



ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ ΦΥΣΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ
ΤΟΜΕΑΣ ΥΓΡΟΥ ΣΤΙΒΟΥ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ
ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΣΕ ΑΘΛΗΤΕΣ ΚΟΛΥΜΒΗΣΗΣ ΥΨΗΛΟΥ
ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ ΤΗΣ ΚΑΡΑΝΤΙΝΑΣ»**

Γεώργιος Αθανασίου (ΑΜ: 9980201600273)

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: Αγγελική Δούκα

Ιούνιος 2022

© Copyright

Γεώργιος Αθανασίου

Σχολή Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού
Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών
Εθνικής Αντιστάσεως 41, 172 37, Δάφνη, Αθήνα

ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΣΕ ΑΘΛΗΤΕΣ ΚΟΛΥΜΒΗΣΗΣ ΥΨΗΛΟΥ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ ΤΗΣ ΚΑΡΑΝΤΙΝΑΣ

Περίληψη

Η κοινωνική απομάκρυνση και ο κατ' οίκον περιορισμός που επιβλήθηκαν λόγω της πανδημίας COVID-19 επέδρασε αρνητικά στην ψυχική ευεξία και τη συναισθηματική κατάσταση του πληθυσμού και ειδικότερα των αθλητών/-τριών, με το μεγαλύτερο ποσοστό να βιώνουν ψυχοκοινωνικές και συναισθηματικές διαταραχές, οι οποίες συνδέονται μεταξύ άλλων με ανθυγιεινές συμπεριφορές διατροφής. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η ανίχνευση εκδήλωσης Διατροφικών Διαταραχών σε αθλητές / -τριες κολύμβησης υψηλού επιπέδου κατά τη διάρκεια της καραντίνας, με τη χρήση της Κλίμακας Διατροφικών Στάσεων (EAT-26). Στην έρευνα συμμετείχαν 24 κολυμβητές/-τριες υψηλού επιπέδου από σωματεία που προπονούνται στο κολυμβητήριο του ΟΑΚΑ, απ' τους οποίους 13 ήταν κολυμβητές, ηλικίας 14-20 ετών και 11 κολυμβήτριες, ηλικίας 15-20 ετών, με μέσο όρο ηλικίας 16,61 και 17,09 αντίστοιχα. Μετά από την επεξεργασία των δεδομένων διαπιστώθηκε ότι όλοι οι αθλητές και οι περισσότερες αθλήτριες (9 στις 11, δηλ. 81.82 %) της κολύμβησης δεν παρουσίασαν διατροφικές διαταραχές κατά τη διάρκεια της καραντίνας. Επίσης, επιβεβαιώθηκε η διαπίστωση ότι οι γυναίκες έχουν την τάση να εμφανίζουν Διατροφικές Διαταραχές σε μεγαλύτερο βαθμό από ό,τι οι άνδρες καθώς επίσης ότι υφίσταται συσχέτιση της βαθμολογίας του EAT-26 με το Δείκτη Μάζας Σώματος. Τέλος, δε διαπιστώθηκαν παθολογικές καταστάσεις σχετιζόμενες με την ενίσχυση της διαταραγμένης διατροφής (κατανάλωση τροφίμων εκτός ελέγχου, υποβάθμιση ποιότητας τροφής) που παρατηρήθηκε κατά τη διάρκεια της καραντίνας.

Λέξεις κλειδιά: Κολύμβηση, Διατροφικές Διαταραχές, Πανδημία, Καραντίνα, COVID-19.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Εκφράζω τις ευχαριστίες μου στην επιβλέπουσα καθηγήτρια Δούκα Αγγελική, για την καθοδήγηση που μου παρείχε καθ' όλη τη διάρκεια της πτυχιακής μου έρευνας καθώς και σε όλους/-ες τους/τις συμμετέχοντες/-ουσες κολυμβητές/-τριες. Επίσης ευχαριστώ τον καθηγητή κ. Αλέξανδρο Νικολόπουλο για την πολύτιμη βοήθεια και συνδρομή του για τη διανομή των ερωτηματολογίων στους αθλητών των συλλόγων που προπονούνται στο κολυμβητήριο του ΟΑΚΑ.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Περίληψη	i
Ευχαριστίες	ii
Πίνακας Περιεχομένων	iii
Κατάλογος Πινάκων.....	v
I. ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	σελ.1
1.1. Ορισμός και διατύπωση του προβλήματος	σελ.3
1.2. Σημασία της έρευνας	σελ.4
1.3. Ερευνητικά ερωτήματα και υποθέσεις.....	σελ.5
1.4. Οριοθετήσεις και περιορισμοί της έρευνας	σελ.6
1.5. Διευκρίνιση όρων.....	σελ.7
II. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ	σελ.12
2.1. Διατροφικές Διαταραχές.....	σελ.12
2.2 Διατροφικές διαταραχές σε αθλητές υγρού στίβου	σελ.18
2.3 Αλλαγή συμπεριφοράς αθλητών μέσα στην καραντίνα	σελ.29
III. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	σελ.37
3.1. Δείγμα.....	σελ.37
3.2. Ερευνητικά εργαλεία	σελ.37
3.3. Διαδικασία	σελ.39
3.4. Στατιστική Ανάλυση	σελ.40
IV. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	σελ.42
4.1. Εμφάνιση Διατροφικών Διαταραχών	σελ.42
4.2. Συγκριτικός έλεγχος σε σχέση με το φύλο	σελ.43
4.3. Mann-Whitney U Test	σελ.43

4.4. T-Test	σελ.44
4.5. Correlation	σελ.46
V. ΣΥΖΗΤΗΣΗ	σελ.47
VI. ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ, ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ, ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	σελ.51
VII. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	σελ.53
VIII. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	σελ.60

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 4.1. Δημογραφικά και Στατιστικά Στοιχεία Γενικού Δείγματος.....	σελ.42
Πίνακας 4.2. Δημογραφικά και Στατιστικά Στοιχεία Κολυμβητών	σελ.42
Πίνακας 4.3. Δημογραφικά και Στατιστικά Στοιχεία Κολυμβητριών.....	σελ.43
Πίνακας 4.4. Αποτελέσματα Mann-Whitney U Test.....	σελ.44
Πίνακας 4.5. T-Test Group Statistics.....	σελ.44
Πίνακας 4.6. Αποτελέσματα T-Test	σελ.45
Πίνακας 4.7. Correlation μεταξύ EAT-26, υποκλίμακες, και ερωτήσεις	σελ.46

I. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η πανδημία COVID-19¹ αποτελεί μείζονα υγειονομική κρίση που έχει επηρεάσει όλα τα κράτη σε διαφορετικό βαθμό σε όλη την υφήλιο ενώ συνδέεται με δυσμενείς συνέπειες για την ψυχική υγεία. Η κοινωνική απομάκρυνση και ο κατ' οίκον περιορισμός που επιβλήθηκαν κατά τη διάρκεια της πανδημίας, επιβάρυναν το σύνολο του πληθυσμού (Ammar, 2020). Μελέτες έχουν δείξει ότι η πανδημία COVID-19 έχει ψυχολογικές επιπτώσεις, όπως συμπτώματα άγχους (anxiety), κατάθλιψης (depression) και αισθήματος πίεσης (stress) και μπορεί να σχετίζονται με διαταραχές του ύπνου (Rajkumar, 2020). Κατά την αρχική φάση της πανδημίας, μελέτη που έλαβε χώρα στο γενικό πληθυσμό της Κίνας, έδειξε ότι το γυναικείο φύλο, η φοιτητική ιδιότητα και συγκεκριμένα σωματικά συμπτώματα (πχ. ζαλάδα, μυαλγίες) συσχετίζονται σε μεγαλύτερο βαθμό με το ψυχολογικό αντίκτυπο της επιδημίας και με υψηλότερα επίπεδα αισθήματος πίεσης, άγχους και κατάθλιψης (Wang C, 2020). Άλλη μελέτη που διεξήχθη σε παγκόσμιο επίπεδο, έδειξε ότι ο COVID-19 επέδρασε αρνητικά στην ψυχική ευεξία και τη συναισθηματική κατάσταση, με μεγαλύτερο ποσοστό ατόμων να βιώνουν ψυχοκοινωνικές και συναισθηματικές διαταραχές, οι οποίες συνδέονται μεταξύ άλλων με ανθυγιεινές συμπεριφορές διατροφής (Ammar A. T.-D.-J., 2020). Επίσης, διαπιστώθηκε ότι ο πληθυσμός στράφηκε σε πιο ανθυγιεινές διατροφικές συνήθειες και μετέβαλε τη σωματική δραστηριότητα κατά τη διάρκεια της απομόνωσης (καραντίνας), προς μια κατεύθυνση που θέτει σε κίνδυνο την υγεία (Ammar A. B.-D., 2020).

Η πανδημία COVID-19 δεν άφησε το χώρο του αθλητισμού ανεπηρέαστο. Οι διοργανωτές μεγάλων αθλητικών εκδηλώσεων και οι αθλητικές ομοσπονδίες, θέτοντας ως προτεραιότητα τη διασφάλιση της υγείας των αθλητών και του προσωπικού υποστήριξης των αθλητικών αγώνων, ακύρωσαν ή ανέβαλαν μεγάλες

1 COVID-19: COrona VIrus Disease 19

αθλητικές διοργανώσεις σε διεθνές, περιφερειακό και εθνικό επίπεδο (Ramya, Guru, Banodhe, Dominic, & Sharma, 2021). Η αναβολή των Ολυμπιακών Αγώνων του Τόκιο 2020 είναι αντιπροσωπευτική της ακύρωσης αθλητικών εκδηλώσεων παγκόσμιας εμβέλειας ενώ μαζί με τη μειωμένη πρόσβαση σε αθλητικές εγκαταστάσεις, την αναβολή προπονήσεων και την περιορισμένη υποστήριξη που λάμβαναν οι αθλητές, επηρέασαν την ψυχική υγεία τόσο των νυν όσο και των πρώην αθλητών (Buckley, 2021) (Ramya, Guru, Banodhe, Dominic, & Sharma, 2021) (Haddad, 2021). Σύμφωνα με μελέτη σε αθλητές υψηλού επιπέδου στη Νότια Αφρική κατά τη διάρκεια της καραντίνας, οι περισσότεροι αθλητές προπονούνταν μόνοι τους, με μέτρια ένταση και για σχετικά μικρό χρονικό διάστημα ενώ κατά τη διάρκεια του ελεύθερου χρόνου προτιμούσαν την καθιστική από την ενεργητική συμπεριφορά. Οι επιβληθέντες περιορισμοί είχαν επίδραση στις συνήθειες του ύπνου και τη διατροφή ενώ επηρέασαν την ψυχική τους υγεία με την πλειοψηφία να εμφανίζουν κατάθλιψη και να χρειάζονται κίνητρα για να παραμείνουν ενεργοί, συνέπειες που είναι δυνατό να επηρεάσουν αρνητικά την ασφαλή επιστροφή στην προπόνηση (Return To Sport - RTS) (Pillay, 2020). Η δημιουργηθείσα κατάσταση είναι δυνατό να εκθέσει τους αθλητές σε μερική ή πλήρη απώλεια των προπονητικών προσαρμογών, τόσο μορφολογικών όσο και φυσιολογικών, ως συνέπεια των χαμηλότερων προπονητικών ερεθισμάτων (Mujika I, 2000). Αναφορικά με τη διαταραγμένη διατροφή, αυτή εμφανιζόταν στους αθλητές κυρίως με τη μορφή της ενασχόλησης με το σώμα, του ανασταλτικού ελέγχου του φαγητού, του φόβου για τις αλλαγές στη σύνθεση του σώματος και της αδηφαγίας (Buckley, 2021).

Ειδικότερα, η πανδημία COVID-19 είχε σοβαρές επιπτώσεις και στην κοινότητα της κολύμβησης. Η FINA (Federation Internationale de Natation) προέβη στην αναβολή ή την ακύρωση σημαντικών διοργανώσεων κολύμβησης, το οποίο σε συνδυασμό με την απώλεια εισοδήματος από χορηγούς, επηρέασαν τους κολυμβητές. Εξαιτίας των περιορισμών που επιβλήθηκαν λόγω της πανδημίας, οι κολυμβητές δεν μπορούσαν πλέον να συνεχίσουν τη συνήθη προπόνησή τους σε κολυμβητήρια και

περιορίστηκαν στα σπίτια τους, γεγονός που είχε επίπτωση στην ψυχική τους υγεία και επηρέασε αρνητικά τη διατήρηση του επιπέδου της φυσικής τους κατάστασης και της προετοιμασίας για τη βέλτιστη και ασφαλή επιστροφή στην προπόνηση (RTS), στην πισίνα και στους αγώνες (Mujika I, 2000). Οι καταστάσεις αυτές, δηλαδή οι επιπτώσεις στην ψυχική υγεία και η μείωση του όγκου προπόνησης, θα μπορούσαν να επηρεάσουν αρνητικά την εικόνα του σώματος και να οδηγήσουν σε κακή ποιότητα της διατροφής καθώς και σε αύξηση του σωματικού βάρους (Hill, 2012).

1.1. Ορισμός και διατύπωση του προβλήματος

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η ανίχνευση εκδήλωσης Διατροφικών Διαταραχών στο χώρο του αθλητισμού και ειδικότερα στην κοινότητα των αθλητών και των αθλητριών της κολύμβησης υψηλού επιπέδου, κατά τη διάρκεια της καραντίνας που επιβλήθηκε λόγω της πανδημίας COVID-19. Συγκεκριμένα η ανάπτυξη ή όχι Διατροφικών Διαταραχών κατά τη διάρκεια της καραντίνας θα ανιχνευτεί μέσω κατάλληλου ερευνητικού εργαλείου (Κλίμακα Διατροφικών Στάσεων) και επεξεργασίας των δεδομένων. Στη συνέχεια θα εξετασθεί εάν τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την επεξεργασία των δεδομένων είναι σε συνάφεια με συμπεράσματα από άλλες παρόμοιες μελέτες που πραγματοποιήθηκαν για το σκοπό αυτό παγκοσμίως.

Η παρούσα έρευνα είναι δυνατό να θεωρηθεί συστηματική και αναλυτική μελέτη μιας συγκεκριμένης θεματικής περιοχής, με απώτερο σκοπό την προσεκτική εξέταση ενός συγκεκριμένου θέματος, με κύρια επιδίωξη την επέκταση της γνώσης. Επιπλέον, μπορεί να χαρακτηριστεί πρωτότυπη, καθώς το αντικείμενο που πραγματεύεται δεν εξετάστηκε από άλλες έρευνες στον ελλαδικό χώρο, κατά την περίοδο που διεξήχθη ενώ αφορά στον έλεγχο της επίδρασης των περιοριστικών συνθηκών που επέβαλε η πανδημία COVID-19 στον επιπολασμό των Διατροφικών Διαταραχών στο χώρο της κολύμβησης και συγκεκριμένα σε αθλητές/-τριες υψηλού επιπέδου. Όπως θα ήταν

φυσικό, η παρούσα εργασία αντλεί την πρωτοτυπία της, χάρις στην επικαιρότητά της, αφού η παρούσα πανδημία COVID-19 βρίσκεται ακόμη σε εξέλιξη παρότι δεν εφαρμόζονται κατά την παρούσα περίοδο περιοριστικά μέτρα.

1.2. Σημασία της έρευνας

Είναι γνωστό ότι, σύμφωνα με το δυτικό πολιτισμικό πρότυπο του γυναικείου λεπτού σώματος, το γυναικείο φύλο, τόσο στο γενικό πληθυσμό όσο και στον αθλητικό χώρο και ειδικότερα στην κολύμβηση ασχολείται υπερβολικά με το βάρος με τις κολυμβήτριες να εμφανίζουν σε μεγαλύτερο βαθμό δυσαρέσκεια για το σώμα τους (Benson J. E., 1990). Μελέτες έχουν δείξει ότι συμπτώματα Διατροφικών Διαταραχών εμφανίζονται περισσότερο σε αθλητές/-τριες σε σχέση με το γενικό πληθυσμό (Sundgot-Borgen, 2004) (Stoutjesdyk, 1993). Επίσης, παρότι οι Διατροφικές Διαταραχές εμφανίζονται σε μεγαλύτερο βαθμό σε αθλητές που αγωνίζονται σε αθλήματα που υπερτονίζουν την αδυναμία ή το χαμηλό σωματικό βάρος (Sundgot-Borgen, 2004) (Stoutjesdyk, 1993), οι αθλήτριες, ανεξαρτήτως του αθλήματος με το οποίο ασχολούνται, έχουν την τάση να εμφανίζουν Διατροφικές Διαταραχές σε μεγαλύτερο βαθμό απ' ότι οι μη αθλήτριες (Borgen JS, 1987). Τέλος, κανένα από τα δύο φύλα, σε έρευνα που διεξήχθη σε έφηβους κολυμβητές/-τριες αγωνιστικού επιπέδου, δεν ήταν ιδιαίτερα επιρρεπή σε διατροφικές διαταραχές ή τεχνικές παθογόνου ελέγχου του βάρους (Taub, 1992).

Κατά τη διάρκεια της καραντίνας λόγω COVID-19 παρατηρήθηκε ότι τα γεύματα ήταν πιο ανθυγιεινά στο γενικό πληθυσμό μεταβάλλοντας τις διατροφικές συμπεριφορές του προς μια κατεύθυνση που θέτει σε κίνδυνο την υγεία (Ammar, 2020). Εστιάζοντας τώρα στο χώρο του αθλητισμού, διαπιστώθηκε ότι η πανδημία οδήγησε σε αύξηση στη διαταραγμένη διατροφή σε νυν και πρώην αθλητές (Buckley, 2021), είχε σωματικές, διατροφικές και ψυχολογικές συνέπειες στους αθλητές που μπορεί να επηρεάσουν την ασφαλή επιστροφή στην προπόνηση και τη γενική υγεία

των αθλητών (Pillay, 2020). Επιβεβαιώθηκε η σημαντική διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών στην τάση για διατροφικές διαταραχές ενώ δεν ανιχνεύτηκε διαφορά μεταξύ ατομικών και ομαδικών αθλημάτων, του είδους της αθλητικής κατηγορίας (αντοχή, αντιβαρύτητα, αθλήματα με μπάλα, δύναμη, τεχνική και αισθητική) ή του επίπεδου ανταγωνισμού. Η διαταραγμένη διατροφή εμφανιζόταν κυρίως με τη μορφή της ενασχόλησης με το σώμα, του ανασταλτικού ελέγχου της τροφής, του φόβου για τις αλλαγές στη σύνθεση του σώματος και της αδηφαγίας (Buckley, 2021).

Κατόπιν των ανωτέρω διαπιστώσεων, κρίνεται σκόπιμο να εξετασθεί η επίδραση της καραντίνας λόγω της πανδημίας COVID-19 στον επιπολασμό Διατροφικών Διαταραχών σε αθλητές / -τριες της κολύμβησης υψηλού επιπέδου, προκειμένου να διαπιστωθεί εάν τα αποτελέσματα της έρευνας συνάδουν με τα ευρήματα άλλων μελετών που διεξήχθησαν σε διάφορες χώρες.

1.3. Ερευνητικά ερωτήματα και υποθέσεις

Η έρευνα θα προσπαθήσει να βρει αναλυτικές και ακριβείς απαντήσεις στα παρακάτω επίκαιρα και κρίσιμα ερωτήματα, τα οποία αποτελούν και τους επιμέρους στόχους της έρευνας:

α. Εντοπίζονται Διατροφικές Διαταραχές στους κολυμβητές /-τριες υψηλού επιπέδου, κατά τη διάρκεια της καραντίνας που επιβλήθηκε λόγω της πανδημίας COVID-19; Αν ναι, σε τι ποσοστό, τόσο στο γενικό δείγμα όσο ανά φύλο;

β. Οι κολυμβήτριες συγκεντρώνουν πιο υψηλή βαθμολογία στο χρησιμοποιούμενο ερευνητικό εργαλείο (συνολική βαθμολογία καθώς και βαθμολογία στις επιμέρους υποκλίμακες του EAT-26) της παρούσας έρευνας απ' ότι οι κολυμβητές;

γ. Η συνολική βαθμολογία EAT-26 καθώς και οι επιμέρους βαθμολογίες των υποκλιμάκων του EAT-26, μπορούν να διαχωρίσουν τους συμμετέχοντες στην έρευνα σε σχέση με το φύλο;

δ. Υφίσταται σχέση μεταξύ της συνολικής βαθμολογίας, που προέκυψε με τη χρήση του ερευνητικού εργαλείου, και του Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ), κατά την περίοδο της καραντίνας;

ε. Υφίσταται συσχέτιση μεταξύ της βαθμολογίας που προέκυψε από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις του Μέρους Γ του ερωτηματολογίου που χορηγήθηκε κατά τη διάρκεια της ερευνάς και της βαθμολογίας στο χρησιμοποιούμενο ερευνητικό εργαλείο (συνολική βαθμολογία καθώς και βαθμολογία στις επιμέρους υποκλίμακες του EAT-26);

1.4. Οριοθετήσεις και περιορισμοί της έρευνας

Το μέγεθος του δείγματος (N=24), το οποίο είναι μικρό για να γενικεύσουμε τα αποτελέσματα στο χώρο της κολύμβησης υψηλών επιπέδου.

Η ηλικία του δείγματος ήταν από 14 έως 20 χρόνων.

Το δείγμα των αθλητών/-τριών κολύμβησης ήταν μόνο από σωματεία που προπονούνται στο κολυμβητήριο του ΟΑΚΑ².

Η χρήση ερωτηματολογίου αυτοαναφοράς για την αξιολόγηση της εμφάνισης Διατροφικών Διαταραχών μπορεί να οδηγήσει σε σφάλμα εκτίμησης σχετικά με την παρουσία αυτών των συμπεριφορών, λόγω του ότι οι συμμετέχοντες / -ουσες μπορεί

² Ολυμπιακό Αθλητικό Κέντρο Αθηνών

να ήταν λιγότερο ειλικρινείς, λόγω ανησυχιών ότι οι πληροφορίες ενδέχεται να φτάσουν στους προπονητές τους (Sundgot-Borgen & Torstveit, 2004).

Δεν υφίστανται μετρήσεις (με τη χρήση του ερευνητικού εργαλείου EAT-26) ή κάποιου άλλου συναφούς εργαλείου σχετικά με την εμφάνιση Διατροφικών Διαταραχών, στο δείγμα που ελέγχθηκε κατά την παρούσα έρευνα, για την προ COVID-19 εποχή.

1.5. Διευκρίνιση όρων

Διατροφικές διαταραχές

Οι **Διατροφικές Διαταραχές** (Eating Disorders-ED) σύμφωνα με το «American Psychiatric Association» (APA, DSM IV, 1994) χαρακτηρίζονται από σοβαρές διαταραχές στη διατροφική συμπεριφορά. Οι διαταραχές σίτισης και διατροφής χαρακτηρίζονται από μια επίμονη διαταραχή της διατροφής ή της συμπεριφοράς που σχετίζεται με τη διατροφή, η οποία έχει ως αποτέλεσμα τη μεταβολή της κατανάλωσης ή της απορρόφησης της τροφής και η οποία βλάπτει σημαντικά τη σωματική υγεία ή την ψυχοκοινωνική λειτουργία (APA, DSM V, 2013).

Ψυχογενής ανορεξία (APA, DSM IV, 1994)

Η Ψυχογενής Ανορεξία (ΨΑ) (Anorexia Nervosa-AN) χαρακτηρίζεται από άρνηση διατήρησης ενός ελάχιστα φυσιολογικού σωματικού βάρους. Τα βασικά χαρακτηριστικά της Ψυχογενούς Ανορεξίας είναι ότι το άτομο αρνείται να διατηρήσει ένα ελάχιστα φυσιολογικό σωματικό βάρος, φοβάται έντονα την αύξηση του βάρους και παρουσιάζει σημαντική διαταραχή στην αντίληψη του σχήματος ή του μεγέθους του σώματός του. Επιπλέον, οι γυναίκες μετά την εμμηναρχή, με αυτή τη διαταραχή, είναι αμηνorroϊκές.

Ψυχογενής Βουλιμία

Η Ψυχογενής Βουλιμία (ΨΒ) (Bulimia Nervosa-BN) χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενα επεισόδια αδηφαγίας που ακολουθούνται από ακατάλληλες αντισταθμιστικές συμπεριφορές, όπως αυτοπροκαλούμενος έμετος, κατάχρηση καθαρτικών, διουρητικών ή άλλων φαρμάκων, νηστεία ή υπερβολική άσκηση. Ωστόσο, σε αντίθεση με τα άτομα με Ψυχογενή Ανορεξία, τύπου αδηφαγίας/καθαριού, τα άτομα με Ψυχογενή Βουλιμία διατηρούν το σωματικό βάρος σε ένα ελάχιστο φυσιολογικό επίπεδο ή πάνω από αυτό.

Διαταραχή Αδηφαγίας

Ένα «επεισόδιο αδηφαγίας» (Binge Eating Disorder-BED) ορίζεται ως η κατανάλωση, σε μια διακριτή χρονική περίοδο, μιας ποσότητας τροφής που είναι σαφώς μεγαλύτερη από αυτή που θα έτρωγαν οι περισσότεροι άνθρωποι σε παρόμοια χρονική περίοδο υπό παρόμοιες συνθήκες.

Μη-Προσδιοριζόμενη Διατροφική Διαταραχή

Η Μη-Προσδιοριζόμενη Διατροφική Διαταραχή (Eating Disorder Not Otherwise Specified- ED NOS) προβλέπεται για την κωδικοποίηση διαταραχών που δεν πληρούν τα κριτήρια για μια συγκεκριμένη Διατροφική Διαταραχή. Τα παραδείγματα περιλαμβάνουν:

➤ Για τις γυναίκες, πληρούνται όλα τα κριτήρια της Ψυχογενούς Ανορεξίας, εκτός από το ότι το άτομο έχει τακτική εμμηνόρροια.

- Πληρούνται όλα τα κριτήρια για τη Ψυχογενή Ανορεξία, εκτός από το ότι, παρά τη σημαντική απώλεια βάρους, το τρέχον βάρος του ατόμου βρίσκεται στο φυσιολογικό εύρος.
- Πληρούνται όλα τα κριτήρια της Ψυχογενούς Βουλιμίας, εκτός από το ότι η αδηφαγία και οι ακατάλληλοι αντισταθμιστικοί μηχανισμοί εμφανίζονται με συχνότητα μικρότερη από δύο φορές την εβδομάδα ή για διάρκεια μικρότερη από 3 μήνες.
- Η τακτική χρήση ακατάλληλων αντισταθμιστικών συμπεριφορών από άτομο φυσιολογικού σωματικού βάρους μετά την κατανάλωση μικρών ποσοτήτων τροφής (π.χ. αυτοπροκαλούμενος εμετός μετά την κατανάλωση δύο μπισκότων).
- Επαναλαμβανόμενη μάσηση και φτύσιμο, αλλά όχι κατάποση, μεγάλων ποσοτήτων τροφής.
- Διαταραχή αδηφαγίας: επαναλαμβανόμενα επεισόδια αδηφαγίας, χωρίς την τακτική χρήση ακατάλληλων αντισταθμιστικών συμπεριφορών που χαρακτηρίζουν την Ψυχογενή Βουλιμία.

Άλλη καθορισμένη διαταραχή σίτισης ή διατροφής

Σε αυτή την κατηγορία (Other Specified Feeding or Eating Disorders-OSFEDs) επικρατούν συμπτώματα χαρακτηριστικά μιας διαταραχής σίτισης και διατροφής που προκαλούν κλινικά σημαντική δυσφορία ή έκπτωση σε κοινωνικούς, επαγγελματικούς ή άλλους σημαντικούς τομείς της λειτουργικότητας, αλλά δεν πληρούν τα πλήρη κριτήρια για οποιαδήποτε από τις διαταραχές της διαγνωστικής κατηγορίας των διαταραχών σίτισης και διατροφής. Παραδείγματα που μπορούν να προσδιορισθούν με τον τρόπο αυτό περιλαμβάνουν τα ακόλουθα:

Άτυπη ΨΑ: Πληρούνται όλα τα κριτήρια της Ψυχογενούς Ανορεξίας, εκτός από το ότι παρά τη σημαντική απώλεια βάρους, το βάρος του ατόμου βρίσκεται εντός ή άνω του φυσιολογικού εύρους.

ΨΒ (χαμηλής συχνότητας ή/και περιορισμένης διάρκειας): Πληρούνται όλα τα κριτήρια της Ψυχογενούς Βουλιμίας, εκτός από το ότι η αδηφαγία και οι ακατάλληλες αντισταθμιστικές συμπεριφορές εμφανίζονται, κατά μέσο όρο, λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα ή/και για λιγότερο από 3 μήνες.

BED (χαμηλής συχνότητας ή/και περιορισμένης διάρκειας): Πληρούνται όλα τα κριτήρια της διαταραχής αδηφαγίας, εκτός από το ότι η αδηφαγία εμφανίζεται, κατά μέσο όρο, λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα ή/και για λιγότερο από 3 μήνες.

Διαταραχή κάθαρσης: Επαναλαμβανόμενη συμπεριφορά κάθαρσης για να επηρεαστεί το βάρος ή το σχήμα (π.χ. αυτοπροκαλούμενος έμετος, κατάχρηση καθαρτικών, διουρητικών ή άλλων φαρμάκων), ελλείπει αδηφαγίας.

Σύνδρομο νυχτερινής κατανάλωσης τροφής: Επαναλαμβανόμενα επεισόδια νυχτερινής διατροφής, όπως εκδηλώνεται με κατανάλωση τροφής μετά την αφύπνιση από τον ύπνο ή με υπερβολική κατανάλωση τροφής μετά το βραδινό γεύμα. Υπάρχει επίγνωση και ανάκληση της κατανάλωσης φαγητού. Το νυχτερινό φαγητό δεν εξηγείται καλύτερα από εξωτερικές επιδράσεις, όπως αλλαγές στον κύκλο ύπνου-αφύπνισης του ατόμου ή από τοπικά κοινωνικά πρότυπα. Το νυχτερινό φαγητό προκαλεί σημαντική δυσφορία ή/και έκπτωση της λειτουργικότητας. Το διαταραγμένο πρότυπο διατροφής δεν εξηγείται καλύτερα από τη διαταραχή αδηφαγίας ή άλλη ψυχική διαταραχή, συμπεριλαμβανομένης της χρήσης ουσιών, και δεν οφείλεται σε άλλη ιατρική διαταραχή ή σε επίδραση της φαρμακευτικής αγωγής.

Αθλητική Ανορεξία

Αν και δεν ορίζεται επίσημα ως διάγνωση διατροφικής διαταραχής στο «DSM V», ο τρόπος ζωής των αθλητών κατέστησε απαραίτητη την εισαγωγή μιας νέας Διατροφικής Διαταραχής, της Αθλητικής Ανορεξίας (ΑΑ). Σύμφωνα με τους (Sundgot-Borgen & Torstveit, 2004), η Αθλητική Ανορεξία επιτρέπει τον εντοπισμό αθλητών με συμπτώματα Διατροφικών Διαταραχών που δεν πληρούν όλα τα διαγνωστικά κριτήρια για την Ψυχογενή Ανορεξία ή την Ψυχογενή Βουλιμία.

II. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

2.1. Διατροφικές Διαταραχές (American Psychiatric Association –APA)

Οι συχνότερες Διατροφικές Διαταραχές είναι η «Ψυχογενής Ανορεξία-ΨΑ» (Anorexia Nervosa-AN) και η «Ψυχογενής Βουλμία-ΨΒ» (Bulimia Nervosa-BN) ενώ αναφέρεται η «Μη-Προσδιοριζόμενη Διατροφική Διαταραχή (ΜΠΔΔ)» (Eating Disorder Not Otherwise Specified- ED NOS) (APA, DSM IV, 1994), η «Πολυφαγική/Αδηφαγική Διαταραχή» (Binge Eating Disorder-BED) (APA, DSM V, 2013) καθώς και η διαταραχή που συναντάται στους αθλητές, η «Αθλητική Ανορεξία» (AA) (Sundgot-Borgen & Torstveit, 2004). Πρόσφατα, εισήχθη νέος όρος Διατροφικής Διαταραχής, οι άλλες καθορισμένες διαταραχές σίτισης ή διατροφής (Other Specified Feeding or Eating Disorders-OSFEDs) (APA, DSM V, 2013) ενώ πλέον δε γίνεται αναφορά στη «Μη-Προσδιοριζόμενη Διατροφική Διαταραχή (ΜΠΔΔ)».

Σύμφωνα με το «American Psychiatric Association», η διαταραχή της αντίληψης του σχήματος και του βάρους του σώματος αποτελεί βασικό χαρακτηριστικό τόσο της Ψυχογενούς Ανορεξίας (ΨΑ) όσο και της Ψυχογενούς Βουλμίας (ΨΒ). Η ΨΑ χαρακτηρίζεται από σοβαρό περιορισμό της θερμιδικής πρόσληψης παρά το γεγονός ότι το άτομο είναι σοβαρά λιποβαρές, ενώ η ΨΒ χαρακτηρίζεται από περιόδους ασυνήθιστα υψηλής θερμιδικής πρόσληψης σε μια σύντομη, διακριτή χρονική περίοδο κατά την οποία το άτομο αισθάνεται ότι δεν έχει κανέναν έλεγχο της διατροφικής του συμπεριφοράς και ακολουθείται από ακραία μέτρα κάθαρσης (π.χ. χρήση καθαρτικών, εμετός, μεγάλη άσκηση). Τα άτομα με BED βιώνουν την ίδια περίοδο ασυνήθιστα υψηλής θερμιδικής πρόσληψης και έλλειψης ελέγχου της διατροφικής τους συμπεριφοράς, όπως παρατηρείται στην ΨΒ, αλλά δεν λαμβάνουν ακραία μέτρα κάθαρσης μετά το επεισόδιο αδηφαγίας. Οι OSFEDs αναφέρονται σε μια κατηγορία Διατροφικών Διαταραχών όπου το άτομο πληροί ένα μέρος των

κριτηρίων για ΨΑ, ΨΒ και/ή BED αλλά δεν πληροί αρκετά από αυτά τα κριτήρια ώστε να χαρακτηριστεί ως κλινική Διατροφική Διαταραχή (APA, DSM V, 2013).

Η **Ψυχογενής Ανορεξία** φαίνεται να είναι πολύ πιο διαδεδομένη ιδίως στις γυναίκες, για τις οποίες η ελκυστικότητα συνδέεται με την αδυναμία. Ο επιπολασμός της Ψυχογενούς Ανορεξίας κατά τη διάρκεια της ζωής στις γυναίκες είναι περίπου 0,5%. Τα άτομα που βρίσκονται κάτω από το κατώφλι της διαταραχής (δηλ. με Διατροφική Διαταραχή Μη Καθορισμένη Αλλιώς) απαντώνται συχνότερα. Ο επιπολασμός της Ψυχογενούς Ανορεξίας στους άνδρες είναι περίπου το ένα δέκατο του επιπολασμού στις γυναίκες. Με τους ακόλουθους τύπους προσδιορίζεται η παρουσία ή η απουσία τακτικής αδηφαγίας (binge eating) ή κάθαρσης (purging) κατά τη διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου της Ψυχογενούς Ανορεξίας:

Περιοριστικός τύπος. Η απώλεια βάρους επιτυγχάνεται κυρίως μέσω δίαιτας, νηστείας ή υπερβολικής άσκησης. Κατά τη διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου, τα άτομα αυτά δεν έχουν εμπλακεί τακτικά σε αδηφαγία ή κάθαρση.

Τύπος αδηφαγίας/καθαρισμού. Το άτομο έχει εμπλακεί τακτικά σε αδηφαγία ή κάθαρση (ή και τα δύο) κατά τη διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου. Τα περισσότερα άτομα με Ψυχογενή Ανορεξία που τρώνε με αδηφαγία καθαρίζουν επίσης μέσω αυτοπροκαλούμενου εμετού ή κατάχρησης καθαρτικών, διουρητικών ή κλύσματος. Ορισμένα άτομα αυτού του τύπου δεν τρώνε με αδηφαγία, αλλά κάνουν τακτικά κάθαρση μετά την κατανάλωση μικρών ποσοτήτων τροφής. Επιδίδονται δε σε αυτές τις συμπεριφορές τουλάχιστον εβδομαδιαίως.

Τα βασικά χαρακτηριστικά της **Ψυχογενούς Βουλιμίας** είναι η αδηφαγία και οι ακατάλληλες αντισταθμιστικές μέθοδοι για την αποφυγή της αύξησης του βάρους. Επιπλέον, η αυτοαξιολόγηση των ατόμων με Ψυχογενή Βουλιμία επηρεάζεται υπερβολικά από το σχήμα και το βάρος του σώματος. Τουλάχιστον το 90% των

ατόμων με Ψυχογενή Βουλιμία είναι γυναίκες. Άνδρες με Ψυχογενή Βουλιμία έχουν υψηλότερο επιπολασμό προνοσηρής παχυσαρκίας από ό,τι οι γυναίκες με Ψυχογενή Βουλιμία. Ο επιπολασμός της Ψυχογενούς Βουλιμίας κατά τη διάρκεια της ζωής στις γυναίκες είναι περίπου 1%-3% ενώ το ποσοστό εμφάνισης αυτής της διαταραχής στους άνδρες είναι περίπου το ένα δέκατο αυτού των γυναικών. Με τους ακόλουθους τύπους προσδιορίζεται η παρουσία ή η απουσία τακτικής χρήσης μεθόδων κάθαρσης ως μέσο αντιστάθμισης της αδηφαγίας:

Τύπος κάθαρσης. Το άτομο έχει εμπλακεί τακτικά σε αυτοπροκαλούμενο έμετο ή σε κατάχρηση καθαρτικών, διουρητικών ή κλύσματος κατά τη διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου.

Μη καθαρτικός τύπος. Το άτομο έχει χρησιμοποιήσει άλλες ακατάλληλες αντισταθμιστικές συμπεριφορές, όπως νηστεία ή υπερβολική άσκηση, αλλά δεν έχει εμπλακεί τακτικά σε αυτοπροκαλούμενο έμετο ή σε κατάχρηση καθαρτικών, διουρητικών ή κλύσματος κατά τη διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου.

Η αναλογία των δύο φύλων είναι πολύ λιγότερο στρεβλή στη **Διαταραχή Αδηφαγίας** από ό,τι στη Ψυχογενή Βουλιμία. Η διαταραχή είναι πιο διαδεδομένη μεταξύ των ατόμων που αναζητούν θεραπεία απώλειας βάρους απ' ό,τι στον γενικό πληθυσμό.

Τα ακόλουθα διαγνωστικά κριτήρια σχετικά με τις Διατροφικές Διαταραχές έχουν αντληθεί από το «American Psychiatric Association» (APA; DSM V, 2013).

Διαγνωστικά Κριτήρια Ψυχογενούς Ανορεξίας

A. Περιορισμός της ενεργειακής πρόσληψης σε σχέση με τις ανάγκες, που οδηγεί σε σημαντικά χαμηλό σωματικό βάρος στο πλαίσιο της ηλικίας, του φύλου,

της αναπτυξιακής πορείας και της σωματικής υγείας. Ως σημαντικά χαμηλό βάρος ορίζεται το βάρος που είναι μικρότερο από το ελάχιστο φυσιολογικό ή, για τα παιδιά και τους εφήβους, μικρότερο από το ελάχιστο αναμενόμενο.

B. Έντονος φόβος του ατόμου να πάρει βάρος ή να γίνει παχύ, ή επίμονη συμπεριφορά που παρεμποδίζει την αύξηση του βάρους, ακόμη και αν βρίσκεται σε σημαντικά χαμηλό βάρος.

Γ. Διαταραχή στον τρόπο με τον οποίο βιώνεται το σωματικό βάρος ή το σχήμα του ατόμου, αδικαιολόγητη επιρροή του σωματικού βάρους ή του σχήματος στην αυτοαξιολόγηση ή επίμονη έλλειψη αναγνώρισης της σοβαρότητας του τρέχοντος χαμηλού σωματικού βάρους.

Διαγνωστικά Κριτήρια Ψυχογενούς Βουλιμίας

A. Επαναλαμβανόμενα επεισόδια αδηφαγίας. Ένα επεισόδιο αδηφαγίας χαρακτηρίζεται και από τα δύο ακόλουθα:

✓ Κατανάλωση, σε μια διακριτή χρονική περίοδο (π.χ. μέσα σε οποιαδήποτε περίοδο 2 ωρών), μιας ποσότητας τροφής που είναι σαφώς μεγαλύτερη από αυτή που τα περισσότερα άτομα θα έτρωγαν σε παρόμοια χρονική περίοδο υπό παρόμοιες συνθήκες.

✓ Αίσθημα έλλειψης ελέγχου της κατανάλωσης φαγητού κατά τη διάρκεια του επεισοδίου (π.χ. αίσθημα ότι δεν μπορεί κανείς να σταματήσει να τρώει ή να ελέγξει τι ή πόσο τρώει).

B. Επαναλαμβανόμενες ακατάλληλες αντισταθμιστικές συμπεριφορές προκειμένου να αποφευχθεί η αύξηση του σωματικού βάρους, όπως

αυτοπροκαλούμενος έμετος, κατάχρηση καθαρτικών, διουρητικών ή άλλων φαρμάκων, νηστεία ή υπερβολική άσκηση.

Γ. Η αδηφαγία και οι ακατάλληλες αντισταθμιστικές συμπεριφορές συμβαίνουν και οι δύο, κατά μέσο όρο, τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα για 3 μήνες.

Δ. Η αυτοαξιολόγηση επηρεάζεται αδικαιολόγητα από το σχήμα και το βάρος του σώματος.

Ε. Η διαταραχή δεν εμφανίζεται αποκλειστικά κατά τη διάρκεια επεισοδίων Ψυχογενούς Ανορεξίας.

Διαγνωστικά Κριτήρια Αδηφαγίας

A. Επαναλαμβανόμενα επεισόδια αδηφαγίας. Ένα επεισόδιο αδηφαγίας χαρακτηρίζεται και από τα δύο ακόλουθα:

✓ Κατανάλωση, σε μια διακριτή χρονική περίοδο (π.χ. μέσα σε οποιαδήποτε περίοδο 2 ωρών), μιας ποσότητας φαγητού που είναι σαφώς μεγαλύτερη από αυτή που οι περισσότεροι άνθρωποι θα έτρωγαν σε παρόμοια χρονική περίοδο υπό παρόμοιες συνθήκες.

✓ Αίσθημα έλλειψης ελέγχου της κατανάλωσης φαγητού κατά τη διάρκεια του επεισοδίου (αίσθημα ότι δεν μπορεί κανείς να σταματήσει να τρώει ή να ελέγξει τι ή πόσο τρώει).

B. Τα επεισόδια αδηφαγίας συνδέονται με τρία (ή περισσότερα) από τα ακόλουθα:

- ✓ Να τρώει κανείς πολύ πιο γρήγορα από το κανονικό.
- ✓ Να τρώει κανείς μέχρι να αισθανθεί κανείς άβολα χορτάτος.
- ✓ Να τρώει κανείς μεγάλες ποσότητες φαγητού όταν δεν αισθάνεται σωματικά πεινασμένος.
- ✓ Να τρώει κανείς μόνος του επειδή νιώθει αμηχανία για το πόσο πολύ τρώει.
- ✓ Αίσθημα αηδίας με τον εαυτό του, κατάθλιψης ή μεγάλης ενοχής μετά.

Γ. Παρουσιάζεται έντονη δυσφορία σχετικά με την αδηφαγία.

Δ. Η αδηφαγία εμφανίζεται, κατά μέσο όρο, τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα για 3 μήνες.

Ε. Η αδηφαγία δεν συνδέεται με την επαναλαμβανόμενη χρήση ακατάλληλης αντισταθμιστικής συμπεριφοράς όπως στη Ψυχογενή Βουλιμία και δεν εμφανίζεται αποκλειστικά κατά τη διάρκεια της πορείας της Ψυχογενούς Βουλιμίας ή της Ψυχογενούς Ανορεξίας.

Διαγνωστικά Κριτήρια Αθλητικής Ανορεξίας (Sundgot-Borgen, 2004)

➤ Έντονος φόβος των αθλητών /-τριων να πάρουν βάρος, παρόλο που είναι λιποβαρείς (τουλάχιστον 5% κάτω από το φυσιολογικό βάρος για την ηλικία και το ύψος).

➤ Μείωση ενεργειακής πρόσληψης, υπερβολικής άσκησης (περισσότερο από όσο απαιτείται για να βελτιώσει της απόδοσης), ή και τα δύο, προκειμένου να μειώσουν το σωματικό βάρος.

➤ Συχνά, εμφάνιση αδηφαγίας, αυτοπροκαλούμενου εμετού και χρήση καθαρτικών ή διουρητικών.

➤ Εμφάνιση υψηλού προσανατολισμού στην επίτευξη, ιδεοψυχαναγκαστικών τάσεων και τελειομανίας, χαρακτηριστικά τα οποία συναντώνται όμως σε αθλητές υψηλών αποδόσεων.

Απαραίτητος είναι ο έλεγχος, με τα ανωτέρω κριτήρια, των ατόμων που παρουσιάζουν σχετικά συμπτώματα από εξειδικευμένο για το σκοπό αυτό προσωπικό, όπως ιατροί, διαιτολόγοι, κτλ (Reel, 2013).

2.2 Διατροφικές Διαταραχές σε αθλητές υγρού στίβου

Οι Dummer G.M. et al. (1987) σε μελέτη που πραγματοποίησαν για τη χρήση τεχνικών τροποποίησης του βάρους από νεαρούς κολυμβητές / -τριες, συνέλεξαν δεδομένα από τετρακόσια ογδόντα επτά (487) κορίτσια και τετρακόσια εξήντα οκτώ (468) αγόρια, ηλικίας εννέα (9) έως δέκα οκτώ (18) ετών, σε μια κατασκήνωση για κολυμβητές / -τριες αγωνιστικού επιπέδου. Η έρευνα αποκάλυψε ότι πολλοί νεαροί κολυμβητές / -τριες είχαν λανθασμένες αντιλήψεις για το σωματικό τους βάρος, με τα κορίτσια να είναι ιδιαίτερα πιθανό να θεωρούν τους εαυτούς τους υπέρβαρα. Επίσης, διαπιστώθηκε ότι οι αποφάσεις των κολυμβητών / -τριών να χάσουν ή να πάρουν βάρος βασίζονταν περισσότερο στην αντίληψη που είχαν για το βάρος τους, η οποία διαμορφωνόταν από τις απόψεις των άλλων, παρά στο πραγματικό τους βάρος. Συναφώς, το 15,4% των κοριτσιών (24,8% των κοριτσιών μετά την εμμηναρχή) και το 3,6% των αγοριών χρησιμοποιούσαν παθογόνες τεχνικές απώλειας βάρους. Τέλος,

εξήχθη το συμπέρασμα ότι οι ανησυχίες των κολυμβητών / -τριών σχετικά με το βάρος φάνηκε να σχετίζονται περισσότερο με τις κοινωνικές επιρροές παρά με τις απαιτήσεις του αθλήματός τους.

Οι Benson J. E. et al. (1990) σε μελέτη που πραγματοποίησαν, διερεύνησαν τη συχνότητα εμφάνισης Διατροφικών Διαταραχών (Eating Disorders-ED), τα επίπεδα πρόσληψης θερμίδων και τις μετρήσεις σωματικού λίπους σε Ελβετίδες αθλήτριες. Για το σκοπό αυτό, τριάντα (30) έφηβες αθλούμενες [δώδεκα (12) αθλήτριες ενόργανης γυμναστικής από την Εθνική ομάδα της Ελβετίας, δέκα οκτώ (18) κολυμβήτριες αγωνιστικού επιπέδου σε περιφερειακό επίπεδο αλλά πιθανότατα όχι αθλήτριες υψηλού επιπέδου] και τριάντα τέσσερις (34) μη αθλούμενες έφηβες Ελβετίδες αξιολογήθηκαν ως προς τις τάσεις για διατροφικές διαταραχές και την ενασχόληση με το βάρος, χρησιμοποιώντας το «Eating Disorders Inventory-EDI» (David M. Garner, 1983)³. Η πρόσληψη θερμίδων υπολογίστηκε από αρχεία πρόσληψης επτά (7) ημερών. Η σύνθεση του σώματος προσδιορίστηκε με τη χρήση μετρήσεων δερματικών πτυχών (skinfold method) (Davis, 2018)⁴. Οι αθλήτριες χωρίστηκαν σε δύο (2) ομάδες, σε εκείνες που το λεπτό σώμα (leanness) παίζει μεγάλο ρόλο στο άθλημα με το οποίο ασχολούνται [δώδεκα (12) αθλήτριες ενόργανης γυμναστικής, μέση ηλικία = 12,5 +/- 1,1 έτη] και εκείνες που το άθλημα με το οποίο ασχολούνται δεν δίνει έμφαση στο λεπτό σώμα [δέκα οκτώ (18)

3 Το Eating Disorder Inventory (EDI) είναι ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς (self-reporting) που χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση της παρουσίας Διατροφικών Διαταραχών, (α) Ψυχογενής Ανορεξία τόσο περιοριστικού όσο και αδηφαγικού τύπου (β) Ψυχογενής Βουλιμία και (γ) Διατροφική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Διαφορετικά, συμπεριλαμβανομένης της αδηφαγίας. Το αρχικό ερωτηματολόγιο αποτελούνταν από εξήντα τέσσερις (64) ερωτήσεις, χωρισμένες σε οκτώ (8) υποκλίμακες. Δημιουργήθηκε από τους Garner David M., Olmstead Marion, Polivy Janet (Spring 1983).

4 Η μέθοδος των δερματικών πτυχών (δαγκάνα) είναι ένας τρόπος για τον προσδιορισμό της σύστασης του σώματος. Η μέθοδος των δερματικών πτυχών χρησιμοποιεί ειδικά σχεδιασμένα παχύμετρα για τη μέτρηση του πάχους των δερματικών πτυχών που λαμβάνονται από διάφορα συγκεκριμένα σημεία του σώματος. Τα πάχη των δερματικών πτυχών συσχετίζονται με το ποσοστό σωματικού λίπους χρησιμοποιώντας πίνακες ή εξισώσεις που δημιουργήθηκαν με τη διενέργεια μετρήσεων της σύστασης του σώματος σε πολλά άτομα τόσο με μετατόπιση όσο και με δερματικές πτυχώσεις.

κολυμβήτριες, μέση ηλικία = 12,8 +/- 0,9 έτη]. Οι μη αθλούμενες μαθήτριες (μέση ηλικία = 13,4 +/- 1,2 έτη) χρησίμευσαν ως ομάδα ελέγχου (αναφοράς). Η έρευνα έδειξε ότι οι αθλήτριες ενόργανης γυμναστικής είχαν χαμηλότερα επίπεδα σωματικού λίπους και κατανάλωναν λιγότερες θερμίδες από τις κολυμβήτριες ή την ομάδα ελέγχου, αλλά όλες οι ομάδες κατανάλωναν παρόμοιες θερμίδες ανά kg σωματικού βάρους. Η ανάλυση έδειξε ότι παρόμοιος αριθμός κολυμβητριών, αθλητριών ενόργανης γυμναστικής και ομάδας ελέγχου ασχολήθηκε υπερβολικά με το βάρος. Ωστόσο, περισσότερες κολυμβήτριες (38%) σημείωσαν υψηλή βαθμολογία στην υποκλίμακα δυσaréσκειας για το σώμα του EDI σε σχέση με τις αθλήτριες ενόργανης γυμναστικής ή την ομάδα ελέγχου. Στην πραγματικότητα, περισσότερες κολυμβήτριες σημείωσαν υψηλή βαθμολογία σε τρεις (3) υποκλίμακες του EDI σε σύγκριση με τις άλλες ομάδες. Σύμφωνα με προηγούμενες έρευνες τα αποτελέσματα των οποίων αποτυπώνονται στη μελέτη, οι Διατροφικές Διαταραχές είναι πιο διαδεδομένες σε αθλητές, οι οποίοι δεν ήταν υψηλού επιπέδου (Hamilton L. H., 1988), ενώ μελέτες έχουν δείξει ότι η κολύμβηση δεν είναι αποτελεσματική άσκηση για την απώλεια σωματικού λίπους (Gwinup, 1987). Ως εκ τούτου, οι κολυμβητές πιθανόν να μειονεκτούν στις προσπάθειές τους ως προς τον έλεγχο του βάρους. Συμπερασματικά, οι κολυμβήτριες ανησυχούν ιδιαίτερα για την εικόνα του σώματός τους και είναι δυνατό να επιθυμούν ένα λεπτό σώμα περισσότερο για την εμφάνιση παρά για τη βελτίωση της απόδοσής τους. Από τα ανωτέρω εξάγεται το συμπέρασμα ότι οι διαταραχές στη διατροφική συμπεριφορά δεν περιορίζονται στα αθλήματα που δίνουν έμφαση στο λεπτό σώμα.

Οι Taub et al. (1992) πραγματοποίησαν έρευνα στην οποία διερευνήθηκαν τρεις (3) τομείς που σχετίζονται με το βάρος και τις διατροφικές συνήθειες, ήτοι γενικές ανησυχίες σχετικά με το βάρος, χρήση τεχνικών ελέγχου του βάρους και τάσεις προς την ψυχογενή ανορεξία και την ψυχογενή βουλιμία και συναφή συμπεριφορικά / προσωπικά χαρακτηριστικά. Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν από ογδόντα πέντε (85) έφηβους/-ες κολυμβητές/-τριες αγωνιστικού επιπέδου που συμμετείχαν σε μια

καλοκαιρινή κατασκήνωση κολύμβησης σε ένα μεγάλο μεσοδυτικό πανεπιστήμιο των ΗΠΑ. Σύμφωνα με το πολιτισμικό πρότυπο του λεπτού σώματος για τις γυναίκες, οι νεαρές κολυμβήτριες επιθυμούσαν την απώλεια βάρους περισσότερο από τους άνδρες κολυμβητές. Ωστόσο, όσον αφορά τις πραγματικές παθογόνες τεχνικές ελέγχου του βάρους ή τις τάσεις διατροφικής διαταραχής, διαπιστώθηκαν λίγες σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο φύλων. Κανένα από τα δύο φύλα δεν ήταν ιδιαίτερα επιρρεπής σε διατροφικές διαταραχές ή τεχνικές παθογόνου ελέγχου του βάρους.

Οι Ferrand C et al. (2005) σε μελέτη που πραγματοποίησαν, εξέτασαν τις διαστάσεις της αυτοεκτίμησης του σώματος, του Δείκτη Μάζας Σώματος (Body Mass Index-BMI)⁵ και τις σχέσεις τους με τα συμπτώματα Διατροφικών Διαταραχών μεταξύ σαράντα δύο (42) επίλεκτων εφήβων αθλητριών που ασχολούνται με την συγχρονισμένη κολύμβηση αγωνιστικού επιπέδου ($M = 15,4 \pm 1,2$ έτη) και στη συνέχεια τις συνέκριναν με σαράντα (40) αθλήτριες που ασχολούνται με αθλήματα που δεν δίνουν έμφαση στο λεπτό σώμα (non leanness) ($M = 16,5 \pm 0,93$ έτη) και πενήντα (50) μη αθλούμενες φοιτήτριες ($M = 16,3 \pm 1,1$ έτη). Για το σκοπό αυτό, συμπλήρωσαν την «Body-esteem Scale»⁶ (Stephen L. Franzoi, 1984) και την Κλίμακα Διατροφικών Στάσεων (Eating Attitudes Test, EAT-26) και υπολογίστηκε ο BMI. Η ανάλυση έδειξε ότι οι αθλήτριες συγχρονισμένης κολύμβησης ανέφεραν μεγαλύτερα αρνητικά συναισθήματα για την εμφάνισή τους σε σχέση με τις δύο άλλες ομάδες και χαμηλή εικόνα για το πώς οι άλλοι αξιολογούν τη σωματική τους εμφάνιση. Οι συμμετέχουσες δε διέφεραν στην Κλίμακα Διατροφικών Στάσεων (EAT-26).

5 $BMI = \text{WEIGHT}(\text{in kgs}) / \text{HEIGHT}^2(\text{in m}^2)$,
Κατηγορίες BMI: Λιποβαρείς = <18.5, Κανονικό βάρος = 18.5-24.9, Υπέρβαρο = 25-29.9, Παχυσαρκία ≥ 30

6 Η κλίμακα εκτίμησης σώματος των Franzoi και Shields (1984) είναι μια δημοφιλής κλίμακα. Έχει τριάντα πέντε (35) στοιχεία που πρέπει να βαθμολογηθούν σε μια κλίμακα πέντε (5) σημείων, που κυμαίνεται από έντονα αρνητικά συναισθήματα έως έντονα θετικά συναισθήματα.

Οι Beals et al. (2006) σε μελέτη που πραγματοποίησαν, εξέτασαν τον επιπολασμό της διαταραγμένης διατροφής (Disordered Eating-DE), της δυσλειτουργίας της εμμηνου ρύσεως (Menstrual Dysfunction-MD) και της χαμηλής οστικής πυκνότητας (Bone Mineral Density-BMD) μεταξύ εκατόν δώδεκα (112) κολεγιακών αθλητριών των ΗΠΑ σε επτά (7) διαφορετικά αθλήματα (καταδύσεις, κολύμβηση, cross-country, στίβος, τένις, χόκεϊ επί χόρτου και softball) ώστε να προσδιοριστούν οι διαφορές στον επιπολασμό που υπήρχαν μεταξύ των αθλητριών που συμμετείχαν σε αθλήματα στα οποία είναι απαραίτητο λεπτό σώμα (Lean-Build-LB) και σε αθλήματα στα οποία δεν απαιτείται η αθλήτρια να έχει λεπτό σώμα (Non-Lean Build-NLB). Διαπιστώθηκε ότι είκοσι οκτώ (28) αθλήτριες πληρούσαν τα κριτήρια για DE, είκοσι εννέα (29) για MD, και δύο (2) αθλήτριες είχαν χαμηλή BMD. Δέκα (10) αθλήτριες πληρούσαν τα κριτήρια για δύο διαταραχές [μία (1) με διαταραγμένη διατροφή και χαμηλή BMD και εννέα (9) με διαταραγμένη διατροφή και εμμηνορροϊκή δυσλειτουργία], ενώ μόνο μία (1) αθλήτρια πληρούσε τα κριτήρια και για τις τρεις (3) διαταραχές. Με εξαίρεση τη MD, η οποία ήταν σημαντικά πιο διαδεδομένη μεταξύ των αθλητριών LB έναντι των αθλητριών NLB, δεν υπήρχαν διαφορές μεταξύ των ομάδων όσον αφορά τον επιπολασμό μεμονωμένων διαταραχών ή συνδυασμών διαταραχών. Αυτά τα δεδομένα δείχνουν ότι ο συνδυασμένος επιπολασμός της DE, της MD και της χαμηλής BMD μεταξύ των αθλητριών κολεγίου είναι μικρός. Ωστόσο, ένας σημαντικός αριθμός πάσχει από μεμονωμένες διαταραχές της γυναικείας αθλητικής τριάδας (Female Athletic Triad-FAT)⁷ (Nazem, 2012).

Οι Petrie et al. (2008) πραγματοποίησαν μελέτη, στην οποία διακόσιοι τρεις (203) άνδρες αθλητές κολεγίου από τρία πανεπιστήμια συμπλήρωσαν το Ερωτηματολόγιο για τη διάγνωση Διατροφικής Διαταραχής (Questionnaire for Eating Disorder

⁷ Η γυναικεία αθλητική τριάδα είναι ένα σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από την αλληλεπίδραση δυσλειτουργίας της εμμηνου ρύσεως, χαμηλής ενεργειακής διαθεσιμότητας (με ή χωρίς Διατροφική Διαταραχή) και μειωμένης οστικής πυκνότητας.

Diagnosis –QEDD)⁸ (Mintz, 1997) και παρείχαν πληροφορίες σχετικά με την αδηφαγία και τις συμπεριφορές παθογόνου ελέγχου του βάρους. Κανένας από τους συμμετέχοντες δεν ταξινομήθηκε με κλινική Διατροφική Διαταραχή, αν και σχεδόν το 20% ανέφερε επαρκή αριθμό συμπτωμάτων ώστε να θεωρηθεί συμπτωματικός. Λίγο πάνω από το 80% δεν παρουσίασαν σημαντικές ανησυχίες για Διατροφική Διαταραχή και ταξινομήθηκαν ως ασυμπτωματικοί. Το έτος φοίτησης, η φυλή/εθνικότητα, το είδος του αθλήματος και η ηλικία δε σχετίζονταν με το αν οι αθλητές ήταν συμπτωματικοί ή ασυμπτωματικοί. Όσον αφορά τη σωματική μάζα των αθλητών, λιγότεροι από 2% ήταν λιποβαρείς και το 66% ταξινομήθηκε ως υπέρβαροι ή παχύσαρκοι σύμφωνα με τις κατευθυντήριες γραμμές του CDC (Centre for Disease Control and prevention) ενώ πάνω από το 60% ήταν ικανοποιημένοι με το τρέχον σωματικό τους βάρος. Αν και η συχνότητα των παθογόνων συμπεριφορών ήταν χαμηλή, η άσκηση (37%) και η νηστεία/δίαιτα (14,2%) ήταν τα κύρια και δευτερεύοντα μέσα για τον έλεγχο του βάρους ενώ λιγότεροι από 10% χρησιμοποιούσαν εμετό, καθαρτικά ή διουρητικά.

Οι Schtscherbyna A et al. (2009) πραγματοποίησαν μια μελέτη με σκοπό να εκτιμηθεί ο επιπολασμός της γυναικείας αθλητικής τριάδας (Female Athletic Triad-FAT) (Nazem, 2012) σε έφηβες κολυμβήτριες υψηλού επιπέδου. Η μελέτη αυτή εξέτασε εβδομήντα (78) αθλήτριες ηλικίας έντεκα (11) έως δέκα εννέα (19) ετών από το Ρίο ντε Τζανέιρο (Βραζιλία). Προκειμένου να αξιολογηθεί η παρουσία διαταραγμένης διατροφής οι συμμετέχουσες συμπλήρωσαν τρία ερωτηματολόγια [Eating Attitudes Test (Garner DM, 1979) (Garner DM O. M., 1982)⁹, Bulimic

8 Το ερωτηματολόγιο για τη διάγνωση Διατροφικών Διαταραχών (Q-EDD) καθιστά λειτουργικά τα κριτήρια Διατροφικών Διαταραχών της 4ης έκδοσης του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου Ψυχικών Διαταραχών (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV) και κάνει διακριτή τη διαφορά (α) μεταξύ ατόμων με και χωρίς διάγνωση Διατροφικής Διαταραχής, (β) μεταξύ ατόμων με Διατροφικές Διαταραχές, συμπτωματικών και ασυμπτωματικών ατόμων και (γ) μεταξύ ατόμων με διάγνωση ανορεξίας και βουλιμίας.

9 Η κλίμακα (EAT) αποτελεί ένα μέτρο 26 στοιχείων για τα συμπτώματα της Ψυχογενούς Ανορεξίας και έχει τη μορφή αυτοαναφοράς έξι (6) σημείων, αναγκαστικής επιλογής, η οποία χορηγείται και βαθμολογείται εύκολα.

Investigatory Test Edinburgh¹⁰ (Henderson M, 1987) και Body Shape Questionnaire¹¹ (Cooper, 1987). Διαπιστώθηκε ότι το 44,9%, το 19,2% και το 15,4% των αθλητριών πληρούσαν τα κριτήρια για τη διαταραγμένη διατροφή, την ακανόνιστη έμμηνου ρύση και τη χαμηλή οστική μάζα, αντίστοιχα. Μεταξύ των συμμετεχουσών, το 47,4% (37 από τις 78) πληρούσε ένα κριτήριο του FAT, το 15,4% (12 από τους 78) πληρούσε δύο κριτήρια και το 1,3% (1 από τις 78) πληρούσε και τα τρία κριτήρια, που αντιστοιχούν στην ανάπτυξη του συνδρόμου. Μόνο το 35,9% (28 από 78) των αθλητριών δεν παρουσίασε θετικά αποτελέσματα για κανένα από τα κριτήρια που αξιολογήθηκαν. Με βάση τα αποτελέσματα, διαπιστώθηκε ότι, παρότι ο επιπολασμός του FAT ήταν χαμηλός, ένας σημαντικός αριθμός αθλητριών παρουσίασε μερική κατάσταση FAT, ιδίως της διαταραγμένης διατροφής. Η παρούσα μελέτη υπέδειξε την ανάγκη παρακολούθησης των αιτιών αυτών των διαταραχών για τη δημιουργία προληπτικών δράσεων που θα αναστρέψουν ή θα αποφύγουν την ανάπτυξη του συνδρόμου, διαφυλάσσοντας έτσι την υγεία των αθλητριών.

Οι Δούκα Α. et al. (2008) πραγματοποίησαν μια μελέτη με την οποία ανίχνευσαν τις Διατροφικές Διαταραχές (ED) σε αθλήτριες υψηλού επιπέδου του υγρού στίβου (κολύμβηση, υδατοσφαίριση και συγχρονισμένη κολύμβηση). Στην έρευνα συμμετείχαν εβδομήντα έξι (76) αθλήτριες εθνικών ομάδων (κολύμβησης, υδατοσφαίρισης και συγχρονισμένης κολύμβησης) (μέση ηλικία = 20 έτη), κατά τη διάρκεια της προαγωνιστικής περιόδου προετοιμασίας. Οι Διατροφικές Διαταραχές ανιχνεύθηκαν με την Κλίμακα Διατροφικών Στάσεων EAT-13 (Δούκα, Σκορδίλης,

10 Bulimic Investigatory Test, Edinburgh (BITE): Ερωτηματολόγιο για την ανίχνευση και την περιγραφή της αδηφαγίας με κλίμακα για μετρήσεις τόσο των συμπτωμάτων όσο και της σοβαρότητας.

11 Το Ερωτηματολόγιο Σωματικού Σχήματος (Body Shape Questionnaire – BSQ) παρέχει ένα μέσο για τη διερεύνηση του ρόλου των ανησυχιών για το σχήμα του σώματος στην ανάπτυξη, τη διατήρηση και τη θεραπεία της Ψυχογενούς Ανορεξίας και της Ψυχογενούς Βουλιμίας. Αποτελείται από 34 ερωτήσεις που παρουσιάζουν έξι (6) επιλογές απαντήσεων από "πάντα" έως "ποτέ". Η δυσaréσκεια μπορεί να είναι ήπια (βαθμολογία μεταξύ 81 και 110), μέτρια (βαθμολογία μεταξύ 111 και 140), σοβαρή (βαθμολογία μεγαλύτερη ή ίση με 140) ή καθόλου (βαθμολογία μικρότερη ή ίση με 80).

Λαζαράτου & Βάρσου, 2005).¹² Παράλληλα συνυπολογίστηκε ο Δείκτης Μάζας Σώματος (Body Mass Index-BMI). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι αθλήτριες με συνολική βαθμολογία πάνω ή κάτω από το σημείο διαχωρισμού του EAT-13, είχαν σημαντικές διαφορές μεταξύ τους στο BMI. Οι αθλήτριες των τριών (3) αγωνισμάτων διέφεραν μεταξύ τους στην συνολική βαθμολογία του EAT-13, με τις αθλήτριες της συγχρονισμένης να έχουν υψηλότερα σκορ από την υδατοσφαίριση και την κολύμβηση, ενώ τα δύο τελευταία αγωνίσματα δεν είχαν διαφορές μεταξύ τους. Τα τρία αγωνίσματα διέφεραν σημαντικά μεταξύ τους στους παράγοντες του EAT-13 με τους παράγοντες «Προκατοχή με το Φαγητό» και «Σημαντικοί Άλλοι» να διαχωρίζουν σημαντικά τις τρεις (3) ομάδες. Συνολικά φάνηκε ότι στην συγχρονισμένη κολύμβηση, όπου εμφανίζεται υψηλή ενασχόληση με το σωματικό βάρος και το σώμα, για καλύτερες επιδόσεις από νεαρότερες ηλικίες, η προκατοχή με το φαγητό, η επίδραση των σημαντικών άλλων και συνολικά η τάση των αθλητριών να νοσήσουν από Διατροφικές Διαταραχές είναι εντονότερη συγκριτικά με τα άλλα αγωνίσματα του υγρού στίβου.

Οι Melin et al. (2014) αναφέρουν ότι η διαταραγμένη διατροφική (Disordered Eating-DE) συμπεριφορά και οι Διατροφικές Διαταραχές (Eating Disorders-ED) προκαλούν μεγάλη ανησυχία λόγω των συσχετισμών τους με κινδύνους για τη σωματική και ψυχική υγεία και, στην περίπτωση των αθλητών, με μειωμένη απόδοση. Το σύνδρομο που αρχικά ήταν γνωστό ως η τριάδα των αθλητριών (Female Athlete Triad-FAT), επεκτάθηκε και πλέον γίνεται αναφορά στη Σχετική Ενεργειακή Ανεπάρκεια στον Αθλητισμό (Relative Energy Deficiency in Sport / RED-S) (Mountjoy, 2014)¹³, η οποία έχει ένα ευρύτερο φάσμα αρνητικών επιδράσεων στα

12 Η κλίμακα EAT-13 αποτελεί προσπάθεια προσαρμογής στον ελληνικό πληθυσμό της Κλίμακας Διατροφικών Στάσεων EAT-26 (Garner & Garfinkel, 1982) και περιέχει δέκα τρεις (13) ερωτήσεις, ομαδοποιημένες στους παρακάτω παράγοντες: (α) Ενασχόληση με Δίαιτα, (β) Προκατοχή με το Φαγητό και (γ) Σημαντικοί Άλλοι.

13 Το σύνδρομο RED-S αναφέρεται σε διαταραγμένη φυσιολογική λειτουργία που περιλαμβάνει, όχι περιοριστικά, το μεταβολικό ρυθμό, την εμμηνορρυσιακή λειτουργία, την υγεία των

συστήματα του σώματος με λειτουργικές βλάβες τόσο στους άνδρες αθλητές όσο και στις γυναίκες αθλήτριες. Οι αθλητές σε αθλήματα που απαιτούν λεπτό σώμα (leanness) έχουν αυξημένο κίνδυνο για RED-S και την ανάπτυξη EDs/DE. Ειδικοί παράγοντες κινδύνου στα αθλήματα υγρού στίβου που σχετίζονται με το βάρος και τη διαχείριση της σύστασης του σώματος, περιλαμβάνουν τη χρήση στενών μαγιό, και στην περίπτωση των καταδύσεων και της συγχρονισμένης κολύμβησης, τη διατύπωση υποκειμενικών κρίσεων σχετικά με την απόδοση. Ο αναφερόμενος επιπολασμός του DE και του ED σε αθλητικούς πληθυσμούς, συμπεριλαμβανομένων των αθλητών από τα αθλήματα υγρού στίβου, κυμαίνεται από 18 έως 45% στις αθλήτριες και από 0 έως 28% στους άνδρες αθλητές.

Η Ροϊδη Β. (2016) πραγματοποίησε έρευνα ώστε να εξακριβωθεί εάν οι αθλητές και οι αθλήτριες της κολύμβησης αγωνιστικής κατηγορίας εμφανίζουν διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά. Το δείγμα αποτελείτο από εκατόν ογδόντα (180) άτομα. Τα ενενήντα (90) άτομα ήταν αθλητές και αθλήτριες της κολύμβησης αγωνιστικής κατηγορίας από 18 έως και 25 ετών. Τα υπόλοιπα ενενήντα (90) άτομα ήταν η ομάδα ελέγχου, η οποία αποτελείτο από άτομα τα οποία δεν είναι ούτε αθλητές ούτε αθλήτριες με μη συστηματική ενασχόληση με άθληση κατά περίπτωση (το πολύ 2–3 φορές την εβδομάδα). Για την πραγματοποίηση της έρευνας χρησιμοποιήθηκαν ως ερευνητικά εργαλεία η Κλίμακα Διατροφικών Στάσεων (Eating Attitudes Test 26, EAT-26), το Ερωτηματολόγιο Αξιολόγησης Εικόνας Σώματος (Multidimensional Body – Self Questionnaire – MBSRQ)¹⁴ (Cash, 2000) και το Ερωτηματολόγιο Αξιολόγησης Άγχους - Αυτοεκτίμησης του Charles D. Spielberger (State – Trait

οστών, την ανοσία, τη σύνθεση πρωτεϊνών, την καρδιαγγειακή υγεία που προκαλείται από σχετική ενεργειακή ανεπάρκεια.

14 Το MBSRQ είναι ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς εξήντα εννέα (69) ερωτήσεων με το οποίο υπολογίζονται οι στάσεις και οι συμπεριφορές που εμφανίζουν οι άνθρωποι για την προσωπική εκτίμηση της εικόνας του σώματός τους. Εκτιμά διαφορετικές παραμέτρους όπως κλίμακα ικανοποίησης από επιμέρους περιοχές του σώματος (Body-Areas Satisfaction Scale, BASS), εμμονή με τον έλεγχο του σωματικού βάρους (Overweight Preoccupation Scale, OPS) και την εκτίμηση του σωματικού μας βάρους (Self-Classified Weight Scale, SCWS).

Anxiety Inventory – STAI)¹⁵ (Spielberger, 1983). Η έρευνα έδειξε ότι οι αθλητές και οι αθλήτριες συγκεντρώνουν μικρότερη βαθμολογία στο EAT-26 σε αντίθεση με την ομάδα ελέγχου. Επιπλέον, παρατηρήθηκε ότι οι γυναίκες του δείγματος (αθλητές/τριες και μη) είχαν υψηλότερο σκορ στο EAT-26. Το MBRSQ έδειξε ότι οι αθλητές είχαν καλύτερη εικόνα σώματος από την ομάδα ελέγχου και ότι οι άντρες ένιωθαν πως είχαν καλύτερη εικόνα σώματος σε σύγκριση με τις γυναίκες. Τέλος στο STAI διαπιστώθηκε ότι οι γυναίκες είχαν υψηλότερα επίπεδα στρες σε αντίθεση με τους άντρες του δείγματος. Από τα ανωτέρω εξήχθη το συμπέρασμα ότι οι αθλητές και οι αθλήτριες είχαν καλύτερα αποτελέσματα για τις διατροφικές συνήθειες τους (EAT-26) και την εικόνα σώματος τους σε αντίθεση με την ομάδα ελέγχου. Οι γυναίκες είχαν υψηλότερη βαθμολογία από τους άντρες στις διατροφικές συνήθειες, οι άντρες είχαν καλύτερη εικόνα σώματος από τις γυναίκες και οι γυναίκες είχαν υψηλότερα επίπεδα στρες από τους άνδρες.

Οι Oliveira GL et al. (2017) πραγματοποίησαν μελέτη με σκοπό την ανάλυση του επιπολασμού πρόδρομων συνδρόμων Διατροφικών Διαταραχών και δυσαρέσκειας με την εικόνα του σώματος σε εκατόν ένα (101) αθλήτριες διαφορετικών αθλημάτων. Για τους σκοπούς της αξιολόγησης χρησιμοποιήθηκαν δύο εργαλεία, το EAT-26 και το Ερωτηματολόγιο Σωματικού Σχήματος (Body Shape Questionnaire – BSQ) (Cooper, 1987). Από τα αποτελέσματα εξήχθη το συμπέρασμα ότι οι αθλητές που συμμετέχουν κυρίως σε αθλήματα στα οποία απαιτείται ο έλεγχος του σωματικού βάρους (όπως το τρέξιμο, η συγχρονισμένη κολύμβηση, η κωπηλασία και η ενόργανη γυμναστική) παρουσίασαν δυσαρέσκεια για την εικόνα του σώματός τους ενώ διαπιστώθηκε παρουσία παραγόντων κινδύνου για την ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών ακόμη και σε αθλητές που παρουσίαζαν υγιή σύσταση σώματος

15 Το STAI είναι ερωτηματολόγιο αξιολόγησης του άγχους και αποτελείται συνολικά από 40 προτάσεις – συμπεριφορές που αφορούν συναισθήματα και τρόπους αντιμετώπισης διάφορων καταστάσεων. Οι πρώτες 20 προτάσεις αντιστοιχούν σε καταστάσεις και συμπεριφορές των ανθρώπων που διαδραματίζονται εκείνη τη στιγμή που συμπληρώνει το ερωτηματολόγιο και οι υπόλοιπες 20 προτάσεις αποτελούν εκφράσεις που χρησιμοποιούν οι άνθρωποι για να περιγράψουν συνήθως τον εαυτό τους.

σύμφωνα με τα πρότυπα για την ηλικία, την ομάδα και το φύλο. Συγκεκριμένα, από την ανάλυση των Διατροφικών Διαταραχών, διαπιστώθηκε ότι μόνο οι μεγαλύτερης ηλικίας αθλητές συγχρονισμένης κολύμβησης και πανεπιστημίου δεν παρουσίασαν καμία αλλαγή στο EAT-26. Επίσης, οι γυμναστές, οι κωπηλάτες και οι κολυμβητές αισθάνονταν χοντροί σε σχέση με το σωματικό τους βάρος.

Οι Parlov J. et al. (2020) πραγματοποίησαν έρευνα για να διερευνηθούν τα συμπτώματα Διατροφικών Διαταραχών (ED) σε αθλήτριες συγχρονισμένης κολύμβησης με τη χρήση της κλίμακας EAT-26 καθώς και να εξετασθεί η σχέση της συχνότητας και της σοβαρότητας αυτών των συμπτωμάτων με το Δείκτη Μάζας Σώματος (BMI) και τη δυσαρέσκεια για την εικόνα του σώματος. Επιπλέον, συγκρίθηκαν αθλήτριες της συγχρονισμένης κολύμβησης με αθλήτριες άλλου αθλήματος του υγρού στίβου για το οποίο δεν απαιτείται λεπτό σώμα (non-leanness) και συγκεκριμένα με μια ομάδα αθλητριών υδατοσφαίρισης της ίδιας ηλικίας. Το δείγμα αποτελούνταν από τριάντα έξι (36) αθλήτριες συγχρονισμένης κολύμβησης και τριάντα τέσσερις (34) αθλήτριες υδατοσφαίρισης (και οι δύο ηλικίας 13-16 ετών). Η συνολική βαθμολογία του EAT-26 και η υποκλίμακα της δίαιτας παρουσίασαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων. Η διάμεση τιμή της συνολικής βαθμολογίας EAT-26 ήταν υψηλότερη στην ομάδα των αθλητριών συγχρονισμένης κολύμβησης από ό,τι στην ομάδα των παικτριών υδατοσφαίρισης. Τα αποτελέσματα υποδηλώνουν ότι οι αθλήτριες συγχρονισμένης κολύμβησης, στην τυπική αγωνιστική τους ηλικία, παρουσιάζουν υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης Διατροφικών Διαταραχών από ό,τι οι αθλήτριες υδατοσφαίρισης και ότι είναι επίσης επιρρεπείς σε συμπεριφορές ελέγχου του βάρους με δίαιτα για την επίτευξη του επιθυμητού βάρους. Επιπλέον, τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι «καθαρτικές» συμπεριφορές μπορεί να μην αποτελούν κοινή συμπεριφορά ελέγχου του βάρους μεταξύ αυτών των αθλητών. Τα αποτελέσματα επιβεβαιώνουν τα ευρήματα ότι το αθλητικό περιβάλλον στα αθλήματα που απαιτείται λεπτό σώμα (leanness) μπορεί να συμβάλλει στην ανάπτυξη Διατροφικών Διαταραχών. Τα αποτελέσματα συνάδουν επίσης με τα

στοιχεία που δείχνουν ότι οι αθλητές των αθλημάτων που απαιτούν λεπτό σώμα διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν περιοριστικές από ό,τι «καθαρτικές» διατροφικές συμπεριφορές, καθώς οι τελευταίες συνήθως δε συμβάλλουν στη μείωση του σωματικού βάρους.

2.3 Αλλαγή συμπεριφοράς αθλητών μέσα στην καραντίνα

Οι Ammar A. et al. (2020) κατέγραψαν μέσω ηλεκτρονικής έρευνας (ECLB-COVID 19) τις ψυχικές, συναισθηματικές και συμπεριφορικές συνέπειες του κατ' οίκον περιορισμού λόγω COVID-19. Η έρευνα αναρτήθηκε και κοινοποιήθηκε στην πλατφόρμα ηλεκτρονικών ερευνών της Google και προωθήθηκε από τριάντα πέντε (35) ερευνητικούς οργανισμούς από την Ευρώπη, τη Βόρεια Αφρική, τη Δυτική Ασία και την Αμερική. Οι ερωτήσεις αφορούσαν απαντήσεις «πριν» και «κατά τη διάρκεια» της περιόδου περιορισμού. Αναλύθηκαν χίλιες σαράντα επτά (1047) απαντήσεις (54% γυναίκες) από τη Δυτική Ασία (36%), τη Βόρεια Αφρική (40%), την Ευρώπη (21%) και άλλες ηπείρους (3%). Ο κατ' οίκον περιορισμός λόγω COVID-19 προκάλεσε αρνητική επίδραση στην ψυχική ευεξία και τη συναισθηματική κατάσταση, με μεγαλύτερο ποσοστό ατόμων να βιώνουν ψυχοκοινωνικές και συναισθηματικές διαταραχές (+10% έως +16,5%). Αυτές οι ψυχοκοινωνικές επιβαρύνσεις συνδέθηκαν με ανθυγιεινές συμπεριφορές τρόπου ζωής με μεγαλύτερο ποσοστό ατόμων που βίωσαν (i) σωματική (+15,2%) και κοινωνική (+71,2%) αδράνεια, (ii) κακή ποιότητα ύπνου (+12,8%), (iii) ανθυγιεινές συμπεριφορές διατροφής (+10%) και (iv) ανεργία (6%). Αντίθετα, οι συμμετέχοντες επέδειξαν μεγαλύτερη χρήση (+15%) της τεχνολογίας κατά τη διάρκεια της περιόδου εγκλεισμού. Τα ευρήματα αυτά διευκρινίζουν τον κίνδυνο ψυχοκοινωνικής επιβάρυνσης κατά τη διάρκεια της περιόδου κατ' οίκον εγκλεισμού λόγω COVID-19.

Οι Ammar et al. (2020) διεξήγαγαν συναφή διεθνή διαδικτυακή έρευνα για να διευκρινιστούν οι συνέπειες των περιορισμών λόγω COVID-19 στη σωματική

δραστηριότητα και τις διατροφικές συμπεριφορές. Από την επεξεργασία των αποτελεσμάτων διαπιστώθηκε ότι η καραντίνα λόγω πανδημίας COVID-19 είχε αρνητική επίδραση σε όλα τα επίπεδα έντασης της σωματικής δραστηριότητας. Επιπλέον, ο ημερήσιος χρόνος καθιστικής εργασίας αυξήθηκε από πέντε (5) έως οκτώ (8) ώρες την ημέρα. Η κατανάλωση τροφίμων και τα πρότυπα γευμάτων (ο τύπος τροφίμων, κατανάλωση φαγητού εκτός ελέγχου, σνακ μεταξύ των γευμάτων, αριθμός κύριων γευμάτων) ήταν πιο ανθυγιεινά κατά τη διάρκεια του εγκλεισμού, ενώ μόνο η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ μειώθηκε σημαντικά. Συνεπώς, η καραντίνα μετέβαλλε τη σωματική δραστηριότητα και τις διατροφικές συμπεριφορές προς μια κατεύθυνση που θέτει σε κίνδυνο την υγεία.

Οι Pillay et al. (2020) πραγματοποίησαν μια μελέτη για να καταγραφούν οι αντιλήψεις των Νοτιοαφρικανών ελίτ και ημιελίτ αθλητών σχετικά με την επιστροφή στον αθλητισμό (Return To Sport-RTS), τη διατήρηση της φυσικής κατάστασης και άλλων δραστηριοτήτων, τον ύπνο, τη διατροφή, την ψυχική υγεία, την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη και τη γνώση της νόσου COVID-19. Για το σκοπό αυτό, διανεμήθηκε μια έρευνα «Google Forms» σε αθλητές από δέκα πέντε (15) αθλήματα στην τελική φάση (τελευταία εβδομάδα του Απριλίου 2020) της περιόδου αποκλεισμού (lockdown) επιπέδου «5».¹⁶ Το 67% των εξακοσίων ενενήντα δύο (692) ερωτηθέντων ήταν άνδρες. Η πλειονότητα (56%) ανέμενε RTS μετά από 1-6 μήνες. Οι περισσότεροι αθλητές προπονούσαν μόνοι τους (61%), καθημερινά (61%) με μέτρια ένταση (58%) και για 30-60 λεπτά (72%). Κατά τη διάρκεια του ελεύθερου χρόνου οι αθλητές προτιμούσαν την καθιστική από την ενεργητική συμπεριφορά και τα πρότυπα ύπνου άλλαξαν σημαντικά (79%). Σημαντικός αριθμός αθλητών κατανάλωνε υπερβολικές ποσότητες υδατανθράκων. Πολλοί αθλητές ένιωθαν κατάθλιψη (52%) και χρειάζονταν κίνητρα για να παραμείνουν ενεργοί (55%). Από

16 Το «Επίπεδο συναγερμού 5» υποδηλώνει υψηλή εξάπλωση του Covid-19 με χαμηλή ετοιμότητα του συστήματος υγείας, οπότε λαμβάνονται δραστικά μέτρα για τον περιορισμό της εξάπλωσης του ιού.

τα ανωτέρω προκύπτει ότι η πανδημία είχε σωματικές, διατροφικές και ψυχολογικές συνέπειες που μπορεί να επηρεάσουν την ασφαλή RTS και τη γενική υγεία των αθλητών.

Οι Pété et al. (2022) πραγματοποίησαν μια μελέτη, η οποία είχε ως στόχο να προσδιοριστούν τα προφίλ των αθλητών σχετικά με την αντιμετώπιση των επιπτώσεων που προέκυψαν από τα υγειονομικά μέτρα που έλαβαν οι κυβερνήσεις διαφόρων χωρών για την αναχαίτιση της εξάπλωσης της πανδημίας COVID-19 και να συγκριθούν τα επίπεδα άγχους, οι εκτιμήσεις του στρες, οι διαπροσωπικές στρατηγικές αντιμετώπισης καθώς και η διαθεσιμότητα και η εκτίμηση των κύριων πηγών υποστήριξης σε όλα τα προφίλ. Συνολικά πεντακόσιοι είκοσι έξι (526) Γάλλοι αθλητές (271 γυναίκες, 255 άνδρες, μέση ηλικία = 21,87 +/- 8,66 έτη) που αγωνίζονταν σε ομαδικό (10,6%) ή ατομικό άθλημα (89,4%), σε εθνικό έως και ελίτ επίπεδο, απάντησαν σε διαδικτυακό ερωτηματολόγιο κατά τη διάρκεια του αποκλεισμού (καραντίνας). Τα αποτελέσματα της ανάλυσης προφίλ έδωσαν τέσσερα (4) διακριτά προφίλ αντιμετώπισης, δηλ. του αυτάρκους, του εμπλεκόμενου / αφοσιωμένου, του αποφευκτικού, του ενεργητικού και κοινωνικού. Η ανάλυση έδειξε ότι οι αθλητές που ανήκαν στα τέσσερα (4) προφίλ διέφεραν ως προς το άγχος, τις εκτιμήσεις του στρες, την κοινωνική υποστήριξη και τη διαπροσωπική αντιμετώπιση. Οι αυτάρκεις (n=112) εμφάνισαν μέτρια επίπεδα γνωστικής αναδιάρθρωσης (αποδοχή, χιούμορ, θετική αναπλαισίωση) και απόσπαση της προσοχής (απόσπαση της προσοχής, εκτόνωση). Οι αφοσιωμένοι (n = 190) ανέφεραν υψηλά επίπεδα γνωστικής αναδιάρθρωσης και επίλυσης προβλημάτων (σχεδιασμός, ενεργή αντιμετώπιση), καθώς και μέτρια επίπεδα απόσπασης της προσοχής. Οι ενεργητικοί και κοινωνικοί (n = 148) ανέφεραν υψηλά επίπεδα γνωστικής αναδιάρθρωσης, επίλυσης προβλημάτων και απόσπασης της προσοχής, καθώς και καθώς και μέτρια επίπεδα αναζήτησης υποστήριξης (καθοριστική υποστήριξη, συναισθηματική υποστήριξη, θρησκεία). Οι αποφευκτικοί (n = 76) ανέφεραν υψηλότερα επίπεδα αποφυγής (συμπεριφορική απαγκίστρωση, αυτοκατηγορία, άρνηση, χρήση ουσιών)

σε σύγκριση με τα άλλα τρία προφίλ αντιμετώπισης. Εμφάνισαν επίσης μέτρια επίπεδα γνωστικής αναδιάρθρωσης, επίλυσης προβλημάτων και απόσπασης της προσοχής. Τέλος, ανέφεραν υψηλά επίπεδα άγχους, απειλής και ανεξέλεγκτης συμπεριφοράς και εμφανίστηκαν λιγότερο ικανοί να ρυθμίσουν τις αντιδράσεις στις επιπτώσεις της επιδημίας COVID-19.

Οι Buckley et al. (2021) πραγματοποίησαν μια μελέτη με σκοπό να καθορίσουν εάν νυν (n = 93) και πρώην (n = 111) αθλητές βίωσαν επιδείνωση της εικόνας του σώματος, της σχέσης με το φαγητό ή της συμπτωματολογίας Διατροφικών Διαταραχών κατά τη διάρκεια των μεταβατικών φάσεων της πανδημίας COVID-19. Αναλύθηκαν δεδομένα ποιοτικού περιεχομένου ταυτόχρονα με ποσοτικά διατομεακά δεδομένα, με τη χρήση του EAT-26 και ερωτήσεων COVID-19, οι οποίες απαντήθηκαν από τους συμμετέχοντες. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν από τον Απρίλιο έως τον Μάιο του 2020 για να καταγραφούν δεδομένα που αφορούσαν μεταβάσεις που σχετίζονται με την πανδημία και περιελάμβαναν άτομα από σαράντα ένα (41) διαφορετικά ατομικά και ομαδικά αθλήματα, από το επίπεδο συλλόγων έως το επίπεδο διεθνών αγώνων. Από την ανάλυση διαπιστώθηκε ότι υπήρξε απότομη αύξηση στη διαταραγμένη διατροφή σε νυν και πρώην αθλητές ως αποτέλεσμα της αντίδρασης του πρώιμης φάσης του COVID-19. Οι διατροφικές διαταραχές εμφανίστηκαν στο 21,1% των συμμετεχόντων (18% νυν αθλητές n=17, 25% πρώην αθλητές n=26). Υπήρξε σημαντική διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών, αλλά ενδιαφέρον είναι ότι δεν υπήρχαν διαφορές μεταξύ των ομάδων από ατομικά και ομαδικά αθλήματα, το είδος της αθλητικής κατηγορίας (αντοχή, αντιβαρύτητα, αθλήματα με μπάλα, δύναμη, τεχνική και αισθητική) ή το επίπεδο του ανταγωνισμού (σύλλογος, πολιτεία, εθνικό ή διεθνές). Το 34,8% (n = 69) ανέφερε ότι η εικόνα σώματός τους επιδεινώθηκε και το 32,8% (n = 65) ανέφερε ότι η σχέση τους με το φαγητό χειροτέρευσε εξαιτίας και μόνο του COVID-19. Η ποιοτική ανάλυση έδειξε ότι η διαταραγμένη διατροφή εμφανιζόταν κυρίως με τη μορφή της ενασχόλησης με

το σώμα, του ανασταλτικού ελέγχου της τροφής, του φόβου για τις αλλαγές στη σύνθεση του σώματος και της αδηφαγίας.

Οι Haddad et al (2021) ανέφεραν ότι η πανδημία COVID-19 είχε σοβαρές επιπτώσεις στις κοινότητες παγκοσμίως, οδηγώντας σε σημαντικούς περιορισμούς σε όλες τις πτυχές της κοινωνίας, συμπεριλαμβανομένου του αθλητισμού. Η FINA (Fédération Internationale de Natation) έλαβε αρκετές σημαντικές αποφάσεις για την αναβολή ή την ακύρωση σημαντικών κολυμβητικών διοργανώσεων. Οι κολυμβητές δεν μπορούσαν πλέον να συνεχίσουν τη συνήθη προπόνησή τους σε κολυμβητήρια και περιορίστηκαν στα σπίτια τους. Η κρίση του COVID-19 και οι συνέπειές της στην κολυμβητική κοινότητα έχουν δημιουργήσει μια πληθώρα προκλήσεων για τους κολυμβητές σε όλο τον κόσμο, συμπεριλαμβανομένης της διατήρησης του επιπέδου της φυσικής τους κατάστασης και της προετοιμασίας για τη βέλτιστη και ασφαλή επιστροφή στην προπόνηση στην πισίνα και τους αγώνες.

Οι Newbury et al. (2022) πραγματοποίησαν μια μελέτη για να καταγραφεί πώς η καραντίνα (lockdown) των εφήβων κολυμβητών, επηρέασε τις διατροφικές πρακτικές τους. Για το σκοπό αυτό, αναλύθηκαν τριήμερα ημερολόγια διατροφής σε τρεις χρονικές στιγμές: πριν (Ιανουάριος), κατά τη διάρκεια (Απρίλιος) και μετά (Σεπτέμβριος) τον πρώτο αποκλεισμό (lockdown) στο Ηνωμένο Βασίλειο. Δεκατρείς (13) κολυμβητές (ηλικίας 15 ± 1 ετών) από έναν κολυμβητικό σύλλογο υψηλών επιδόσεων υπέβαλαν ημερολόγια διατροφής σε όλες τις χρονικές στιγμές. Κατά τη διάρκεια της καραντίνας, παρατηρήθηκαν χαμηλότερες ποσότητες ενέργειας, πρόσληψης υδατανθράκων, πρωτεΐνης και λίπους. Μετά την καραντίνα δεν διαπιστώθηκαν διατροφικές διαφορές σε σύγκριση με προ της καραντίνας παρά τις λιγότερες ώρες προπόνησης που πραγματοποιήθηκαν. Τα ευρήματα αυτά αναδεικνύουν την ικανότητα των εφήβων κολυμβητών να μεταβάλλουν τη διατροφή τους με βάση τις μεταβαλλόμενες συνθήκες προπόνησής τους, όταν λαμβάνουν υποστήριξη σχετικά με την αθλητική διατροφή. Ωστόσο, ορισμένα άτομα εμφάνισαν

σημάδια υποβέλτιστης διατροφής κατά τη διάρκεια της καραντίνας, τα οποία δεν διορθώθηκαν μόλις συνεχίστηκε η προπόνηση.

Οι Romdhani et al. (2021) διεξήγαγαν μια έρευνα σχετικά με τις επιδράσεις του αποκλεισμού λόγω COVID-19, στους κερκάρδιους ρυθμούς, τον ύπνο, τη διατροφή και τις προπονητικές συμπεριφορές. Συνολικά, τρεις χιλιάδες εννιάκόσιοι έντεκα (3911) αθλητές [μέση ηλικία: 25,1 (εύρος 18-61) έτη, 1764 γυναίκες (45%), 2427 αθλητές ομαδικού αθλητισμού (63%) και 1442 αθλητές υψηλού επιπέδου (37%)] από σαράντα εννέα (49) χώρες συμπλήρωσαν μια διατομεακή έρευνα που περιλάμβανε τα ερωτηματολόγια «Pittsburgh Sleep Quality Index»¹⁷ (Buysse, 1989) και «Insomnia Severity Index»¹⁸ (Bastien, 2001), μαζί με ειδικά σχεδιασμένες ερωτήσεις σχετικά με τον ύπνο, την προπόνηση και τη διατροφική συμπεριφορά. Η ανάλυση των αποτελεσμάτων έδειξε ότι οι βαθμολογίες του δείκτη ποιότητας ύπνου Pittsburgh και του δείκτη σοβαρότητας αϋπνίας αυξήθηκαν από την περίοδο πριν έως και κατά τη διάρκεια του εγκλεισμού. Ο δείκτης ποιότητας ύπνου του Pittsburgh επηρεάστηκε κυρίως από την καθυστέρηση έναρξης του ύπνου, την αποτελεσματικότητα του ύπνου και τον συνολικό χρόνο ύπνου, ενώ ο δείκτης σοβαρότητας της αϋπνίας επηρεάστηκε από την καθυστέρηση έναρξης του ύπνου, την ώρα κατάκλισης και το φαγητό μετά τα μεσάνυχτα. Κατά τη διάρκεια της καραντίνας, οι αθλητές ανέφεραν λιγότερες προπονήσεις ανά εβδομάδα. Οι αθλητές πήγαν για ύπνο και ξύπνησαν αργότερα κατά τη διάρκεια του εγκλεισμού με αυξημένο συνολικό χρόνο ύπνου. Η

17 Ο Δείκτης Ποιότητας Ύπνου του Πίτσμπουργκ (PSQI) είναι ένα ερωτηματολόγιο που αξιολογεί την ποιότητα και τις διαταραχές του ύπνου σε χρονικό διάστημα ενός μήνα. Δεκαεννέα επιμέρους στοιχεία δημιουργούν επτά βαθμολογίες "συνιστωσών": υποκειμενική ποιότητα ύπνου, λανθάνουσα διάρκεια ύπνου, διάρκεια ύπνου, συνήθης αποτελεσματικότητα ύπνου, διαταραχές ύπνου, χρήση φαρμάκων για τον ύπνο και δυσλειτουργία κατά τη διάρκεια της ημέρας.

18 Ο Δείκτης Σοβαρότητας Αϋπνίας (ISI), είναι ένα σύντομο εργαλείο αυτοαναφοράς που μετρά την αντίληψη του ασθενούς για την αϋπνία του. Ο ISI στοχεύει στα υποκειμενικά συμπτώματα και τις συνέπειες της αϋπνίας, καθώς και στο βαθμό ανησυχίας ή δυσφορίας που προκαλούν αυτές οι δυσκολίες. Το περιεχόμενό του αντιστοιχεί εν μέρει στα διαγνωστικά κριτήρια της αϋπνίας. Το ISI περιλαμβάνει επτά στοιχεία που αξιολογούν τη σοβαρότητα των δυσκολιών έναρξης και διατήρησης του ύπνου (τόσο νυχτερινές όσο και πρωίμες πρωινές αφυπνίσεις), την ικανοποίηση από το τρέχον μοτίβο ύπνου, την παρεμβολή στην καθημερινή λειτουργικότητα, τις βλάβες που αποδίδονται στα προβλήματα ύπνου, και το βαθμό δυσφορίας ή ανησυχίας που προκαλείται από το πρόβλημα ύπνου.

διαταραχή του κερκάρδιου κύκλου με τη μεσολάβηση της καραντίνας είχε πιο δυσμενείς επιπτώσεις στην ποιότητα του ύπνου των αθλητών ατομικών αθλημάτων σε σύγκριση με τους αθλητές ομαδικών αθλημάτων, των αθλητών υψηλών επιδόσεων σε σύγκριση με τους αθλητές που δεν ανήκουν στην κατηγορία αυτή και της μεγαλύτερης ηλικίας σε σύγκριση με τους νεότερους αθλητές. Από τα ανωτέρω, εξάγεται το συμπέρασμα ότι οι αλλαγές συμπεριφοράς που προκαλούνται από την καραντίνα μείωσαν την ποιότητα του ύπνου και αύξησαν την αϋπνία στους αθλητές.

Οι Christensen et al. (2021) πραγματοποίησαν μια μελέτη να διερευνηθούν οι σχέσεις μεταξύ της ποιότητας της διατροφής και της κατάστασης της ψυχικής υγείας σε αθλήτριες κολλεγίου κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19, οι οποίες έχουν αυξημένο κίνδυνο να εμφανίσουν συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης, καθώς και διατροφικές ανεπάρκειες. Στη μελέτη αυτή, φοιτήτριες αθλήτριες ενός πανεπιστημίου των ΗΠΑ συμπλήρωσαν τρία ερωτηματολόγια ψυχικής υγείας, την Κλίμακα κατάθλιψης, άγχους και στρες (Depression Anxiety and Stress Scale, DASS-21)¹⁹ (Lovibond, 1995), το Ερωτηματολόγιο ψυχολογικής καταπόνησης αθλητών (Athlete Psychological Strain Questionnaire-APSQ)²⁰ (Rice, 2019) και την Κλίμακα άγχους COVID (COVID Stress Scales-CSS)²¹ (Taylor, 2020). Κάθε αθλήτρια συμπλήρωσε

19 Η Κλίμακα Κατάθλιψης, Άγχους και Στρες - 21 (DASS-21) είναι ένα σύνολο τριών κλιμάκων αυτοαναφοράς που έχουν σχεδιαστεί για να μέτρηση των συναισθηματικών καταστάσεων της κατάθλιψης, του άγχους και του στρες. Κάθε μία από τις τρεις κλίμακες DASS-21 περιέχει επτά (7) στοιχεία, τα οποία χωρίζονται σε υποκλίμακες με παρόμοιο περιεχόμενο. Η κλίμακα κατάθλιψης αξιολογεί τη δυσφορία, την απελπισία, την υποτίμηση της ζωής, την αυτοκαταστροφή, την έλλειψη ενδιαφέροντος/συμμετοχής, ανηδονία και αδράνεια. Η κλίμακα άγχους αξιολογεί την αυτόνομη διέγερση, τις επιδράσεις των σκελετικών μυών, το άγχος κατάστασης και την υποκειμενική εμπειρία αγχώδους συναισθήματος. Η κλίμακα άγχους είναι ευαίσθητη στα επίπεδα χρόνιας μη ειδικής διέγερσης. Αξιολογεί τη δυσκολία χαλάρωσης, τη νευρική διέγερση και την εύκολη αναστάτωση / ταραχή, την ευερεθιστότητα / υπερβολικά αντιδραστικότητα και ανυπομονησία. Οι βαθμολογίες για την κατάθλιψη, το άγχος και το στρες υπολογίζονται αθροίζοντας τις βαθμολογίες για τα σχετικά στοιχεία.

20 Το Ερωτηματολόγιο Ψυχολογικής Καταπόνησης Αθλητών παρέχει βαθμολογίες αποκοπής για τη διάκριση μεταξύ "μέτριου", "υψηλού" και "πολύ υψηλού" επιπέδου ψυχολογικής καταπόνησης σε αθλητές υψηλού επιπέδου.

21 Πρόκειται για μια κλίμακα 36 στοιχείων για τη μέτρηση των αντιδράσεων που σχετίζονται με το στρες ή το άγχος, οι οποίες περιλαμβάνουν το φόβο της μόλυνσης, το φόβο της επαφής με πιθανώς μολυσμένα αντικείμενα ή επιφάνειες, το φόβο για τους ξένους που μπορεί να μεταφέρουν τη

επίσης ένα διαδικτυακό ερωτηματολόγιο ιστορικού διατροφής (Diet History Questionnaire, DHQ-III)²², το οποίο οδήγησε σε έναν δείκτη υγιεινής διατροφής (Healthy Eating Index-HEI). Εβδομήντα επτά (77) συμμετέχουσες συμμετείχαν στην έρευνα αυτή. Οι βαθμολογίες HEI ήταν σταθερά υψηλότερες για τις αθλήτριες με χειρότερη ψυχική υγεία. Οι βαθμολογίες HEI συσχετίστηκαν θετικά σε σημαντικό βαθμό με το άγχος, τις ανησυχίες για την απόδοση, τις συνιστώσες CSS κινδύνου, τη μόλυνση και το τραυματικό άγχος. Παρόλο που τα ευρήματα υποστηρίζουν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ της ποιότητας της διατροφής και των δεικτών ψυχικής υγείας, συμπεριλαμβανομένης της ευρείας σοβαρότητας των συμπτωμάτων ή των στρεσογόνων παραγόντων ειδικά για τον αθλητισμό ή το COVID-19, οι εν λόγω συσχετίσεις ήταν προς την αντίθετη κατεύθυνση που είχε υποθεθεί, ότι δηλαδή διαπιστώθηκε ότι, σε αθλήτριες φοιτήτριες, μια διαίτα υψηλότερης ποιότητας συνδέεται με υψηλότερα ποσοστά άγχους, στρες, κατάθλιψης, αθλητικής ψυχολογικής επιβάρυνσης και άγχους σχετιζόμενου με το COVID-19.

μόλυνση (δηλ. ξενοφοβία που σχετίζεται με την ασθένεια), το φόβο για τις κοινωνικοοικονομικές συνέπειες της πανδημίας, τον καταναγκαστικό έλεγχο και την αναζήτηση διαβεβαίωσης σχετικά με πιθανές απειλές που σχετίζονται με την πανδημία και τα συμπτώματα τραυματικού στρες σχετικά με την πανδημία.

22 Είναι ένα ελεύθερα διαθέσιμο ερωτηματολόγιο συχνότητας κατανάλωσης τροφίμων (FFQ) για χρήση σε ενήλικες, ηλικίας 19 ετών και άνω. Η πιο πρόσφατη έκδοση, το DHQ III, μπορεί να χρησιμοποιηθεί από ερευνητές, κλινικούς ιατρούς ή εκπαιδευτικούς για την αξιολόγηση της πρόσληψης τροφίμων και συμπληρωμάτων διατροφής.

III. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

3.1. Δείγμα

Οι συμμετέχοντες/-ουσες στην έρευνα αυτή ήταν 24 κολυμβητές/-τριες υψηλών επιδόσεων, διαφόρων ηλικιών και των δύο φύλων. Συγκεκριμένα, στην έρευνα συμμετείχαν 13 κολυμβητές, ηλικίας 14-20 ετών και 11 κολυμβήτριες, ηλικίας 15-20 ετών, με μέσο όρο ηλικίας 16,61 και 17,09 αντίστοιχα. Ανήκαν δε σε αθλητικά σωματεία που χρησιμοποιούσαν τις εγκαταστάσεις του κολυμβητηρίου του ΟΑΚΑ για τις προπονήσεις.

3.2. Ερευνητικά εργαλεία

Σε αυτήν την έρευνα, για τον εντοπισμό Διατροφικών Διαταραχών, χρησιμοποιήθηκε η Κλίμακα Διατροφικών Στάσεων EAT-26.

Το EAT-26 είναι ένα τυποποιημένο εργαλείο αυτοαναφοράς που χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση των συμπτωμάτων και συμπεριφορών που χαρακτηρίζουν τις Διατροφικές Διαταραχές. Το EAT-26 αποτελεί βελτίωση (Garner DM O. M., 1982) του αρχικού EAT-40 που δημοσιεύτηκε για πρώτη φορά το 1979 (Garner DM G. P., 1979). Το EAT-26 είναι ιδιαίτερα χρήσιμο ως εργαλείο προσυμπτωματικού ελέγχου, για την αξιολόγηση του «κινδύνου διατροφικής διαταραχής» και μπορεί να χρησιμοποιηθεί από επαγγελματίες ψυχικής υγείας, σχολικούς συμβούλους, προπονητές, και άλλους που ενδιαφέρονται να συλλέξουν πληροφορίες για να καθορίσουν αρχικά εάν ένα άτομο πρέπει να παραπεμφθεί σε ειδικό για να αξιολογηθεί για Διατροφική Διαταραχή (Garner, Rosen and Barry, 1998). Η Κλίμακα Διατροφικών Στάσεων EAT-26 είναι ένα αποτελεσματικό εργαλείο για την ανίχνευση εκδήλωσης διατροφικών διαταραχών αλλά δεν μπορεί από μόνο του να διαγνώσει διαταραχές της διατροφής (Garner & Garfinkel, 1982).

Αποτελείται από 26 ερωτήσεις, για τις οποίες το άτομο καλείται να δηλώσει τη συχνότητα ή το βαθμό που η κάθε πρόταση τον απασχολεί. Οι απαντήσεις κυμαίνονται σε μια κλίμακα σε μορφή Likert, και είναι αμοιβαία αποκλειόμενες και εξαντλητικές. Οι συμμετέχοντες πρέπει να κρίνουν αν η ερώτηση ισχύει «πάντοτε», «συνήθως», «συχνά», «μερικές φορές», «σπάνια» ή «ποτέ». Βαθμολογία 3 δίνεται στην επιλογή «πάντοτε» ενώ βαθμολογία 2 δίνεται για την επιλογή «συνήθως» και βαθμολογία 1 για την επιλογή «συχνά». Δεν δίνεται καμία βαθμολογία (μηδέν) για τις «μη ανορεκτικές» απαντήσεις. Εξαιρέση αποτελεί η ερώτηση υπ' αριθμό 26, όπου η βαθμολογία δίδεται αντίστροφα των επιλογών. Η ολική βαθμολογία του EAT-26 προκύπτει αθροίζοντας το σύνολο των προτάσεων που το απαρτίζουν. Η τελική βαθμολογία του ερωτηματολογίου να κυμαίνεται από 0–78. Ολική βαθμολογία μεγαλύτερη ή ίση του 20 συνεπάγεται μη φυσιολογική διατροφική συμπεριφορά και εμφάνιση συμπτωμάτων Διατροφικών Διαταραχών.

Οι 26 ερωτήσεις χωρίζονται σε τρεις (3) ξεχωριστές υποκλίμακες (subscales), όπου η κάθε πρόταση ανήκει σε μια και μόνο υποκλίμακα, οι οποίες είναι οι εξής: «ενασχόληση με δίαιτες αδυνατίσματος» (dieting), «βουλιμία και ενασχόληση με το φαγητό» (bulimia and food preoccupation) και «έλεγχος της πράξης του τρώγειν» (oral control). Η βαθμολογία της κάθε υποκλίμακας προκύπτει αθροίζοντας τη βαθμολογία όλων των προτάσεων που την απαρτίζουν. Η υποκλίμακα «ενασχόληση με δίαιτες αδυνατίσματος» (dieting) περιλαμβάνει συμπεριφορές σχετικές με την αποφυγή παχυντικών τροφών και την ενασχόληση με το να είσαι πιο αδύνατος. Η υποκλίμακα «βουλιμία και ενασχόληση με το φαγητό» (bulimia and food preoccupation) περιέχει προτάσεις που αντικατοπτρίζουν σκέψεις σχετικά με το φαγητό καθώς και στοιχεία που υποδηλώνουν βουλιμία. Τέλος, η υποκλίμακα «έλεγχος της πράξης του τρώγειν» (oral control) σχετίζεται με τον αυτοέλεγχο του φαγητού και την αντιλαμβανόμενη πίεση από τους άλλους για αύξηση του σωματικού βάρους. Οι δύο πρώτοι παράγοντες είναι πολικά αντίθετοι και φαίνεται να

αντικατοπτρίζουν την επιθυμία περιορισμού της πρόσληψης τροφής που απαντάται σε όλους τους ασθενείς και τη βουλιμία που βιώνει μια συγκεκριμένη υποομάδα. Οι βαθμολογίες των υποκλιμάκων υπολογίζονται με το άθροισμα όλων των στοιχείων που αντιστοιχούν στη συγκεκριμένη κλίμακα:

- Στοιχεία της υποκλίμακας «dieting»: 1, 6, 7, 10, 11, 12, 14,16, 17, 22, 23, 24, 26.
- Στοιχεία της υποκλίμακας «bulimia and food preoccupation»: 3, 4, 9, 18, 21, 25.
- Στοιχεία της υποκλίμακας «oral control»: 2, 5, 8,13,15, 19, 20.

Ακόμα περιλαμβάνονται επτά συμπληρωματικές ερωτήσεις-προτάσεις (από τις οποίες οι τρεις αφορούν μόνο αθλήτριες) και οι απαντήσεις δίνονται με «ναι» ή «όχι».

Επιπλέον, υπολογίστηκε ο Δείκτης Σωματικής Μάζας (ΔΣΜ) (Ancel Keys, 1972) βάσει του δηλωμένου σωματικού βάρους και ύψους των αθλητών /-τριων κολύμβησης που συμμετείχαν στην έρευνα. Για ένα ενήλικα, ΔΣΜ μεταξύ 18.5 έως 24.9 kg/m² αντιστοιχεί άτομο φυσιολογικού βάρους, μεταξύ 25 και 29.9 kg/m² υπέρβαρο άτομο και με ΔΣΜ πάνω από 30 παχύσαρκο άτομο. Τιμές κάτω από 18.5 kg/m² δηλώνουν αδυναμία και ισχνότητα για το άτομο (A healthy lifestyle - WHO recommendations, 2010).

3.3. Διαδικασία

Κατά την επίσκεψη στο χώρο προπόνησης, ήρθα σε επαφή με τους προπονητές των σωματείων, οι οποίοι συμφώνησαν με τη συμμετοχή των αθλητών /

-τριών τους στην έρευνα και τη διανομή των ερωτηματολογίων στους κολυμβητές / -τριες. Στη συνέχεια εξήγησα στους αθλητές / -τριες τον σκοπό της έρευνας και δέχτηκαν να συμμετάσχουν. Ακολούθως, τους δόθηκε το ερωτηματολόγιο καθώς και αναλυτικές διευκρινήσεις / οδηγίες για την συμπλήρωσή του.

3.4. Στατιστική Ανάλυση

Για την ανάλυση των δεδομένων που συλλέχτηκαν κατά τη διάρκεια της έρευνας χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο για τις κοινωνικές Επιστήμες SPSS²³. Συγκεκριμένα, προκειμένου να απαντηθεί:

- Το α. επιμέρους ερώτημα, αρχικά ελέγχθηκε εάν εντοπίζονται ατομικές βαθμολογίες πάνω από το σημείο διαχωρισμού (βαθμολογία>20) και στη συνέχεια υπολογίστηκε το ποσοστό, τόσο στο γενικό δείγμα όσο και ανά φύλο.
- Το β. επιμέρους ερώτημα, υπολογίστηκαν τα στατιστικά στοιχεία (Μ.Ο.) της βαθμολογίας EAT-26 και των επιμέρους υποκλιμάκων αυτού ανά φύλο.
- Το γ. επιμέρους ερώτημα, πραγματοποιήθηκε το «Mann-Whitney U Test».
- Το δ. επιμέρους ερώτημα, πραγματοποιήθηκε σύγκριση με το t-test για ανεξάρτητα δείγματα. Η εξαρτημένη μεταβλητή ήταν ο BMI. Η ανεξάρτητη μεταβλητή ήταν ο διαχωρισμός των αθλητών/-τριών, σύμφωνα με την τάση να εμφανίσουν Διατροφικές Διαταραχές, με δύο επίπεδα: (α) αθλητές/-τριες που σκόραραν κάτω από το σημείο διαχωρισμού (20) και δεν εμφάνιζαν τάση για διατροφικές διαταραχές και (β) αθλητές/-τριες που σκόραραν πάνω από το σημείο διαχωρισμού (20) και άρα, εμφάνιζαν τάση για ΔΔ.

23 Statistical Package for the Social Sciences

➤ Το ε. επιμέρους ερώτημα, ελέγχθηκε η συσχέτιση (correlation) της βαθμολογίας που προέκυψε από το άθροισμα των απαντήσεων των ερωτήσεων του Μέρους Γ του ερωτηματολογίου και της συνολικής βαθμολογίας τόσο EAT-26 όσο και των βαθμολογιών των επιμέρους υποκλιμάκων αυτού.

IV. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

4.1. Εμφάνιση Διατροφικών Διαταραχών

Μετά από έλεγχο των βαθμολογιών που συγκέντρωσε κάθε αθλητής / -τρια στην κλίμακα EAT-26, διαπιστώθηκε ότι κανένας κολυμβητής (0%) δεν ξεπέρασε το σημείο διαχωρισμού (βαθμολογία>20) ενώ δύο (2) κολυμβήτριες (2 στις 11, δηλ. 18%) βρίσκονταν πάνω από το σημείο διαχωρισμού. Ανωτέρω αποτελέσματα μας δίνουν ένα ποσοστό 8% στο γενικό δείγμα για την εμφάνιση συμπτωμάτων διατροφικών διαταραχών.

Πίνακας 4.1. Δημογραφικά και Στατιστικά Στοιχεία Γενικού Δείγματος

ΓΕΝΙΚΟ ΔΕΙΓΜΑ								
	ΗΛΙΚΙΑ	ΒΑΡΟΣ	ΥΨΟΣ	EAT-26	DIETING	BULIMIA	ORAL CONTROL	BMI
N	24	24	24	24	24	24	24	24
M.O.	16.83	65.06	1.74	6.92	3.29	1.58	2.04	21.47
T.A.	1.66	9.05	.085	8.20	5.12	2.18	3.06	1.53
Min	14.00	52.00	1.53	1	0	0	0	17.59
Max	20.00	81.40	1.87	34	20	8	14	23.84

Πίνακας 4.2. Δημογραφικά και Στατιστικά Στοιχεία Κολυμβητών

APPEN								
	ΗΛΙΚΙΑ	ΒΑΡΟΣ	ΥΨΟΣ	EAT-26	DIETING	BULIMIA	ORAL CONTROL	BMI
N	13	13	13	13	13	13	13	13
M.O.	16.61	69.57	1.76	3.54	1.23	1.46	.85	22.31
T.A.	1.71	8.75	.096	1.45	1.23	1.71	.801	.99
Min	14.00	52.00	1.53	1	0	0	0	20.76
Max	20.00	81.40	1.87	6	3	5	2	23.84

Πίνακας 4.3. Δημογραφικά και Στατιστικά Στοιχεία Κολυμβητριών

ΘΗΛΥ								
	ΗΛΙΚΙΑ	ΒΑΡΟΣ	ΥΨΟΣ	EAT-26	DIETING	BULIMIA	ORAL CONTROL	BMI
N	11	11	11	11	11	11	11	11
M.O.	17.09	59.72	1.70	10.91	5.73	1.73	3.45	20.49
T.A.	1.64	6.23	.061	10.95	6.81	2.72	4.08	1.51
Min	15.00	52.00	1.62	3	0	0	0	17.59
Max	20.00	70.00	1.80	34	20	8	14	22.86

4.2. Συγκριτικός έλεγχος σε σχέση με το φύλο

Κατόπιν υπολογισμού των στατιστικών στοιχείων της βαθμολογίας του EAT-26 και των επιμέρους υποκλιμάκων αυτού ανά φύλο (Πίνακες 4.2. και 4.3.) διαπιστώνουμε ότι οι κολυμβήτριες συγκεντρώνουν υψηλότερη βαθμολογία τόσο ως προς το σύνολο όσο και στις επιμέρους υποκλίμακες.

4.3. Mann-Whitney U Test

Πραγματοποιήθηκε το «Mann-Whitney U Test», το οποίο κατέδειξε ότι το συνολικό σκορ EAT-26, οι υποκλίμακες «DIETING», «ORAL CONTROL» και το BMI μπορούσαν να διαχωρίσουν τους συμμετέχοντες σε σχέση με το φύλο (p -value<0.05) σε αντίθεση με την υποκλίμακα «BULIMIA AND FOOD PREOCCUPATION» (p -value>0.05).

Πίνακας 4.4. Αποτελέσματα Mann-Whitney U Test

Hypothesis Test Summary				
	Null Hypothesis	Test	Sig.^{a,b}	Decision
1	The distribution of EAT-26 is the same across categories of ΦΥΛΟ.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	.030 ^c	Reject the null hypothesis.
2	The distribution of DIETING is the same across categories of ΦΥΛΟ.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	.030 ^c	Reject the null hypothesis.
3	The distribution of BULIMIA is the same across categories of ΦΥΛΟ.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	.865 ^c	Retain the null hypothesis.
4	The distribution of ORAL CONTROL is the same across categories of ΦΥΛΟ.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	.041 ^c	Reject the null hypothesis.
5	The distribution of BMI is the same across categories of ΦΥΛΟ.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	.003 ^c	Reject the null hypothesis.
a. The significance level is .050.				
b. Asymptotic significance is displayed.				

4.4. T-Test

Πραγματοποιήθηκε σύγκριση με το t-test για ανεξάρτητα δείγματα για να εξακριβωθεί εάν υφίσταται σχέση μεταξύ της συνολικής βαθμολογίας του EAT-26 και του Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ), κατά την περίοδο της πανδημίας. Βρέθηκε $F=1.39$ με στατιστική σημαντικότητα $p=0.25$, (Levene's Test for Equality of Variances), ενώ η στατιστική σημαντικότητα για την ισότητα του M.O. βρέθηκε $p=0.035 < 0.05$.

Πίνακας 4.5. T-Test Group Statistics

	ΑΘΡΟΙΣΜΑ	N	M.O.	T.A.	ΣΦΑΛΜΑ T.A.
BMI	≥ 20	2	19.32	2.44	1.73
	< 20	22	21.67	1.35	.29

Τα δύο επίπεδα έχουν ίδια διακύμανση, καθώς το p-value (Sig.) > 0.05 στο Levene's Test (Πίνακας 4.6). Επειδή το p-value είναι < 0.05 (p-value = 0.035) απορρίπτουμε την μηδενική υπόθεση, δηλ. ότι δεν θα υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στον Δείκτη Μάζας Σώματος (BMI) για αθλητές/-τριες πάνω και κάτω από το σημείο διαχωρισμού.

Επίσης, στον Πίνακα 4.5, παρατηρούμε ότι ο Μ.Ο. του BMI είναι μικρότερος για βαθμολογία EAT-26 πάνω από το κατώφλι διαχωρισμού απ' ότι για βαθμολογίες μικρότερες του είκοσι.

Ελέγχοντας το BMI του γυναικείου φύλου και λαμβάνοντας υπόψη ότι το ανορεκτικό πρότυπο στο BMI θα μας έδινε ισούται με 17.519 (Reel, 2013), συμπεραίνουμε για τις αθλήτριες ότι δεν έχουν περάσει το φάσμα της επικινδυνότητας.

Πίνακας 4.6. Αποτελέσματα T-Test

Independent Samples Test											
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means							
		F	Sig.	t	df	Significance		Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
						One-Sided p	Two-Sided p			Lower	Upper
BMI	Equal variances assumed	1.39	.25	-2.25	22	.02	.035	-2.35	1.05	-4.52	-.18
	Equal variances not assumed			-1.34	1.06	.20	.34	-2.35	1.75	-22.02	17.31

4.5. Correlation

Ελέγχθηκε η συσχέτιση (correlation) μεταξύ της βαθμολογίας που προέκυψε από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις του Μέρους Γ του ερωτηματολογίου που χορηγήθηκε κατά τη διάρκεια της έρευνας και της βαθμολογίας στο EAT-26 όπως επίσης και των επιμέρους βαθμολογιών των υποκλιμάκων «DIETING», «BULIMIA AND FOOD PREOCCUPATION», «ORAL CONTROL». Κατόπιν επεξεργασίας των δεδομένων, διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση της συνολικής βαθμολογίας του ερωτηματολογίου αυτού με όλες τις μεταβλητές πλην της «ORAL CONTROL».

Πίνακας 4.7. Correlation μεταξύ EAT-26, υποκλίμακες, και ερωτήσεις

		EAT-26	DIETING	BULIMIA	ORAL CONTROL	SUM OF QUESTIONS
EAT-26	Pearson Correlation	1	.886**	.643**	.740**	.564**
	Sig. (2-tailed)		<.001	<.001	<.001	.004
	N	24	24	24	24	24
DIETING	Pearson Correlation	.886**	1	.380	.430*	.525**
	Sig. (2-tailed)	<.001		.067	.036	.008
	N	24	24	24	24	24
BULIMIA	Pearson Correlation	.643**	.380	1	.374	.596**
	Sig. (2-tailed)	<.001	.067		.072	.002
	N	24	24	24	24	24
ORAL CONTROL	Pearson Correlation	.740**	.430*	.374	1	.207
	Sig. (2-tailed)	<.001	.036	.072		.332
	N	24	24	24	24	24
SUM OF QUESTIONS	Pearson Correlation	.564**	.525**	.596**	.207	1
	Sig. (2-tailed)	.004	.008	.002	.332	
	N	24	24	24	24	24
**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).						
*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).						

V. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν να ανιχνεύσει την εκδήλωση διατροφικών διαταραχών σε αθλητές/ -τριες κολύμβησης υψηλού επίπεδου την περίοδο της καραντίνας.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι εντοπίζονται Διατροφικές Διαταραχές (ΔΔ) στους κολυμβητές /-τριες υψηλού επίπεδου, κατά τη διάρκεια της καραντίνας που επιβλήθηκε λόγω της πανδημίας COVID-19, σε ποσοστό 8% στο γενικό δείγμα. Επιπλέον, η ποιοτική ανάλυση προσδιόρισε ότι 2 από τις 11 συνολικά αθλήτριες της κολύμβησης, είχαν βαθμολογία από 20 και άνω (18%) , δηλαδή εμφάνισαν τάση για ΔΔ. Αντιθέτως, δεν εμφανίστηκαν κολυμβητές που να είχαν βαθμολογία ίση και πάνω από 20, δηλαδή δεν εμφάνιζαν τάση για ΔΔ.

Επιπλέον, οι απαντήσεις που έδωσαν οι αθλήτριες της κολύμβησης, στο EAT-26 αλλά και στις επιμέρους υποκλίμακες, συγκέντρωσαν υψηλότερη βαθμολογία κατά Μ.Ο. από τις απαντήσεις κολυμβητών. Παρατηρούμε, επίσης, ότι ο Μ.Ο. του ΔΜΣ στο γυναικείο φύλο είναι μικρότερος απ' ότι στους άνδρες.

Όπως προκύπτει από την στατιστική ανάλυση, η συνολική βαθμολογία EAT-26 καθώς και οι επιμέρους βαθμολογίες των υποκλιμάκων του EAT-26, μπορούν να διαχωρίσουν τους συμμετέχοντες στην έρευνα σε σχέση με το φύλο (αποτέλεσμα στατιστικά σημαντικό αφού $p\text{-value}<0.05$), πλην της υποκλίμακας «BULIMIA AND FOOD PREOCCUPATION» ($p\text{-value}>0.05$).

Εξετάστηκαν, επιπλέον οι διαφορές στο ΔΜΣ ανάμεσα σε αθλητές / -τριες με και χωρίς την τάση να εκδηλώσουν ΔΔ (σημείο διαχωρισμού =20), σύμφωνα με τις απαντήσεις τους στο EAT-26. Αναμένονταν οι αθλητές / -τριες με τάση για ΔΔ και συνολικό σκορ ίσο ή πάνω από το σημείο διαχωρισμού (cut off score), να έχουν

χαμηλότερο ΔΣΜ από τις αθλητές / -τριες με σκορ κάτω από 20 (χωρίς την τάση να εκδηλώσουν ΔΔ). Τα αποτελέσματα επιβεβαίωσαν την ερευνητική μας υπόθεση, ότι δηλαδή υπάρχει σχέση μεταξύ ΔΜΣ και συνολικής βαθμολογίας EAT-26.

Τέλος, οι ερωτήσεις (κυρίως οι τρεις πρώτες) του Μέρους Γ του ερωτηματολογίου που χορηγήθηκε κατά τη διάρκεια της ερευνάς παραπέμπουν στην βουλιμία. Παρ' ότι το άθροισμα των βαθμολογιών των απαντήσεων του ερωτηματολογίου αυτού εμφανίζει συσχέτιση τόσο με την συνολική βαθμολογία EAT-26 όσο και με τις επιμέρους υποκλίμακες πλην της υποκλίμακας «ORAL CONTROL» (Pearson Correlation=.207, $p=.332>0.05$) (αποτέλεσμα στατιστικά σημαντικό), παρατηρούμε πιο ισχυρή συσχέτιση με την υποκλίμακα «BULIMIA AND FOOD PREOCCUPATION» (Pearson Correlation=.596, $p=0.002<0.01$, αποτέλεσμα στατιστικά σημαντικό). Οι τρεις τελευταίες ερωτήσεις που αφορούν το γυναικείο φύλο, κατόπιν ελέγχου των απαντήσεων, δεν μας έδωσαν κάποια σημαντική πληροφορία που να μας οδηγεί στο συμπέρασμα για την εμφάνιση τάσης ΔΔ (όλες οι απαντήσεις οδηγούν στο συμπέρασμα ομαλής έμμηνου ρήσης).

Τα ανωτέρω αποτελέσματα συμφωνούν με ευρήματα από προηγούμενες έρευνες που παρατέθηκαν στην ανασκόπηση. Πράγματι, από μελέτες γνωρίζουμε ότι ο επιπολασμός των Διατροφικών Διαταραχών είναι υψηλότερος σε αθλήτριες από ότι σε αθλητές (Sundgot-Borgen & Torstveit, 2004). Επίσης, οι αθλητές υψηλού επιπέδου εμφανίζουν την τάση ανάπτυξης διαταραχών διατροφής (Hamilton L. H., 1988), (Picard, 1999). Άλλη μελέτη έδειξε ότι η κατανάλωση τροφίμων και τα πρότυπα γευμάτων (ο τύπος τροφίμων, κατανάλωση φαγητού εκτός ελέγχου, σνακ μεταξύ των γευμάτων, αριθμός κύριων γευμάτων) στο γενικό πληθυσμό ήταν πιο ανθυγιεινά κατά τη διάρκεια της καραντίνας (Ammar, 2020). Επιπλέον, σημαντικός αριθμός αθλητών / -τριών κατανάλωναν υπερβολικές ποσότητες υδατανθράκων κατά τη διάρκεια της καραντίνας (Pillay, 2020). Τέλος, διαπιστώθηκε αύξηση στη διαταραγμένη διατροφή σε αθλητές ως αποτέλεσμα της αντίδρασης στην πρόωμη

φάση του COVID-19, με το 18% των ενεργών αθλητών να εμφανίζει διατροφικές διαταραχές. Στην ίδια έρευνα διαπιστώθηκε σημαντική διαφορά στην εμφάνιση Διατροφικών Διαταραχών μεταξύ ανδρών και γυναικών (Buckley, 2021). Ανωτέρω διαπιστώσεις έρχονται σε συμφωνία με τα ευρήματά μας, δηλαδή εμφάνιση ΔΔ σε ποσοστό 8% στο γενικό δείγμα και σημαντική διαφορά στην εμφάνιση αυτών μεταξύ των δύο φύλων, κατά τη διάρκεια της καραντίνας. Προσεγγίζοντας το ζήτημα της διαφοράς εμφάνισης ΔΔ μεταξύ των δύο φύλων από άλλη οπτική γωνία, διαπιστώσαμε επίσης ότι το σκορ στο EAT-26 διαχωρίζει τους αθλητές σε σχέση με το φύλο.

Επιπλέον, το ποσοστό εμφάνισης ΔΔ ανά φύλο συμφωνεί με τα αποτελέσματα ανασκόπησης που πραγματοποιήθηκε αναφορικά με τις Διατροφικές Διαταραχές, σύμφωνα με την οποία η διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά και οι Διατροφικές Διαταραχές σε αθλητικούς πληθυσμούς, συμπεριλαμβανομένων αθλητών του υγρού στίβου, κυμαίνεται από 18% έως 45% σε αθλήτριες και από 0% έως 28% σε αθλητές (Melin, 2014).

Λαμβάνοντας υπόψη τη διαπίστωση από τις ανωτέρω έρευνες ότι, κατά τη διάρκεια της καραντίνας, η κατανάλωση τροφίμων ήταν εκτός ελέγχου και η ποιότητα τροφής υποβαθμίστηκε, αναμενόταν η εμφάνιση Διατροφικών Διαταραχών που σχετίζεται με την υπερβολική κατανάλωση φαγητού (π.χ. βουλιμία). Από τα ευρήματά μας δεν επιβεβαιώθηκε η ανωτέρω υπόθεση, αφού η ενίσχυση της διαταραγμένης διατροφής κατά τη διάρκεια της καραντίνας, δε φαίνεται να οδήγησε σε παθολογικές καταστάσεις σχετιζόμενες με τη βουλιμία.

Επιβεβαιώθηκε επίσης η συσχέτιση μεταξύ της κλίμακας EAT-26 και των ερωτήσεων του Μέρους Γ του ερωτηματολογίου και κυρίως της υποκλίμακας «BOYΛΙΜΙΑ», χωρίς όμως να εντοπίσουμε υψηλά σκορ στην υποκλίμακα αυτή κατά τη διάρκεια της καραντίνας.

Τέλος, παρατηρούμε ότι η βαθμολογία του EAT-26 και ο Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) εμφανίζουν συσχέτιση και κατά την περίοδο της πανδημίας. Τα αποτελέσματα συμφωνούν με έρευνα στην οποία διαπιστώθηκε ότι οι αθλητές με τάση να παρουσιάζουν ΔΔ, εμφανίζουν χαμηλότερες βαθμολογίες ΔΜΣ σε σύγκριση με εκείνους που δεν είχαν τάση για ΔΔ (Δούκα, 2008).

VI. ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ, ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ, ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Από την παρούσα μελέτη προκύπτουν σημαντικά ευρήματα όσον αφορά την εμφάνιση Διατροφικών Διαταραχών των ατόμων του δείγματος κατά την περίοδο της καραντίνας λόγω της πανδημίας COVID-19.

Στην συγκεκριμένη έρευνα διαπιστώσαμε ότι όλοι οι αθλητές και οι περισσότερες αθλήτριες (9 στις 11, δηλ. 81.82 %) της κολύμβησης δεν παρουσίασαν Διατροφικές Διαταραχές κατά τη διάρκεια της καραντίνας. Επίσης, επιβεβαιώθηκε η διαπίστωση ότι οι γυναίκες έχουν την τάση να εμφανίζουν Διατροφικές Διαταραχές σε μεγαλύτερο βαθμό από ό,τι οι άνδρες, ακόμη και στην περίοδο της καραντίνας. Επιπλέον, η υποβάθμιση της ποιότητας της διατροφής κατά την περίοδο της καραντίνας δε φαίνεται να οδήγησε σε αύξηση των Διατροφικών Διαταραχών σχετιζόμενων με τη βουλιμία στο χώρο της κολύμβησης.

Διαπιστώθηκε επίσης ισχυρή συσχέτιση μεταξύ των ερωτήσεων του Μέρους Γ του ερωτηματολογίου με την υποκλίμακα «ΒΟΥΛΙΜΙΑ», χωρίς όμως την εμφάνιση υψηλών σκορ στην υποκλίμακα αυτή κατά τη διάρκεια της καραντίνας.

Τέλος, η βαθμολογία του EAT-26 και ο Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) εμφανίζουν συσχέτιση και κατά την περίοδο της καραντίνας όπως και την εποχή προ COVID-19.

Τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως οδηγός για όσους θέλουν να ασχοληθούν με την εμφάνιση διατροφικών διαταραχών κατά τη διάρκεια καταστάσεων που οδηγούν σε περιορισμό των δυνατοτήτων στην προπόνηση και την αλληλεπίδραση και την καθοδήγηση από τους προπονητές.

Τέλος, προτείνεται να πραγματοποιηθεί περαιτέρω έρευνα σε μεγαλύτερο δείγμα, το οποίο να συγκριθεί με άλλα αθλήματα του υγρού στίβου αλλά και με ομάδα έλεγχου, ενώ δέον όπως συμπεριληφθεί ερωτηματολόγιο το οποίο να ανιχνεύει παράλληλα την ποιότητα της διατροφής των αθλητών κατά τη διάρκεια της απομόνωσης καθώς και την επίπτωση στην επιστροφή στην προπόνηση μετά την καραντίνα.

VII. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- A healthy lifestyle - WHO recommendations. (2010, Μάιος 06). Ανάκτηση 05 31, 2022, από WHO, Regional Office for Europe: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi>
- Ammar, A. B.-D. (2020). Effects of COVID-19 Home Confinement on Eating Behaviour and Physical Activity: Results of the ECLB-COVID19. International Online Survey. *Nutrients*, 12(6), pp 1583.
- Ammar, A. T.-D.-J. (2020). Effects of home confinement on mental health and lifestyle behaviours during the COVID-19 outbreak: insights from the ECLB-COVID19 multicentre study. *Biology of Sport*, 38, 9-21.
- Ancel Keys, F. F. (1972). Indices of relative weight and obesity. *Journal of Chronic Diseases*, 25 , 6-7, 329-343.
- Anderson, C. &. (2012). Prevalence of Disordered Eating and Pathogenic Weight Control Behaviors Among NCAA Division I Female Collegiate Gymnasts and Swimmers. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 83, pp 120 - 124.
- APA. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV)*. Washington DC: Author.
- APA. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM V)*. Washington, DC: Author.
- Augustine Osman, J. L. (2012). The Depression Anxiety Stress Scales—21 (DASS-21): Further Examination of Dimensions, Scale Reliability, and Correlates. *J Clin Psychol.*; 68(12), 1322-1338.

- Bastien, C. H. (2001). Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for insomnia research. *Sleep medicine*, 2(4), pp 297–307.
- Beals KA, H. A. (2006). The prevalence of disordered eating, menstrual dysfunction, and low bone mineral density among US collegiate athletes. *Int J Sport Nutr Exerc Metab*, Volume 16: Issue 1, pp 11-23.
- Benson, J. E., Y. A. (1990). Eating Problems and Calorie Intake Levels in Swiss Adolescent Athletes. *Int J Sports Med*, Vol 11, No 4, pp 249-255.
- Borgen JS, C. C. (1987). Eating Disorders Among Female Athletes. *Phys Sportsmed*, 15(2), 88-95.
- Buckley, G. L. (2021). Disordered eating & body image of current and former athletes in a pandemic; a convergent mixed methods study - What can we learn from COVID-19 to support athletes through transitions? *Journal of eating disorders*, 9(1), pp 73.
- Buysse, D. J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry research*, 28(2), pp 193–213.
- Cash, T. F. (2000). *The multidimensional body-self relations questionnaire, Third Revision*. Norfolk: Old Dominion University.
- Christensen, N. V. E. (2021). Diet Quality and Mental Health Status among Division 1 Female Collegiate Athletes during the COVID-19 Pandemic. *International journal of environmental research and public health*, 18(24), pp 13377.
- Cooper, P. T. (1987). The development and validation of the body shape questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6, pp 485-494.

- Davis, L. (2018). *Body Physics: Motion to Metabolism*. Minneapolis: Open Oregon Educational Resources.
- Dummer GM, Rosen LW, Heusner WW, Roberts PJ, Counsilman JE. Pathogenic Weight-Control Behaviors of Young Competitive Swimmers. *Phys Sportsmed*. 1987 May;15(5):75-86. doi: 10.1080/00913847.1987.11709350. PMID: 27463871.
- Ferrand C, M. C. (2005). Body-esteem, body mass index, and risk for disordered eating among adolescents in synchronized swimming. *Percept Mot Skills*, 101(3), pp 877-84.
- Franzoi Stephen L., S. A. (1984). The Body Esteem Scale: Multidimensional Structure and Sex Differences in a College Population. *Journal of Personality Assessment*, 48:2, pp 173-178.
- Garner David M., G. P. (1979). The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychol Med.*,9(2), 273-279.
- Garner David M., O. M. (1982). The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates. *Psychol Med.*, 12(4), 871-878.
- Garner, David M., M. P. (1983). The Eating Disorder Inventory: A measure of cognitive-behavioral dimensions of anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, Volume 2, Issue 2, pp 15-34.
- Gwinup, G. (1987). Weight loss without dietary restriction: efficacy of different forms of aerobic exercise. *Ani J Sports Med* 15, pp 275—279.
- Haddad, M. A. (2021). Impact of COVID-19 on Swimming Training: Practical Recommendations during Home Confinement/Isolation. *International journal of environmental research and public health*, 18(9), pp 4767.

- Hamilton L. H., B.-G. J. (1988). The role of selectivity in the pathogenesis of eating problems in ballet dancers. *MedSci Sports Exerc* 20, pp 560—565.
- Henderson M, F. C. (1987). A self-rating scale for bulimia. The 'BITE'. *Br J Psychiatry*, 150, pp 18-24.
- Hill, J. O. (2012). Energy balance and obesity. *Circulation*, 126(1), 126–132.
- Lovibond, S. &. (1995). *Manual for the Depression Anxiety & Stress Scales*. (2nd Ed.). Sydney: Psychology Foundation.
- Mann H. B., W. D. (1947). On a Test of Whether one of Two Random Variables is Stochastically Larger than the Other. *Ann. Math. Statist.* 18 (1), pp 50 - 60.
- Melin Anna, M. K.-B. (2014). Disordered Eating and Eating Disorders in Aquatic Sports. *International Journal of Sport Nutrition and Exercise Metabolism*, 24, pp 450 -459.
- Mintz, L. B. (1997). Questionnaire for eating disorder diagnoses: Reliability and validity of operationalizing DSM–IV criteria into a self-report format. *Journal of Counseling Psychology*, 44, pp 63–79.
- Mountjoy, M. S.-B. (2014). The IOC consensus statement: Beyond the Female Athlete Triad—Relative Energy Deficiency in Sport (RED-S). *British Journal of Sports Medicine*, 48, pp 491–497.
- Mujika I, P. S. (2000). Detraining: loss of training-induced physiological and performance adaptations. Part I: short term insufficient training stimulus. *Sports Med.*, 30(2), 79-87.
- Nazem, T. G. (2012). The Female Athlete Triad. *Sports Health*, 4(4), pp 302–311.

- Newbury, J. W. (2022). Nutritional intakes of highly trained adolescent swimmers before, during, and after a national lockdown in the COVID-19 pandemic. *PLoS one*, 17(4): e0266238.
- Oliveira GL, O. T.-S. (2017). Body Image and Eating Disorders in Female Athletes of Different Sports. *Journal of Exercise Physiology*, 20(2), pp 45-54.
- Parlov J., L. A. (2020). Body mass index, body image dissatisfaction, and eating disorder symptoms in female aquatic sports: Comparison between artistic swimmers and female water polo players. *Journal of physical education and sport*, 20, pp 2159-2166.
- Pété, E. L. (2022). Dealing with the impact of the COVID-19 outbreak: Are some athletes' coping profiles more adaptive than others? *European journal of sport science*, 22(2), pp 237–247.
- Petrie, T. A. (2008). Prevalence of eating disorders and disordered eating behaviors among male collegiate athletes. *Psychology of Men & Masculinity*, 9(4), pp 267–277.
- Picard, C. (1999). The Level of Competition as a Factor for the Development of Eating Disorders in Female Collegiate Athletes. *Journal of Youth and Adolescence*, 28, 583-594.
- Pillay, L. J. (2020). Nowhere to hide: The significant impact of coronavirus disease 2019 (COVID-19) measures on elite and semi-elite South African athletes. *J Sci Med Sport*, 23(7), pp 670–679.
- Rajkumar, R. P. (2020). COVID-19 and mental health: A review of the existing literature. *Asian journal of psychiatry*, 52, 102066.

- Ramya, G., Guru, C. S., Banodhe, G. K., Dominic, D., & Sharma, H. B. (2021). Resumption to swimming post COVID 19 lockdown. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 15(1), CE01-CE05.
- Reel, J. J. (2013). *Eating disorders: An encyclopedia of causes, treatment, and prevention*. Santa Barbara, California: ABC-CLIO.
- Rice, S. &. (2019). Preliminary psychometric validation of a brief screening tool for athlete mental health among male elite athletes: the Athlete Psychological Strain Questionnaire. *International Journal of Sport and Exercise Psychology*, 18:6, 850-865.
- Romdhani, M. R. (2021). COVID-19 Lockdowns: A Worldwide Survey of Circadian Rhythms and Sleep Quality in 3911 Athletes from 49 Countries, with Data-Driven Recommendations. *Sports medicine (Auckland, N.Z.)*, pp 1–16.
- Rosenvinge, J. H. (1993). Eating disorders and associated symptoms among adolescent swimmers: initial screening and a controlled study. *Scandinavian journal of medicine & science in sports*, 3(3), 164-169.
- Schtscherbyna A, S. E. (2009). Female athlete triad in elite swimmers of the city of Rio de Janeiro, Brazil. *Nutrition* 25(6), pp 634-9.
- Spielberger, C. D. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Stoutjesdyk, D. J. (1993). Eating disorders among high performance athletes. *J Youth Adolescence*, 22, 271–282.

- Sundgot-Borgen, J. &. (2004). Prevalence of Eating Disorders in Elite Athletes Is Higher Than in the General Population. *Clinical journal of sport medicine : official journal of the Canadian Academy of Sport Medicine*. 14, 25-32.
- Taub, D. B. (1992). Weight concerns, weight control techniques, and eating disorders among adolescent competitive swimmers: the effect of gender. *Sociology of Sport Journal*, 9, pp 76-86.
- Taylor, S. &. (2020). Development and Initial Validation of the COVID Stress Scales. *Journal of Anxiety Disorders*, 72, 102232.
- Wang C, P. R. (2020). Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *Int J Environ Res Public Health*, 17(5), 1729.
- Terry Peter C., A. M. (1999). Eating Attitudes, Body Shape Perceptions and Mood of Elite Rowers. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 2 (1), pp. 67-77.
- Δούκα, Α., Σκορδίλης, Ε., Λαζαράτου, Ε., & Βάρσου, Ε. (2005). Δια-πολιτισμική εγκυρότητα κλίμακας διατροφικών στάσεων (EAT-26). Πρακτικά 10ου Συνεδρίου Ψυχολογικής Έρευνας, Γιάννενα
- Δούκα, Αγγελική & Σκορδίλης, Εμμανουήλ & Κουτσούκη, Δήμητρα & Θεοδωράκης, Γιάννης. (2008). Ανίχνευση Διατροφικών Διαταραχών σε Αθλήτριες Υψηλού Επιπέδου του Υγρού Στίβου. Έρευνες στον αθλητισμό και τη φυσική αγωγή.
- Ροΐδη, Β. (2016). Διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά και εικόνα σώματος σε αθλητές και αθλήτριες της κολύμβησης. Αθήνα: Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο.

VI. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ
ΚΛΙΜΑΚΑ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΣΤΑΣΕΩΝ ΕΑΤ-26

ΠΡΟΣΟΧΗ!
ΤΟ ΑΚΟΛΟΥΘΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ
ΑΦΟΡΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ ΤΗΣ ΚΑΡΑΝΤΙΝΑΣ
ΛΟΓΩ COVID-19
ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΤΕ ΑΝΑΛΟΓΑ (ΠΡΟΣΟΧΗ
ΣΤΟ ΜΕΡΟΣ Γ)

ΚΛΙΜΑΚΑ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΣΤΑΣΕΩΝ (EAT-26)
(Garner & Garfinkel, 1982)

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:

1. **Με τρομοκρατεί η ιδέα του να είμαι υπέρβαρος/η.**

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

2. **Αποφεύγω να τρώω όταν πεινάω.**

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

3. Σκέφτομαι το φαγητό.

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

4. Έχει συμβεί να τρώω υπερβολικά (ακόμα και όταν δεν πεινάω) σε σημείο που να αισθάνομαι ότι ίσως να μην τα καταφέρω να σταματήσω.

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

5. Κόβω το φαγητό μου σε μικρά κομμάτια.

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

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

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

7. Αποφεύγω ιδιαίτερα τις τροφές που είναι πλούσιες σε υδατάνθρακες (ψωμί, ρύζι, πατάτες κ.λ.π.).

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

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

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

9. Κάνω εμετό αφού φάω.

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

10. Αισθάνομαι τρομερές τύψεις /ενοχές αφού φάω.

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

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

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

12. Σκέφτομαι ότι καίω θερμίδες όταν γυμνάζομαι.

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

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

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

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

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

15. Μου χρειάζεται περισσότερος χρόνος, από ότι στους άλλους, να φάω τα γεύματά μου.

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

16. Αποφεύγω τα φαγητά που έχουν ζάχαρη.

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

17. Τρώω φαγητά διαίτης

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

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

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

19. Δείχνω αυτό-έλεγχο όσον αφορά το φαγητό.

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

20. Αισθάνομαι ότι οι άλλοι με πιέζουν να φάω.

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

21. Αφιερώνω πολύ χρόνο και σκέψη στο φαγητό.

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

22. Αισθάνομαι δυσάρεστα /στενάχωρα μετά την κατανάλωση γλυκών.

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

23. Κάνω δίαιτα.

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

24. Μου αρέσει να είναι άδειο το στομάχι μου.

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

25. Έχω την διάθεση να κάνω εμετό μετά τα γεύματα.

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

26. Απολαμβάνω να δοκιμάζω καινούργια πλούσια φαγητά.

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

Παρακαλώ να απαντήσουν **μόνο οι κοπέλες** στις υπόλοιπες ερωτήσεις:

5. Έχεις τακτική έμμηνο ρύση; (περίοδο)
ΝΑΙ- ΟΧΙ Αν όχι, για ποιο λόγο;-----
6. Είχες ποτέ διακοπή περιόδου για 3 μήνες ή περισσότερο;
ΝΑΙ –ΟΧΙ Αν ναι, για ποιο λόγο;-----
7. Παίρνεις αντισυλληπτικά χάπια;
ΝΑΙ –ΟΧΙ Αν ναι, για ποιο λόγο;-----