φυσική δραστηριότητα σχετίζεται με την χαμηλή συχνότητα εμφάνισης επεισοδίων υπερφαγίας και κατάθλιψης. Έτσι προτείνεται, η φυσική δραστηριότητα για τα άτομα που πάσχουν από ψυχογενή βουλιμία (Kerriogan, Lydecker Grilo 2019).

Επιπλέον, στην έρευνα τους οι Mait Garouste-Orgeas (2004) έβγαλαν το πόρισμα ότι τα άτομα με υπερβολικά χαμηλό BMI έχουν υψηλό δείκτη θνησιμότητας και το ίδιο ισχύει για τα άτομα με υπερβολικά υψηλό BMI. Οι Kennaldy Vogt (2001) μελέτησαν την διατροφική συμπεριφορά και τον τρόπο που επηρεάζει την ψυχική και σωματική υγεία. Συμπέραναν ότι οι περισσότερες γυναίκες που προσπαθούν να εφαρμόσουν ένα πρόγραμμα δίαιτας, αποτυγχάνουν να διατηρήσουν τα κιλά τους. Με αποτέλεσμα να δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος, ο οποίος καταλήγει εν τέλει σε διατροφικές και, σε πολλές περιπτώσεις, ψυχολογικές διαταραχές. Από στατιστικές έρευνες παρατηρήθηκε ότι οι αθλήτριες σε σχέση με τις μη-αθλήτριες, έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες τάσης εκδήλωσης διατροφικών διαταραχών (Smolak, Mumen, Ruble 1999).

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να ανιχνεύσει τις διατροφικές διαταραχές σε πρώην και ενεργούς αθλητές του κανόε καγιάκ. Τα αποτελέσματα δεν έδειξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των μεταβλητών (ανεξάρτητων, εξαρτημένων).

Σύμφωνα με τις υποθέσεις της έρευνας τα αποτελέσματα των πρώην και ενεργών αθλητών του κανόε καγιάκ στο Δείκτη Μάζας Σώματος τους κυμαίνονται σε φυσιολογικά πλαίσια. Επίσης οι συσχετίσεις της ηλικίας, του eat-13 και του bulimic test με τις διακρίσεις, και τις ώρες προπόνησης ημερησίως, εβδομαδιαίως και ετησίως δεν εμφανίζουν σημαντικές στατιστικές διαφορές.

Τέλος, διαπιστώσαμε ότι οι πρώην αθλητές του καγιάκ έχουν υψηλές τιμές στο bulimic test. Αυτό μπορεί να εξηγηθεί ως εξής: ξεκινώντας τη νέα, λιγότερο ενεργητική και έντονη ζωή τους, μακριά από τον χώρο της εντατικής άθλησης, συνεχίζουν να καταναλώνουν τον ίδιο αριθμό θερμίδων που κατανάλωναν ως αθλητές. Η νέα τους καθημερινότητα δεν περιλαμβάνει πλέον τις εξαντλητικές ώρες προπόνησης, αλλά μετατρέπεται σε μια συμβατικότερη ζωή, ήτοι περισσότερες ώρες στο σπίτι και αυξημένες έξοδοι για φαγητό (σε εστιατόρια ή ακόμα και σε fast food). Αυτό συνεπάγεται την αυξημένη πρόσληψη θερμίδων, το οποίο σε συνδυασμό με την μικρότερη καύση τους, οδηγεί σε αύξηση του σωματικού τους βάρους. Η προσαρμογή τους σε μια νέα και διαφορετική καθημερινότητα προκαλεί άγχος και

ψυχολογικές διαταραχές και καταλήγει σε βουλιμικά επεισόδια και σε διατροφικές διαταραχές (Ogden, Yanovski, Carroll, Flegal, 2007). Ένας επιπλέον λόγος που οδηγεί τους πρώην αθλητές σε βουλιμία είναι η μη ομαλή απομάκρυνσή τους από τον αθλητισμό. Μετά το πέρας της ενεργού δράσης κάθε αθλητή και αθλήτριας, υπάρχει η περίοδος προσαρμογής στη νέα κατάσταση. Για τον λόγο αυτό πολλές φορές η ταυτότητα του ατόμου αλλάζει ως προς τον σκοπό και την συμπεριφορά. Η ανίχνευση της νέας ταυτότητας θα μπορούσε να γίνει με το ερωτηματολόγιο identity test, που θα μας δώσει μια πιο ξεκάθαρη εικόνα για τον πληθυσμό προς εξέταση.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΠΕΡΑΙΤΕΡΩ ΕΡΕΥΝΑ

Με βάση τα αποτελέσματα της παραπάνω έρευνας, θα ήταν χρήσιμο στο μέλλον να εξεταστούν:

- Μεγάλος αριθμός ενεργών και πρώην αθλητών από συγχρονισμένη κολύμβηση, κολύμβηση, θαλάσσιο σκι, κωπηλασία, ιστιοπλοΐα για να συγκρίνουμε τις τιμές των διατροφικών διαταραχών σε ατομικά αθλήματα του υγρού στίβου
- Μια επιπλέον εξαρτημένη μεταβλητή παιδιά, έφηβους και ενήλικες αθλητές σε σχέση με τις διατροφικές διαταραχές. Αθλητές του κανόε καγιάκ τείνουν να διακόπτουν τον αθλητισμό κατά την ενηλικίωση λόγω των προτεραιοτήτων τους
- Μεγαλύτερος πληθυσμός για μεγαλύτερη αξιοπιστία και γενίκευση αποτελεσμάτων σε πανελλήνιο επίπεδο. Και ακόμα περισσότερο σε διεθνές επίπεδο
- Με ειδικά ερωτηματολόγια που μελετούν την ποσότητα και το είδος τροφής ημερησίας θερμιδικής κατανάλωσης αθλητών. Έτσι ώστε να ανιχνεύσουμε τις διατροφικές συμπεριφορές που μπορεί να μας οδηγήσουν σε βουλιμικές κρίσεις.
- Την συσχέτιση κατανάλωσης του φαγητού με τις ώρες προπόνησης ημερησίως, εβδομαδιαίως και ετησίως. Έτσι πρέπει να υπάρχει μια σωστή αναλογία στις θερμίδες που προσλαμβάνει και στις θερμίδες που δαπανά για να αποφύγουμε τις παθήσεις διατροφικών διαταραχών

Βιβλιογραφία

Ξένη βιβλιογραφία

Rita Francisco, Madalena Alarcão and Isabel Narciso, (2012). Aesthetic Sports as High-Risk Contexts for Eating Disorders – Young Elite Dancers and Gymnasts Perspectives, *The Spanish Journal of Psychology*. Vol. 15, No. 1, 265-274.

Jennifer I. Gapin & Steven J. Petruzzello (2011) Athletic identity and disordered eating in obligatory and non-obligatory runners, *Journal of Sports Sciences* 29 (10): 1001–1010.

Madison Eichstadt, MD, Jessica Luzier, ABPP Daniel Cho, MD, MPH and Chantel Weisenmuller,(2010) Eating Disorders in Male Athletes, *SPORTS HEALTH*, vol. 12, no. 4.

Cherilyn N. McLester, Robin Hardin, Stephanie Hoppe (2014) Susceptibility to Eating Disorders Among Collegiate Female Student–Athletes, *Journal of Athletic Training*, 49(3): 406–410.

Linda Smolak, Sarah K. Murnen, and Anne E. Ruble (1999), Female Athletes and Eating Problems: A Meta-Analysis, Department of Psychology, Kenyon College, Gambier, Ohio Arizona Prevention Center, University of Arizona, Tucson, Arizona, 27: 371–380.

Justin Kenardy, Wendy J Brown and Emma Vogt (2001), Dieting and Health in Young Australian Women, *European Eating Disorders Review* 9, 242-254.

A.P. (Karin) de Bruin, Raoul R.D. Oudejans, Frank C. Bakker (2007) Dieting and body image in aesthetic sports: A comparison of Dutch female gymnasts and non-aesthetic sport participants, *Psychology of Sport and Exercise* 8, Volume 8, Issue 4, Pages 507-520

Leonardo de Sousa Fortes, Clara Mockdece Neves, Juliana Fernandes Filgueiras, Sebastiao Sousa Almeida, Maria Elisa Caputo Ferreira(2012), Body dissatisfaction, psychological commitment to exercise and eating behavior in young athletes from aesthetic sports, v. 15 n. 6.

Katrin Elisabeth Giel, Anne Hermann-Werner, Jochen Mayer, Katharina Diehl, Sven Schneider, Ansgar Thiel, Stephan Zipfel (2016), Eating Disorder Pathology in Elite Adolescent Athletes, *Eat Disorder*, 49:553–562.

Jorunn Sundgot-Borgen and Monica Klungland Torstveit, (2004) Prevalence of Eating Disorders in Elite Athletes Is Higher Than in the General Population, *Clin J Sport Med*, Volume 14 - Issue 1 - p 25-32.

L.B. Augestad, W. D. Flanders (2002) Eating disorder behavior in physically active Norwegian women, *Scand J Med Sci Sports*, 12. 248-255.

Einar Kjelsa s, Liv Berit Augestad, Gender, (2004) eating behavior, and personality characteristics in physically active students, *Scand J Med Sci Sports*, 14: 258–268.

Stephanie G. Kerrigan, Janet A. Lydecker, Carlos M. Grilo (2019), Associations between physical activity and eating disorder psychopathology among individuals categorised with binge eating disorder and bulimia nervosa, 73:e13401.

Craig J, Pauline S. Powers, Randy Dick (1999), Athletes and Eating Disorders: The National Collegiate Athletic Association Study, 26: 179–188.

Henderson, M. and Freeman, C. P. L. (1987). A self rating scale for bulimia: the 'BITE'. *Br. J. Psychiatry*, 150, 18-24.

Ελληνική Βιβλιογραφία

Δούκα Α, Σκορδίλης Ε, Λαζαράτου Ε, Βάρσου Ε, (2005). Διαπολιτισμική εγκυρότητα Κλίμακας Διατροφικών Στάσεων (EAT-26). Πρακτικά 10^{ου} Συνεδρίου Ψυχολογικής Έρευνας Γιάννενα.

Χατζηγεωργίου Χ. (2004). Ψυχογενής Ανορεξία, Ψυχογενής Βουλιμία. Ανασκόπηση των τελευταίων επιστημονικών δεδομένων. *Παιδιατρική Ενημέρωση*, 8, 12-18.

Πηγές από το διαδίκτυο

Χατζημηνάς Ι. (2004). Αθλητική Δραστηριότητα και Διατροφή. Ανασύρθηκε στις 16-4-2007 από: http://www.iatronet.gr/article.asp?atr_id=388&pr=1

Βασιλειάδης Γ. (2006) Νευρική Βουλιμία: Βασικές πληροφορίες. Ανασύρθηκε στις 12-4-2007 από: <http://www.iatronet.gr/article.asp?id=941>

Νίκος Τ. (2005) Ψυχογενής Ανορεξία, Ψυχογενής Βουλιμία. Ανασύρθηκε στις 12-4-2007 από: http://iatronet.gr/article.asp?atr_id=163

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΚΛΙΜΑΚΑ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΣΤΑΣΕΩΝ (ΕΑΤ-13)

(Δούκα Α, Σκορδίλης Ε, Λαζαράτου Ε, Βάρσου Ε, 2005).

ΜΕΡΟΣ Α

1. ΗΛΙΚΙΑ (ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ).....
2. ΦΥΛΟ:
3. ΑΘΛΗΜΑ:
4. ΑΓΩΝΙΣΜΑ:
5. ΚΑΛΥΤΕΡΗ ΔΙΑΚΡΙΣΗ ΣΕ ΕΠΙΣΗΜΟΥΣ ΑΓΩΝΕΣ:
6. ΧΡΟΝΙΑ ΑΘΛΗΣΗΣ :.....
7. ΩΡΕΣ ΠΡΟΠΟΝΗΣΗΣ ΤΗΝ ΗΜΕΡΑ:
8. ΩΡΕΣ ΠΡΟΠΟΝΗΣΗΣ ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ:.....
9. ΣΥΛΛΟΓΟΣ:
10. ΣΩΜΑΤΙΚΟ ΒΑΡΟΣ ΣΕ ΧΙΛΙΟΓΡΑΜΜΑ:.....
11. ΣΩΜΑΤΙΚΟ ΑΝΑΣΤΗΜΑ ΣΕ ΜΕΤΡΑ:

ΜΕΡΟΣ Β

Παρακαλώ να σημειώσετε μία απάντηση για κάθε μία από τις παρακάτω προτάσεις:

4. Γνωρίζω το περιεχόμενο σε θερμίδες των φαγητών που τρώω.

| | | | | | |
|-------|---------|-------|------------------|---------|------|
| ΠΑΝΤΑ | ΣΥΝΗΘΩΣ | ΣΥΧΝΑ | ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ | ΣΠΑΝΙΩΣ | ΠΟΤΕ |
|-------|---------|-------|------------------|---------|------|

5. Έχω την αίσθηση ότι οι άλλοι θα προτιμούσαν να έτρωγα περισσότερο.

| | | | | | |
|-------|---------|-------|------------------|---------|------|
| ΠΑΝΤΑ | ΣΥΝΗΘΩΣ | ΣΥΧΝΑ | ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ | ΣΠΑΝΙΩΣ | ΠΟΤΕ |
|-------|---------|-------|------------------|---------|------|

6. Αισθάνομαι τρομερές τύψεις /ενοχές αφού φάω.

| | | | | | |
|-------|---------|-------|------------------|---------|------|
| ΠΑΝΤΑ | ΣΥΝΗΘΩΣ | ΣΥΧΝΑ | ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ | ΣΠΑΝΙΩΣ | ΠΟΤΕ |
|-------|---------|-------|------------------|---------|------|

7. Με απασχολεί πολύ η επιθυμία να είμαι πιο αδύνατος /η.

| | | | | | |
|-------|---------|-------|------------------|---------|------|
| ΠΑΝΤΑ | ΣΥΝΗΘΩΣ | ΣΥΧΝΑ | ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ | ΣΠΑΝΙΩΣ | ΠΟΤΕ |
|-------|---------|-------|------------------|---------|------|

8. Σκέφτομαι ότι καίω θερμίδες όταν γυμνάζομαι.

| | | | | | |
|-------|---------|-------|------------------|---------|------|
| ΠΑΝΤΑ | ΣΥΝΗΘΩΣ | ΣΥΧΝΑ | ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ | ΣΠΑΝΙΩΣ | ΠΟΤΕ |
|-------|---------|-------|------------------|---------|------|

9. Οι άλλοι γύρω μου πιστεύουν ότι είμαι υπερβολικά αδύνατος/ η.

| | | | | | |
|-------|---------|-------|------------------|---------|------|
| ΠΑΝΤΑ | ΣΥΝΗΘΩΣ | ΣΥΧΝΑ | ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ | ΣΠΑΝΙΩΣ | ΠΟΤΕ |
|-------|---------|-------|------------------|---------|------|

10. Με απασχολεί η σκέψη ότι έχω λίπος στο σώμα μου.

| | | | | | |
|-------|---------|-------|------------------|---------|------|
| ΠΑΝΤΑ | ΣΥΝΗΘΩΣ | ΣΥΧΝΑ | ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ | ΣΠΑΝΙΩΣ | ΠΟΤΕ |
|-------|---------|-------|------------------|---------|------|

11. Αποφεύγω τα φαγητά που έχουν ζάχαρη.

| | | | | | |
|-------|---------|-------|------------------|---------|------|
| ΠΑΝΤΑ | ΣΥΝΗΘΩΣ | ΣΥΧΝΑ | ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ | ΣΠΑΝΙΩΣ | ΠΟΤΕ |
|-------|---------|-------|------------------|---------|------|

12. Τρώω φαγητά διαίτης

| | | | | | |
|-------|---------|-------|------------------|---------|------|
| ΠΑΝΤΑ | ΣΥΝΗΘΩΣ | ΣΥΧΝΑ | ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ | ΣΠΑΝΙΩΣ | ΠΟΤΕ |
|-------|---------|-------|------------------|---------|------|

13. Έχω την αίσθηση ότι το φαγητό εξουσιάζει τη ζωή μου.

| | | | | | |
|-------|---------|-------|------------------|---------|------|
| ΠΑΝΤΑ | ΣΥΝΗΘΩΣ | ΣΥΧΝΑ | ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ | ΣΠΑΝΙΩΣ | ΠΟΤΕ |
|-------|---------|-------|------------------|---------|------|

14. Δείχνω αυτό-έλεγχο όσον αφορά το φαγητό.

| | | | | | |
|-------|---------|-------|------------------|---------|------|
| ΠΑΝΤΑ | ΣΥΝΗΘΩΣ | ΣΥΧΝΑ | ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ | ΣΠΑΝΙΩΣ | ΠΟΤΕ |
|-------|---------|-------|------------------|---------|------|

15. Αισθάνομαι ότι οι άλλοι με πιέζουν να φάω.

| | | | | | |
|-------|---------|-------|------------------|---------|------|
| ΠΑΝΤΑ | ΣΥΝΗΘΩΣ | ΣΥΧΝΑ | ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ | ΣΠΑΝΙΩΣ | ΠΟΤΕ |
|-------|---------|-------|------------------|---------|------|

16. Αισθάνομαι δυσάρεστα /στενάχωρα μετά την κατανάλωση γλυκών.

| | | | | | |
|-------|---------|-------|------------------|---------|------|
| ΠΑΝΤΑ | ΣΥΝΗΘΩΣ | ΣΥΧΝΑ | ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ | ΣΠΑΝΙΩΣ | ΠΟΤΕ |
|-------|---------|-------|------------------|---------|------|

ΜΕΡΟΣ Γ

Παρακαλώ απαντήστε σε κάθε μία από τις ακόλουθες ερωτήσεις:

1. Έχεις φάει υπερβολική ποσότητα φαγητού ανεξέλεγκτα;
ΝΑΙ –ΟΧΙ Πόσες φορές τους τελευταίους 6 μήνες;-----

2. Έχεις προκαλέσει εμετό για να ελέγξεις το βάρος σου ή την σιλουέτα σου;
ΝΑΙ –ΟΧΙ Πόσες φορές τους τελευταίους 6 μήνες;-----

3. Έχεις χρησιμοποιήσει υπακτικά, χάπια αδυνατίσματος ή διουρητικά για να ελέγξεις το βάρος σου ή τη σιλουέτα σου;
ΝΑΙ –ΟΧΙ Πόσες φορές τους τελευταίους 6 μήνες;-----

4. Παρακολουθείς καθημερινά το βάρος σου;
ΝΑΙ –ΟΧΙ Αν ναι, πόσο συχνά;-----

5. Εξετάζεις την σιλουέτα σου στον καθρέπτη;
ΝΑΙ –ΟΧΙ Αν ναι, πόσο συχνά;-----

6. Έχεις τακτική έμμηνο ρύση; (περίοδο)
ΝΑΙ- ΟΧΙ Αν όχι, για ποιο λόγο;-----

7. Είχες ποτέ διακοπή περιόδου για 3 μήνες ή περισσότερο;
ΝΑΙ –ΟΧΙ Αν ναι, για ποιο λόγο;-----

8. Έχεις κάνει ποτέ θεραπεία για διατροφική διαταραχή; (Ανορεξία ή Βουλιμία)
ΝΑΙ –ΟΧΙ Πότε;-----

Τεστ ανίχνευσης βουλιμίας (BULMIC INVESTIGATORY TEST EDINBURGH)

4. Έχεις κανονικό διατροφικό μοτίβο?
5. Κάνεις αυστηρή διατροφή?
6. Νιώθεις αποτυχία αν χαλάσεις την διατροφή σου μια φορά?
7. Υπολογίζεις πάντα τις θερμίδες, ακόμα κι όταν δεν είσαι σε δίαιτα?
8. Νηστεύεις ποτέ για ολόκληρη ημέρα?
9. Αν Ναι πόσο συχνά?
 - a. Μία φορά=1, Που και που=2, Μία φορά την εβδομάδα=3,
 - b. 2-3 φορές την εβδομάδα=4, Μέρα παρά μέρα=5
10. Κάνεις οποιοδήποτε από τα παρακάτω για να χάσεις βάρος?
 - a) Διατροφικά χάπια
 - b) Διουρητικά
 - c) Καθαρτικά
 - d) Επίτηδες εμετό

Ποτέ=0, περιστασιακά=2, μία φορά την εβδομάδα=3,
2-3 φορές την εβδομάδα=4, καθημερινά=5, 2-3 φορές την ημέρα=6
5+ φορές την ημέρα=7
11. Ενοχλείται η ζωή σου από το μοτίβο διατροφής σου?
12. Θα έλεγες πως το φαγητό κυριαρχεί τη ζωή σου?
13. Τρως ποτέ ατελείωτα μέχρι να σταματήσεις από φυσική ενόχληση?
14. Υπάρχουν φορές που σκέφτεσαι μόνο φαγητό?
15. Τρως προσεκτικά μπροστά σε άλλους και δε κρατιέσαι όταν είσαι σπίτι?
16. Μπορείς να σταματάς να τρως οποτεδήποτε επιθυμείς?
17. Βιώνεις υψηλές τάσεις που θες να φας και να φας και να φας?
18. Συνηθίζεις να τρως πολύ όταν αγχώνεσαι?
19. Σε τρομοκρατεί η σκέψη ανάκτησης βάρους?
20. Υπάρχουν φορές που τρως μεγάλα ποσά φαγητού πολύ γρήγορα?
21. Ντρέπεσαι για τις διατροφικές συνήθειές σου?
22. Ανησυχείς μήπως δεν έχεις έλεγχο για το πόσο τρως?
23. Τρως φαγητό για να νιώσεις άνετα?
24. Είσαι ικανός να αφήσεις φαγητό στο πιάτο στο τέλος του γεύματος?
25. Λες ψέματα για το πόσο τρως?
26. Το πόσο πεινάς καθορίζει το πόσο τρως?
27. Σε πιάνει ποτέ υπερφαγία?
28. Αν ναι, σε κάνουν να νιώσεις άθλια?

29. Συμβαίνουν μόνο όταν είσαι μόνος?
30. Πόσο συχνά φτάνεις σε υπερφαγία?
31. Θα έκανες πολλά για να ικανοποιήσεις μία υπερφαγία?
32. Όταν τρως παραπάνω νιώθεις άσχημα?
33. Τρως ποτέ στα κρυφά?
34. Θεωρείς πως η διατροφή σου είναι φυσιολογική?
35. Θεωρείς πως είσαι καταπιεστικός?
36. Το βάρος σου αλλάζει κατά 5 κιλά κάθε εβδομάδα?