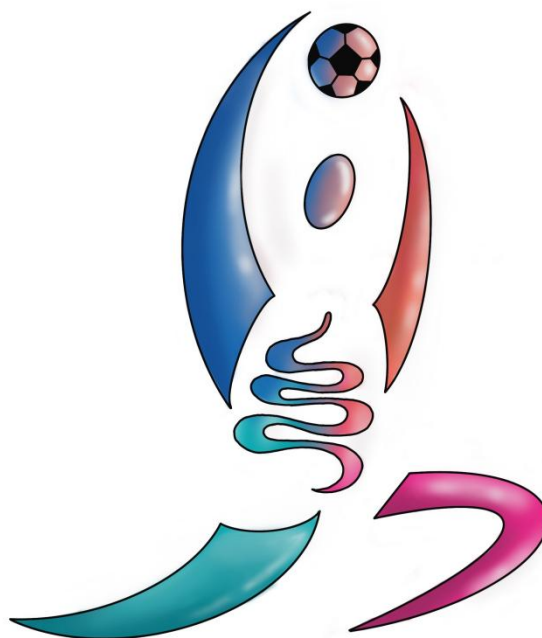




Co-funded by
the European Union

СПОРТНАТА ОБЩНОСТ СРЕЩУ ХРАНИТЕЛНИТЕ РАЗСТРОЙСТВА

ДОКЛАД ОТ ИЗСЛЕДВАНЕТО



SCAED



АВТОРИ

Гордана Кенджел Йованович, дмн

Доц. д-р Татяна Чулина, дмн

Екип на проект SCAED



СЪДЪРЖАНИЕ

1. ВЪВЕДЕНИЕ.....	2
1.1. ЗНАЧЕНИЕТО НА ФИЗИЧЕСКАТА АКТИВНОСТ И ЗДРАВΟΣЛОВНОТО ХРАНЕНЕ ЗА ЗДРАВЕТО.....	2
1.2. НАРУШЕНО ХРАНЕНЕ И ХРАНИТЕЛНИ РАЗСТРОЙСТВА.....	3
1.3. ХРАНИТЕЛНИ РАЗСТРОЙСТВА СРЕД СПОРТИСТИТЕ.....	3
1.4. ЦЕЛТА НА ПРОЕКТА.....	3
2. МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИ.....	4
2.1. УЧАСТНИЦИ, НАБИРАНЕ НА УЧАСТНИЦИ В ИЗСЛЕДВАНЕТО И МЕТОДИ.....	4
2.2. ЕТИЧНО ОДОБРЕНИЕ.....	4
2.3. ИНСТРУМЕНТИ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО.....	4
2.3.1. ВЪПРОСНИК ЗА ХРАНИТЕЛНИТЕ РАЗСТРОЙСТВА ПРИ ПОДРАСТВАЩИТЕ (EDE-A) И СКРИНИНГ ЗА ХРАНИТЕЛНИ РАЗСТРОЙСТВА ПРИ СПОРТИСТИТЕ (EDSA).....	4
2.3.2. НАТИСКЪТ ОТ ТРЕНЬОРИТЕ.....	5
2.3.3. КОНТРОЛ НА ТЕГЛОТО.....	5
2.3.4. ХРАНИТЕЛНИ НАВИЦИ.....	5
2.3.5. ИНФОРМАЦИЯ ОТНОСНО ХРАНИТЕЛНИТЕ РАЗСТРОЙСТВА.....	6
2.4. РОДИТЕЛИ.....	6
2.5. ТРЕНЬОРИ.....	6
2.6. СТАТИСТИЧЕСКИ АНАЛИЗ.....	7
3. РЕЗУЛТАТИ И ДИСКУСИЯ.....	8
3.1. СПОРТИСТИ.....	8
3.1.1. КОНТРОЛ НА ТЕГЛОТО.....	8
3.1.2. РИСКОВИ ФАКТОРИ ЗА ХРАНИТЕЛНИ РАЗСТРОЙСТВА СРЕД СПОРТИСТИТЕ.....	8
3.1.3. РАЗПРОСТРАНЕНИЕТО НА ХРАНИТЕЛНИТЕ РАЗСТРОЙСТВА СРЕД СПОРТИСТИТЕ.....	10
3.1.4. ПСИХОЛОГИЧЕСКИ НАТИСК ОТ СТРАНА НА ТРЕНЬОРИТЕ И СЪОТБОРНИЦИТЕ.....	11
3.1.5. СПОРТИСТИ В ПОТЕНЦИАЛЕН РИСК ОТ РАЗВИВАНЕ НА ХРАНИТЕЛНО РАЗСТРОЙСТВО, ОЦЕНЕН С ВЪПРОСНИЦИТЕ EDSA.....	12
3.1.6. ИНФОРМИРАНОСТТА НА СПОРТИСТИТЕ ОТНОСНО ХРАНИТЕЛНИТЕ РАЗСТРОЙСТВА.....	13
3.2. РОДИТЕЛИТЕ НА СПОРТИСТИТЕ.....	14
3.2.1. МНЕНИЕТО НА РОДИТЕЛИТЕ ОТНОСНО КОНТРОЛА НА ТЕГЛОТО НА ТЕХНИТЕ ДЕЦА.....	15
3.2.2. СКРИНИНГ НА ХРАНИТЕЛНИТЕ РАЗСТРОЙСТВА ПРИ СПОРТИСТИТЕ (EDSA), ОЦЕНЕН ОТ ТЕХНИТЕ РОДИТЕЛИ.....	15
3.2.4. ИНФОРМИРАНОСТТА НА РОДИТЕЛИТЕ ОТНОСНО ХРАНИТЕЛНИТЕ РАЗСТРОЙСТВА.....	17
3.3. ТРЕНЬОРИ.....	18
3.3.2. ИНФОРМИРАНОСТТА НА ТРЕНЬОРИТЕ ОТНОСНО ХРАНИТЕЛНИТЕ РАЗСТРОЙСТВА.....	21
4. ЗАКЛЮЧЕНИЯ.....	23
4.1. СПОРТИСТИ.....	23
4.2. РОДИТЕЛИ.....	24
4.3. ТРЕНЬОРИ.....	24
4.4. БЪДЕЩИ ДЕЙНОСТИ ПО ПРОЕКТ „СПОРТНАТА ОБЩНОСТ СРЕЩУ ХРАНИТЕЛНИТЕ РАЗСТРОЙСТВА“.....	24
5. ПРЕПРАТКИ.....	26



1. ВЪВЕДЕНИЕ

1.1. ЗНАЧЕНИЕТО НА ФИЗИЧЕСКАТА АКТИВНОСТ И ЗДРАВΟΣЛОВНОТО ХРАНЕНЕ ЗА ЗДРАВЕТО

Регулярната физическа активност подобрява здравето, като намалява риска от развитие на сърдечносъдови, метаболитни и неврологични заболявания и укрепва опорно-двигателния апарат. Тя предотвратява образуването на някои видове тумори, подобрява настроението, разширява капацитета на белите дробове и спомага за поддържане на здравословно телесно тегло. Подобрява още мозъчните функции, особено когнитивните способности, които изискват внимание, организация и планиране, намалява симптомите на депресия и тревожност и стимулира имунната система¹. Не е необходимо да бъдете професионален спортист, за да се възползвате от ползите от физическата активност, тъй като те могат да бъдат извлечени от редовна умерена физическа активност².

Още един важен фактор, който оказва силно влияние върху много аспекти на здравето и риска от заболявания, е храненето. **Диетата** влияе върху множество аспекти на човешкото здраве и е причина и следствие за някои хронични метаболитни състояния като затлъстяване, диабет тип 2 и сърдечносъдови заболявания³. Диетата, освен ежедневните нужди, трябва адекватно да задоволява всички допълнителни потребности от енергия, хранителни вещества и хидратация. Храненето на активно спортуващите трябва не само да задоволява нуждата от храна, но и да превърне тази нужда в хранителна стратегия, която да взема предвид личните предпочитания, социалните и културните аспекти и цял набор от други фактори. Ето защо **храненето на физически активните хора и/или спортисти** трябва да бъде консултирано, наблюдавано и направлявано от специалист. В опитите си да се хранят правилно, спортистите често разчитат на информация от медиите, семейството, приятелите и колегите, треньорите и персонала в спортните зали. В желанието си да постигнат мечтаните спортни постижения и външен вид и

търсенето на бързи и лесно достъпни решения допълнително усложнява здравословното хранене.

Адекватната и редовна физическа активност и здравословното хранене са важни за всеки етап от живота. **Юношеството** обхваща периода от 13 до 18-годишна възраст и е свързано със значителен растеж и физическо развитие, които включват промени в състава на тялото, метаболитни и хормонални изменения и съзряване на органните системи, като всичко това може да повлияе на бъдещото здраве⁴.

Редовната физическа активност през юношеството може да улесни социалното взаимодействие и развитието на самочувствие и самооценка, а диетата влияе върху изграждането на връзката между младежа и храната, като всичко изброено е особено важно за връзката между диетата, физическите упражнения и образа на тялото⁵. Младежът, който спортува, има уникални хранителни нужди, които са следствие от редовните тренировки и състезания, както и от нуждите на растежа и развитието.

При спазване на подходящи тренировъчни програми и режими на хранене развиващият се млад организъм има потенциал за високи постижения. Въпреки това, в търсене на идеалния хранителен режим, който да отговаря на нуждите на спортиста, заедно с нуждите от растеж и развитие, и постигането на желаните спортни резултати, е възможно младежът да развие **хранително разстройство (ХР)**. Редовното пропускане на хранения, компулсивното преяждане, натоварващите тренировки и стриктните диети могат да преминат в хронично ограничаване на храната и хранителните вещества, активна и пасивна дехидратация, употреба на разхлабителни и диуретици, повръщане и приемане на хапчета за отслабване⁶. **Хранителното**



разстройство (ХР) може да доведе до драстична промяна в постиженията на спортистите, което в същото време води и до нежелани психологически и социални ефекти⁶.

Всичко гореспоменато е изключително важно за правилното и навременно предотвратяване и управление на ХР, което е от решаващо значение за

здравето и благосъстоянието на младото население. Това е особено важно, тъй като сред младежите съществува по-висок риск от поява и разпространение на ХР, в сравнение с другите възрастови групи^{7,8}.

1.2. НАРУШЕНО ХРАНЕНЕ И ХРАНИТЕЛНИ РАЗСТРОЙСТВА

Нарушеното хранене (НХ), като потенциално вредно или притеснително хранително поведение, може с течение на времето да прерасне в хранително разстройство (ХР). **ХР са психиатрична диагноза**, която се поставя с помощта на Диагностичния и статистически наръчник на психичните разстройства, пето издание (DSM-5)^{9,10}. Класификацията на DSM-5 включва специфични

разстройства на храненето: анорексия нервоза, булимия нервоза и преяждане. Други специфични разстройства на храненето включват атипична анорексия нервоза, булимия нервоза с ниска честота и/или ограничена продължителност, компулсивно преяждане с ниска честота и/или ограничена продължителност и синдром на нощното хранене.



1.3. ХРАНИТЕЛНИ РАЗСТРОЙСТВА СРЕД СПОРТИСТИТЕ

Разпространението на ХР сред спортистите варира в широки граници в резултат на различията между изследваните групи (спортове, възрасти, нива на конкурентоспособност, пол, инструменти за проучване и т.н.). Сред възрастните спортисти разпространението на ХР се е удвоило от 3.5% през 2006 г. до 7.8% през 2018 г.¹¹. Рискът от ХР преобладава по-скоро сред жените спортисти (45%), отколкото сред мъжете (19%)¹².

Понастоящем има ограничено количество данни от изследвания, проведени сред подрастващите спортисти, въпреки че е много важно, тъй като развитието на хранително разстройство често възниква по време на прехода от детството към зрелостта^{9,13}. Неотдавнашно германско изследване установява, че разпространението на клиничната патология на храненето е 5.5% сред елитните юношески спортисти на възраст 13-18 години¹⁴.

1.4. ЦЕЛТА НА ПРОЕКТА

Благодарение на всички гореспоменати факти, важни за спортното общество, и поради липсата на достатъчно данни сред подрастващите спортисти, основната цел на това изследване е да анализира разпространението на хранителните разстройства сред младите непрофесионални спортисти в шест европейски държави: България, Хърватия, Гърция, Италия, Северна Македония и Полша. Други цели са да се проучи възможното рисково поведение сред спортистите, да се сравни с забелязаното рисково поведение на техните родители и треньори, както и да се оценят знанията на участниците за

хранителните разстройства. Всички резултати от проучването ще послужат, като инструмент за разработване на уъркшопи и наръчници за хранителните разстройства за спортисти, семейства и треньори. Проучването е проведено в рамките на **проект Sport Community Against Eating Disorders – SCAED (Спортна общност срещу хранителните разстройства), който е съфинансиран по програма Еразъм+**, основана от ЕВРОПЕЙСКАТА ИЗПЪЛНИТЕЛНА АГЕНЦИЯ ЗА ОБРАЗОВАНИЕ И КУЛТУРА (ЕАСЕА) – Корпус за солидарност на ЕС (проект № 101048829).



2. МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИ

2.1. УЧАСТНИЦИ, НАБИРАНЕ НА УЧАСТНИЦИ В ИЗСЛЕДВАНЕТО И МЕТОДИ

В това изследване, проведено в рамките на **шест европейски държави (България, Хърватия, Гърция, Италия, Северна Македония и Полша), се включиха непрофесионални спортисти на възраст между 12 и 25 години, техните треньори и родители.** С треньорите от спортните клубове бе установена връзка и им бе представена целта на това изследване. Те се свързаха със спортистите и техните родители, за да се включат в изследването.

Треньорите, спортистите и техните родители бяха поканени да попълнят анонимен онлайн въпросник, който изследва техните социално-демографски данни (възраст, тегло, ръст, какъв спорт практикуват и колко пъти седмично), навици, нагласи, знания и поведение по отношение на диетата и хранителните разстройства.

Всяка група участници разполагаше с отделен **въпросник.** Въпросниците на спортистите съдържат въпроси, свързани с участието им в спортни състезания, както и въпроси касаещи тяхното поведение, нагласи и мнение относно

храненето, телесното тегло и външния вид на тялото им.

Въпросниците на треньорите съдържат въпроси, свързани с тяхното спортно обучение (брой години работа като треньор), предишно обучение в областта на храненето, както и информираността им по отношение на хранителните разстройства.

Въпросниците на родителите съдържат същите въпроси, свързани с техните нагласи и мнения, по отношение на храненето и хранителните разстройства, забелязани при тяхното спортуващо дете. Посочените от респондентите спортове бяха категоризирани според тяхната чувствителност към теглото и бяха групирани в осем спортни класа^{15,16}. Въпросниците бяха проведени онлайн, тъй като този вид скрининг може да достигне до голям брой участници¹⁷, леснодостъпен е и предоставя възможност за интервенции на по-ранен етап¹⁸⁻²⁰. Изследването е проведено от октомври до декември 2022 г.

2.2. ЕТИЧНО ОДОБРЕНИЕ

С попълването на въпросника участниците (спортисти, техните родители и треньори) дават своето информирано съгласие за научното използване на предоставената от тях информация,

което е обяснено в началото на онлайн въпросника. Въпросниците не съдържат лични данни, като имена, дати на раждане или имейл адреси.

2.3. ИНСТРУМЕНТИ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО

2.3.1. ВЪПРОСНИК ЗА ХРАНИТЕЛНИТЕ РАЗСТРОЙСТВА ПРИ ПОДРАСТВАЩИТЕ (EDE-A) И СКРИНИНГ ЗА ХРАНИТЕЛНИ РАЗСТРОЙСТВА ПРИ СПОРТИСТИТЕ (EDSA)

За оценка на потенциалните хранителни разстройства сред подрастващите спортисти е използван въпросникът **„The Eating Disorder Examination for Adolescents – EDE-A“** (Изследване на хранителните разстройства при подрастващите). Той е адаптирана версия на Въпросника за изследване на хранителните разстройства (EDE-Q)²¹. EDE-Q е въпросник за самооценка, състоящ се от 28 елемента, който е модифициран от полуструктурираното интервю Eating Disorder Examination – EDE (Изследване на хранителните разстройства) и има за цел да анализира обхвата и степента на диагнозата „хранително разстройство“, с помощта на 4 субскали: съдържаност, загриженост за храненето, загриженост за формата и загриженост за теглото. Респондентите оценяват въпросите по скалата от 0 до 6 за: (а) колко от последните 28 дни (б) от „изобщо“ до „значително“. Всички резултати от субскалите се сумират, за да се формира глобален резултат. Въпросникът EDE-A се

фокусира върху последните 14 дни и се състои от 36 въпроса, като оценява същите четири субскали и дава глобален резултат, също като EDE-Q. Повисоките резултати на субскалите и глобалната оценка представляват проблемно хранително поведение и нагласи. За да се улесни диагностицирането на лица в потенциален риск от развитие на ХР, е важно да се използва надеждна граница за глобалните резултати. Граничната точка при глобален резултат по EDE-Q, по-висока от 2.94, показва, че е съществува потенциален риск от ХР^{22,23}. Идентифицирането на хранително разстройство при рисковите групи от населението, като професионалните и непрофесионалните спортисти, представлява значително предизвикателство. Методите за оценка на хранителните разстройства, предназначени за общото население, показват неоптимални психометрични свойства, когато се прилагат сред спортисти²⁴. Това всъщност е очаквано, тъй като мотивацията и нормите на



спортистите, свързани с храненето, физическите упражнения и образа на тялото, се различават от тези на общото население^{25,26}, което след това оказва допълнително въздействие върху интерпретацията и моделите на отговор.

Въпросникът EDE-A е сравнително обширен и може да бъде лесно разпространен инструмент за скрининг. Съществуващите инструменти за скрининг на хранителните разстройства сред спортистите са предназначени предимно за женската популация и са сравнително обширни и ето защо в това изследване е използван и валидираният **Eating Disorders Screen for Athletes (EDSA)** – инструмент за скрининг на хранителни разстройства, предназначен за използване при спортисти (както мъже, така и жени)²⁷. Целта бе да се използва кратък въпросник, за да се оцени неговата пригодност като инструмент за скрининг на честотата на XP сред спортистите. EDSA се състои от шест въпроса: два, свързани с притесненията относно теглото/формата, и четири, свързани със

значението на теглото, притесненията за телото, притесненията, свързани с преяждането и ограничаването на храна. Отговорите се оценяват по 5-степенна скала за честота от типа на Ликерт с възможности за отговор 1 (никога), 2 (рядко), 3 (понякога), 4 (често) и 5 (винаги). Общият резултат се изчислява от средната стойност на 6-те елемента. Клинично значимият граничен резултат на въпросника EDSA е 3.33²⁷ и е използван в това изследване, за да идентифицира високият риск от хранително разстройство.

Резултатите от въпросниците EDE-A и EDSA трябва да се **тълкуват с повишено внимание**, тъй като те са по-скоро инструменти за скрининг, а не диагностични критерии. Следователно, в контекста на това изследване, тези два валидирани скринингови инструмента се използват като стандартизирани въпросници за самооценка и техните стойности се интерпретират като измервания на потенциалния индивидуален риск от XP сред спортистите

2.3.2. НАТИСКЪТ ОТ ТРЕНЬОРИТЕ

Фактор за развитието на хранително разстройство е натискът от страна на треньорите, изразяващ се например в коментари относно телесното тегло и формата на спортиста, изисквания за определено тегло за участие в състезание в определена категория, редовно претегляне, схващането, че ниското тегло е свързано с предимства в представянето, или използването на тренировъчна или състезателна униформа, която може да разкрие някои несъвършенства²⁸. Мнението на спортистите, относно **психологическия натиск от страна на треньора и съотборниците им, свързан с теглото**, бяха оценени с 8 въпроса („Разговарям за диетата с приятелите си от отбора“, „Изнервя ме фактът, че

треньорът ми контролира теглото ми“, „Сравнявам се с приятелите си от отбора по отношение на телесното тегло“, „Притеснява ме, когато треньорът ми ме моли да се претеглям често“, „Влияе ми, когато треньорът ми говори за телесното ми тегло“, „Чувствам се неудобно, когато треньорът ми и колегите от екипа ми говорят за теглото и формата на тялото“, „Не се чувствам добре, когато колегите от отбора ми говорят за теглото ми“, „Чувствам се добре, ако тежа по-малко от колегите си от екипа“) с бинарни отговори (да или не). Оценка 1 се дава за „не“ на първия въпрос и за „да“ на последните седем въпроса. Оценката на натиска варира от 0 до 8, като резултат ≥ 5 означава висок натиск от страна на треньорите и съотборниците.

2.3.3. КОНТРОЛ НА ТЕГЛОТО

Спортистите бяха попитани дали им се налага да **отслабват**, за да постигат спортни резултати. Ако е така, те са отбелязали към кого са се обърнали за помощ (треньор, спортен диетолог, спортен лекар, съотборник, семейство, самопомощ). Те бяха попитани също така към кого биха се обърнали, ако

им се наложи да регулират теглото си (загуба/нарастване): към треньор, спортен диетолог, спортен лекар, съотборник, семейство, самопомощ, чрез промяна на диетата или упражненията или чрез използване на продукти като разхлабителни/диуретици/заместители на храната.

2.3.4. ХРАНИТЕЛНИ НАВИЦИ

Подходящият хранителен режим може да повлияе на здравето и спортните постижения на спортистите, като ги подобри. Той е резултат от хранителното поведение, което може да бъде повлияно от много фактори, свързани с хранителните разстройства. **Хранителният прием** е резултат от моделите на хранене, описани чрез избора на храни, и честотата на приемане храна, които са свързани с индивидуалните хранителни навици. Това проучване се фокусира върху честотата на прием на храни и напитки, организирани в следните групи: зърнени храни и продукти; птиче месо и продукти; друго месо; риба; мляко и млечни продукти; масла и

мазнини; плодове; ядки; бобови растения; зеленчуци; фаст фууд; солени закуски; сладкарски изделия; безалкохолни напитки; алкохолни напитки; кафе; спортни и енергийни напитки. Всички участници отбелязват храните и напитките, които са консумирали през изминалата седмица. Участниците в изследването отбелязват честотата на консумиране на съответните храни и напитки, като избират между „никога“, „веднъж седмично“, „2-3 пъти седмично“, „4-5 пъти седмично“, „6 пъти седмично“, „веднъж дневно“ или „няколко пъти дневно“. Всяка от изброените храни или напитки има определена средна порция, така че всеки



участник отбеляза средния си прием, като избора между „по-малко от средна“, „средна“ или „повече от средна“.

Тъй като в това изследване участват шест европейски държави, поради социално-културните различия би било трудно да се оцени хранителния режим, спрямо специфичните за всяка държава препоръки за хранене. Ето защо това проучване има за цел да оцени **придържането на участниците към препоръките на EAT-Lancet за здравословно хранене**. Диетата EAT-Lancet е глобална референтна диета, която представлява актуалната база данни за здравословно и екологично устойчиво хранене²⁹ и се състои от хранителни компоненти, за които са предложени

определени нива на прием и референтни диапазони. Индексът EAT-Lancet включва 14-те хранителни компонента с възможен диапазон от 0-3 точки за всеки компонент, чието подробно точкуване е описано на друго място³⁰. Резултат от 0 точки означава ниско придържане към хранителния компонент в диетата EAT-Lancet, а 3 точки – високо придържане. Общият възможен резултат на индекса EAT-Lancet може да варира от 0 (никакво придържане) до 42 точки (перфектно придържане, получено от 14 × 3 точки). Резултат от 14 точки се счита за слабо придържане към диетата EAT-Lancet, резултат от 15 до 27 точки – за умерено придържане, а резултат ≥ 28 точки – за високо придържане.

2.3.5. ИНФОРМАЦИЯ ОТНОСНО ХРАНИТЕЛНИТЕ РАЗСТРОЙСТВА

Спортистите бяха помолени да оценят нивото на **познанията** си (не са информирани; само са чували; донякъде са наясно; добре информирани са) за **хранителните разстройства (Анорексия**

Нервоза, Булимия Нервоза, Рестриктивно или неконтролирано хранене, Бигорексия, Орторексия Нервоза).

2.4. РОДИТЕЛИ

Родителите на спортистите попълниха въпросник, който съдържа въпроси, свързани със **социално-демографските им данни** (възраст, пол, място на живеене, ниво на образование, трудов статус, среден доход), **самостоятелно отчетените антропометрични променливи** (телесно тегло и височина) и **навиците им на живот** (навици за физическа активност, часове сън, тютюнопушене, диета). Бяха попитани и за **нивото на познанията им относно хранителните разстройства** (Анорексия Нервоза, Булимия Нервоза, Рестриктивно или неконтролируемо хранене, Бигорексия, Орторексия Нервоза). Родителите бяха попитани и за **спортните навици на децата си** и отговориха на същите въпроси, които се съдържат **във въпросника EDSA**, но от гледна точка на това дали забелязват подобно поведение при детето си.

2.5. ТРЕНЬОРИ

Треньорите попълниха своя въпросник, който съдържа въпроси, свързани със **социално-демографските им данни** (възраст, пол, ниво на образование, трудов статус, тренировъчни навици и спортни компетенции) и **навиците им на живот** (навици за физическа активност, часове сън, диета). Бяха попитани за **поведението на спортистите**, които тренират: **загриженост за телесното тегло и формата на тялото**, **обсебване от храната**, **преяждане**, **ходене до тоалетната веднага след хранене**, **неконтролирано хранене/трениране и използване на разхлабителни/диуретици/продукти за отслабване/нарастване на мускулната маса**. Бяха попитани и за **нивото им на информираност относно хранителните разстройства** (Анорексия Нервоза, Булимия Нервоза, Рестриктивно или неконтролирано хранене, Бигорексия, Орторексия Нервоза) и да отбележат, **поне 3 симптома** на Анорексия Нервоза, Булимия Нервоза и неконтролирано хранене, ако са наясно с тях. Треньорите бяха попитани и за **мерките, които предприемат**, когато забележат симптоми на ХР в свой спортист, или когато спортистите имат или са имали диагностицирано ХР.





2.6. СТАТИСТИЧЕСКИ АНАЛИЗ

Статистическите анализи са извършени с помощта на Statistica 12.7 за Windows (Statsoft Inc, Tulsa, OK, USA). Резултатите са изразени като абсолютни числа (N), проценти (%) и средни стойности (SD). Всички събрани данни от изследването първо бяха тествани за нормалност чрез теста на Колмогоров-Смирнов. За сравняване на средните разлики между групите от проучването бе използван тестът на Крускал-Уолис или t-тестът, докато за сравняване на категоричните честоти бе използван тестът Хи-квадрат. Статистическата значимост бе определена при $P < 0.05$.



3. РЕЗУЛТАТИ И ДИСКУСИЯ

3.1. СПОРТИСТИ

В това изследване участват **462 непрофесионални спортисти на възраст от 12 до 25 години** (18.49 ± 5.50 години) (Таблица 1). Най-много са участниците от Хърватия (46.5%, $p < 0,001$), последвани от България (11.7%), Полша (11.3%), Северна Македония (11.0%), Италия (10.8%) и Гърция (8.7%). Най-младите спортисти са от Полша (16 години), а най-възрастните са от България (24 години; $p < 0,001$). Повечето спортисти са с **нормално тегло** (75.1%, $p < 0,001$), но има повече участници с поднормено тегло (12.8%), отколкото с наднормено тегло и затлъстяване (съответно 10.6% и 1.5%). Спортистите прекарват **повече от 10 часа седмично в тренировки** (36.8%, $p < 0,001$), най-вече в Полша и България (Таблица 1). Що се отнася до спорта, който изследваните спортисти тренират, най-често срещани са **спортовете с топка** (61.7%, $p < 0,001$), като футбол и волейбол, най-вече в Полша и Хърватия. Що се отнася до спортовете, които се класифицират като чувствителни към теглото,

спортистите най-често тренират спортове за издръжливост (13.2%), като плуване, предимно в Хърватия, следвани от спортовете, които се класифицират като чувствителни към теглото (9.3%), като карате и джудо, предимно от Хърватия и Северна Македония. Чувствителен към теглото естетически спорт, като гимнастиката, тренират 4.3% от спортистите, а чувствителни към теглото силови спортове, като леката атлетика, тренират 8.2% от анкетираните, предимно в Хърватия, България и Италия. Тъй като диетата има значителна роля в живота на спортистите, качеството на храненето на участниците в изследването е оценено с Индексът EAT-Lancet the Planetary Health Diet. Повечето спортисти имат **диета, която умерено се придържа към индекса EAT-Lancet** (88.1%), а 11% се придържат силно към него (таблица 1). Най-високо качество на диетата имат гръцките спортисти, а най-ниско – италианските (съответно 28.64 и 22.16, $p < 0,001$).

3.1.1. КОНТРОЛ НА ТЕГЛОТО

Таблица 2 представя резултатите относно контрола на теглото. **Една трета** от всички анкетираните спортисти (32.3%, $p < 0,001$) са **регулирали телесното си тегло**, за да постигнат желаните спортни резултати, най-вече от Северна Македония (60.8%), вероятно поради факта, че повечето спортисти от Северна Македония тренират спортове, чувствителни към теглото, като карате (32.6%). Една пета от анкетираните спортисти заявяват, че са изпитали негативни последици от регулирането на теглото си (21.2 %, $p < 0,001$), най-вече в Северна Македония (43.1 %, $p < 0,001$), а най-малко в Гърция (7.5%). Все пак, половината от анкетираните спортисти заявяват, че никога не им се е налагало да отслабват (50.6%, $p < 0,001$), най-вече в България (79.6%, $p < 0,001$). Спортистите, които са отслабвали, **най-често са си помагали сами** (32.7%; $p < 0,001$), като най-много са спортистите от Полша и Гърция (съответно 40.4% и 52.5%). Спортистите най-често са се обръщали за помощ към **приятелите и семейството** си (6.5%), повече отколкото към

диетолози (4.8%) или треньор (5.4%). Италианските, северномакедонските и хърватските спортисти са искали повече помощ от диетолози и треньори, отколкото българските и гръцките спортисти, които в най-голяма степен са искали помощ от треньорите си или са действали сами, като променят диетата си. Хърватските спортисти най-често се обръщат към родителите си (68.1%) и променят тренировките си (66.0%), докато полските спортисти избират да си помогнат сами, като използват разхлабителни/диуретици/диетични продукти (26.7%). Северномакедонските спортисти най-често се обръщат към диетолози (16.8%) и спортни лекари (17.2%), подобно на българските спортисти, но най-много се обръщат към опитни съотборници (13.1%). Гръцките спортисти търсят съвети от своя треньор (52.5%), а хърватските (50.0%) и италианските (41.7%, $p = 0,011$) спортисти заявяват, че не желаят да отговорят на този въпрос, тъй като не са сигурни в отговора си (съответно 44.4% и 25.9%).

3.1.2. РИСКОВИ ФАКТОРИ ЗА ХРАНИТЕЛНИ РАЗСТРОЙСТВА СРЕД СПОРТИСТИТЕ

В Таблица 3 са представени рисковите фактори, които могат да повлияят на хранителните разстройства. Няма значителна разлика ($p = 0.197$) между изследваните спортисти по отношение на това, че през изминалия сезон са имали 3 или повече контузии или е трябвало да приключат сезона по-рано, което би могло да повлияе на

теглото им. Все пак това се наблюдава най-много при италианските спортисти (24.0%), а най-малко при хърватските (10.2%) и гръцките (10.0%). Повечето спортисти заявяват, че **не се притесняват за теглото си в извънсезонно време или когато са в отпуск по болест** (64.7%, $p < 0,001$). Спортистите, които заявяват, че се притесняват няколко пъти седмично



(13.9%), са най-много в Северна Македония (25.5%) и Италия (26.0%), докато българските спортисти се притесняват по няколко пъти на ден (16.7%). **Постоянно притеснение** за наддаване на тегло декларират спортистите от Северна Македония (23.5%), следвани от хърватските (102%). Другите спортисти заявяват, че се притесняват постоянно. Въпреки че повече от половината спортисти са доволни от настоящото си тегло (55.4%, $p < 0.001$), най-недоволни са гръцките и българските спортисти. Хърватските и северномакедонските спортисти

заявяват, че **трябва да отслабнат** с 5 и повече килограма. Останалите спортисти заявяват, че трябва да отслабнат от 0.5 до 5 кг. Една трета от спортистите твърдят, че им е било казано да отслабнат от човек, който не е здравен специалист (27.7 %, $p < 0.001$), като това заявяват половината северномакедонски спортисти (56.9 %). **Една трета** от спортистите са **спазвали специфичен хранителен режим** за постигане на желаното тегло, необходимо за техните постижения (33.5%), като тези данни са сходни при спортистите от всички държави ($p = 0.351$).

ТАБЛИЦА 1. СОЦИО-ДЕМОГРАФСКИ ХАРАКТЕРИСТИКИ НА СПОРТИСТИТЕ (N=462; *СРЕДНА СТОЙНОСТ (SD))

	Хърватия		Италия		Полша		Северна Македония		България		Гърция		Общо		стойност			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%				
Мъже	73	34.0	28	28.0	56.0	48.0	22.50	2.93	23.86	3.39	24.17	2.42	28.64	2.79	23.78	3.51	<0.001	
Жени	142	66.0	22	22.0	44.0	4.0	7.7	7.7	2.9	5.69	3.1	57.4	13.0	32.5	24.1	52.2	<0.001	
Общо	215	46.5	50	10.8	10.8	52	11.3	11.3	5.1	11.0	54	11.7	40	8.7	46.2	100.0	<0.001	
Възраст (година)*	17.20	5.37	19.34	5.37	15.56	1.49	20.45	5.59	23.81	5.93	18.46	2.82	18.49	5.50	19.99	5.50	<0.001	
Тегло (кг)*	62.00	17.46	69.30	11.95	77.63	11.99	67.67	11.61	60.41	9.80	10.06	65.96	15.46	10.06	65.96	15.46	<0.001	
Височина (m)*	1.70	0.11	1.74	0.09	1.74	0.09	1.74	0.08	1.70	0.08	1.70	0.08	1.73	0.11	1.73	0.11	<0.001	
Индекс телесна маса (кг/м ²)*	21.17	4.04	22.82	2.80	21.63	1.93	22.23	2.53	20.80	2.05	1.71	21.96	3.31	1.71	21.96	3.31	<0.001	
Хранителен статус	48	22.3	1	2.0	4	7.7	2	3.9	4	7.4	0	0	0	0	0	0	1.28	<0.001
Поднормено тегло	137	63.7	42	84.0	47	90.4	41	80.4	48	83.9	32	80.0	34.7	75.1	49	10.6	10.6	<0.001
Нормално тегло	24	11.2	6	12.0	1	1.9	1	1.9	8	15.7	2	3.7	8	20.0	49	10.6	10.6	<0.001
Наднормено тегло	6	2.8	1	2.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0.0	<0.001
Затлъстяване	54	25.1	3	6.0	50	96.2	18	35.3	45	83.3	0	0.0	0	0.0	170	36.8	36.8	<0.001
10 и над 10	47	21.9	8	16.0	1	1.9	10	19.6	4	7.4	29	72.5	99	21.4	99	21.4	21.4	<0.001
7 до 9	63	29.3	20	40.0	0	0.0	0	0.0	7	13.7	3	5.6	3	7.5	96	20.8	20.8	<0.001
5 до 6	39	18.1	12	24.0	1	1.9	12	23.5	0	0.0	0	0.0	8	20.0	72	15.6	15.6	<0.001
3 до 4	12	5.6	7	14.0	0	0.0	0	0.0	4	7.8	2	3.7	0	0.0	25	5.4	5.4	<0.001
1 до 2	93	38.0	40	16.3	52	21.2	28	11.4	28	11.4	32	13.1	40	14.0	285	61.7	61.7	<0.001
Технически спортове	7	70.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	10	2.2	2.2	<0.001
спортове, при които е необходима голяма маса	5	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0.0	<0.001
Вид спорт	16	80.0	1	5.0	0	0.0	2	10.0	1	5.0	0	0.0	0	0.0	20	4.3	4.3	<0.001
Видиге на тежести	47	77.0	4	6.6	0	0.0	0	0.0	7	11.5	3	4.9	0	0.0	61	13.2	13.2	<0.001
спортове за издръжливост	25	65.8	5	13.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	8	21.1	0	0.0	38	8.2	8.2	<0.001
слонни спортове	22	51.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	14	32.6	7	16.3	0	0.0	43	9.3	9.3	<0.001
спортове, при които е необходима голяма сила	23.47	3.34	22.16	3.19	22.50	2.93	23.86	3.39	24.17	2.42	28.64	2.79	23.78	3.51	23.78	3.51	<0.001	
Индекс на EAT-16†	3	1.4	1	2.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0.9	0.9	<0.001
Ниско придръжане	188	87.4	46	92.0	51	98.1	43	84.3	53	98.1	53	98.1	26	65.0	407	88.1	88.1	<0.001
Умерено придръжане	24	11.2	3	6.0	1	1.9	8	15.7	8	15.7	1	1.9	14	35.0	51	11.0	11.0	<0.001

ТАБЛИЦА 2. КОНТРОЛ НА ТЕГЛОТО НА СПОРТИСТИТЕ (N=462)

	Хърватия		Италия		Полша		Северна Македония		България		Гърция		Общо		стойност			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%				
Регулират съм теглото си, за да се предстват по-добре	53	24.7	14	28.0	15	28.8	31	60.8	10	18.5	21	52.5	149	32.3	32.3	<0.001		
Изпитват съм негативни последиства от регулирането на теглото	53	24.7	7	14.0	9	17.3	21	43.1	5	9.3	3	7.5	98	21.2	21.2	<0.001		
Да	117	54.4	18	36.0	27	51.9	15	29.4	43	79.6	14	35.0	234	50.6	50.6	<0.001		
Когато искам да отслабна, търся помощ от някого	8	3.7	6	12.0	2	3.8	6	11.8	0	0.0	0	0.0	22	4.8	4.8	<0.001		
Не ми се налага да отслабвам	14	6.5	5	10.0	2	3.8	6	11.8	2	3.7	1	2.5	30	6.5	6.5	<0.001		
Да, консултирам се с диетолог	7	3.3	6	12.0	0	0.0	6	11.8	2	3.7	4	10.0	25	5.4	5.4	<0.001		
Да, консултирам се с мое семейство/приятел	69	32.1	15	30.0	21	40.4	18	35.3	7	13.0	21	52.5	151	32.7	32.7	<0.001		
Да, консултирам се с тренера																		
Спорвам се сам	83	56.8	11	7.5	19	13.0	10	6.8	9	6.2	14	35.0	146	15.2	15.2	<0.001		
Когато искам да отслабна, търся помощ от:	68	66.0	8	7.8	15	14.6	4	3.9	1	1.0	7	17.5	103	10.7	10.7	<0.001		
Спорвам се сам, като променям храненето си	14	46.7	2	6.7	8	26.7	2	6.7	2	6.7	2	5.0	30	3.1	3.1	<0.001		
Спорвам се сам, като променям тренировките си																		
Спорвам се сам, като използвам развалятели/диуретици/хранителни добавки	23	37.7	9	14.8	8	13.1	6	9.8	8	13.1	7	17.5	61	6.4	6.4	<0.001		
Спорвам се сам, като използвам развалятели/диуретици/хранителни добавки	46	52.9	6	6.9	6	6.9	15	17.2	7	8.0	7	17.5	87	9.1	9.1	<0.001		
Опашни състезания	103	53.4	17	8.8	18	9.3	19	9.8	15	7.8	8	21.0	52.5	19.9	20.1	<0.001		
Спортист лексир	79	68.1	0	0.0	18	15.5	11	9.5	0	0.0	0	0.0	116	12.1	12.1	<0.001		
Трениор	12	44.4	7	25.9	2	7.4	2	7.4	2	7.4	2	5.0	27	2.8	2.8	<0.001		
Изпитват съм негативни последиства от регулирането на теглото	6	50.0	5	41.7	0	0.0	1	8.3	0	0.0	0	0.0	12	13.0	13.0	<0.001		



ТАБЛИЦА 3. РИСКОВИ ФАКТОРИ НА ХРАНИТЕЛНИТЕ РАЗСТРОЙСТВА СРЕД СПОРТИСТИТЕ (N=462)

	Хърватия		Италия		Полша		Северна Македония		България		Гърция		Общо		стойност
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Имали ли сте 3 или повече контузии през изминалия сезон или изминалия сезон е приключил по-рано поради контузия?															
Да	22	10.2	12	24.0	6	11.5	7	13.7	7	13.0	4	10.0	58	12.6	0.197
Притеснявате ли се от напълняване извън сезона или когато не можете да тренирате поради контузия?															
Да	137	63.7	27	54.0	45	86.5	20	39.2	40	74.1	30	75.0	299	64.7	<0.001
Да, няколко пъти седмично	30	14.0	13	26.0	3	5.8	13	25.5	2	3.7	3	7.5	64	13.9	
Да, ежедневно	26	12.1	7	14.0	1	1.9	6	11.8	9	16.7	4	10.0	53	11.5	
Да, постоянно	22	10.2	3	6.0	3	5.8	12	23.5	3	5.6	3	7.5	46	10.0	
Доволни (щастливи) ли сте от настоящото си тегло?															
Да	140	65.1	21	42.0	35	67.3	35	68.6	16	29.6	9	22.5	256	55.4	<0.001
Колко смятате, че трябва да отслабнете, за да постигнете най-добрата си форма??															
Нямам нужда от отслабване	111	51.6	22	44.0	34	65.4	26	51.0	46	85.2	17	42.5	256	55.4	0.001
0.5 до 2 кг	38	17.7	10	20.0	5	9.6	9	17.6	1	1.9	19	47.5	82	17.7	
2 до 5 кг	31	14.4	12	24	10	19.2	6	11.8	2	3.7	3	7.5	64	13.9	
5 до 7 кг	16	7.4	5	10.0	1	1.9	6	11.8	1	1.9	1	2.5	30	6.5	
Повече от 7 кг	19	8.8	1	2.0	2	3.8	4	7.8	4	7.4	0	0.0	30	6.5	
Понастоящем спазвате ли специфичен хранителен режим, за да постигнете най-доброто си тегло?															
Да	82	38.1	12	24.0	18	34.6	14	27.5	16	29.6	13	32.5	155	33.5	0.351
Казвал ли ви е някога някой, който не е медицински специалист, че трябва да отслабнете?															
Да	62	28.8	15	30.0	9	17.3	29	56.9	4	7.4	9	22.5	128	27.7	<0.001

3.1.3. РАЗПРОСТРАНЕНИЕТО НА ХРАНИТЕЛНИТЕ РАЗСТРОЙСТВА СРЕД СПОРТИСТИТЕ

За оценката на разпространението на риска от хранителни разстройства сред спортистите бяха използвани два въпросника. Първият е въпросник за хранителните разстройства при подрастващи (EDE-A) с 36 въпроса, отнасящи се до четирите рискови поведения (ограничаване на храната, загриженост за храненето, загриженост за формата и загриженост за теглото) през последните 14 дни (Таблица 4). Вторият въпросник в 6-елементният скрининг за хранителни разстройства при спортисти (EDSA) (Таблица 5). **Разпространението на риска от хранителни разстройства, оценен чрез EDE-A, е 10.4%, като най-висок е сред хърватските и северномакедонските спортисти** (съответно 14.9% и 13.7%, $p < 0.001$), следвани от италианските (6.0%) и полските спортисти (5.8%). Този риск е най-нисък при българските (3.7%) и гръцките спортисти (2.5%) (Таблица 4). На въпросите, свързани със загрижеността за формата и теглото, най-високи резултати се наблюдават при хърватските, гръцките и северномакедонските спортисти ($p < 0.001$), докато полските и българските спортисти отбелязват най-високи резултати на въпросите, свързани с ограничаване на храната ($p = 0.001$) (Таблица 4). Най-висок глобален резултат по EDE-A имат спортистите от Северна Македония, а най-нисък – българските спортисти ($p < 0.001$). Броят на спортистите **в риск от**

хранителни разстройства е общо 92 спортисти, което показва разпространение на ХР от 19.9% (Таблица 5).

В **най-висок риск са полските спортисти** (30.8%, $p = 0.003$), а в най-нисък – (3.7%) и гръцките (7.5%). Италианските, северномакедонските и хърватските спортисти имат сходни стойности (съответно 24.0%, 23.5% и 21.9%), което показва, че почти една четвърт или една пета от спортистите са в потенциален риск от хранителни разстройства (Таблица 5). Най-висок резултат от EDSA имат полските спортисти, а най-нисък – българските ($p < 0.001$). Спортистите от другите държави имат сходни резултати (Таблица 5). Спортистите, които **най-малко се влияят от теглото и формата** си са гръцките ($p = 0.270$). Притеснението, че теглото и формата ще се променят, ако лицето не спортува, е вторият най-високо оценен елемент ($p = 0.077$). Най-често срещаният отговор е, че спортистите искат да са по-слаби, дори когато другите мислят различно – хърватските и полските спортисти (10.7% и 13.5%, $p = 0.011$). Избягването на храна (19.2 %) и неудовлетвореността от теглото или формата са оценени най-високо от полските спортисти (11.5%), при които дялът на диагностицираните ХР е най-висок (15.4 %, $p < 0.001$). В България този дял е най-нисък (0.0%).

ТАБЛИЦА 4. ВЪПРОСНИК ЗА ХРАНИТЕЛНИТЕ РАЗСТРОЙСТВА СРЕД ПОДРАСТАЩАЩИТЕ (EDE-A) РЕЗУЛТАТИ НА СПОРТИСТИТЕ (N=462)

	Хърватия		Италия		Полша		Северна Македония		България		Гърция		Общо		стойност
	mean	SD	mean	SD	mean	SD	mean	SD	mean	SD	mean	SD	mean	SD	
Ограничаване на движението	0.83	1.37	0.70	0.98	0.96	1.24	1.26	1.02	0.73	1.00	0.95	0.34	0.84	1.25	<0.001
Ограничаване на храненето	0.61	1.07	0.53	0.64	0.49	1.06	0.78	0.96	0.28	0.81	1.40	0.43	0.64	0.98	<0.001
Проблем с формата на тялото	1.27	1.62	0.99	1.08	0.88	1.15	1.68	1.38	0.63	0.84	1.23	0.78	1.16	1.38	<0.001
Проблем с теглото	1.06	1.47	1.04	1.04	0.74	1.03	1.60	1.41	0.42	0.83	1.26	0.62	1.02	1.29	<0.001
Глобален резултат на EDE-A	0.94	1.28	0.82	0.80	0.77	1.02	1.33	1.20	0.44	0.82	1.21	0.53	0.92	1.12	<0.001
В риск от хранително разстройство (N %)	32	14.9	3	6.0	3	5.8	7	13.7	2	3.7	1	2.5	48	10.4	<0.001



ТАБЛИЦА 5. СКРИНИНГ НА ХРАНИТЕЛНИТЕ РАЗСТРОЙСТВА СРЕД СПОРТИСТИТЕ (СХРС) РЕЗУЛТАТИ НА СПОРТИСТИТЕ (N=462)

	Хърватия		Италия		Полша		Северна Македония		България		Гърция		Общо		стойност
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Диагностицирани ли сте с някакъв вид хранително разстройство?															
Да	2	0.9	4	8.0	8	15.4	1	2.0	0	0.0	3	7.5	18	3.9	<0.001
Скрининг на хранителните разстройства сред спортистите (СХРС)															
резултат (средна стойност (SD))	2.35	1.05	2.60	1.07	2.89	1.16	2.61	1.0	1.94	0.70	2.44	0.36	2.43	1.00	<0.001
В риск от хранително разстройство	47	21.9	12	24.0	16	30.8	12	23.5	2	3.7	3	7.5	92	19.9	0.003
Теглото и външният вид на тялото ми влияят върху самочувствието ми															
винаги	23	10.7	3	6.0	8	15.4	7	13.7	4	7.4	1	2.5	46	10.0	0.270
Чувствам се неудовлетворен от теглото и външният вид на тялото ми															
винаги	18	8.4	1	2.0	6	11.5	3	5.9	1	1.9	0	0.0	29	6.3	0.073
Притеснявам се, че теглото и външният вид на тялото ми ще се променят, ако не спортувам															
винаги	24	11.2	5	10.0	5	9.6	7	13.7	1	1.9	0	0.0	42	9.1	0.077
Искам да отслабна, въпреки че другите мислят, че вече съм слаб/слаба															
винаги	23	10.7	1	2.0	7	13.5	2	3.9	1	1.9	0	0.0	34	7.4	0.011
Притеснявам се, че мога да загубя контрол върху храненето и това да се отрази на теглото, формата или структурата на тялото ми															
винаги	12	5.6	3	6.0	3	5.8	3	5.9	1	1.9	0	0.0	22	4.8	0.585
Опитвам се да избягвам определени храни, за да отслабна															
винаги	20	9.3	2	4.0	10	19.2	5	9.8	6	11.1	1	2.5	44	9.5	0.068

3.1.4. ПСИХОЛОГИЧЕСКИ НАТИСК ОТ СТРАНА НА ТРЕНЬОРИТЕ И СЪОТБОРНИЦИТЕ

Натискът от страна на треньорите и съотборниците, по отношение на телесното тегло и/или формата, може да окаже влияние върху развитието на хранително разстройство у спортиста. Спортистите оцениха коментарите и поведението на треньорите и съотборниците си, като резултатите са показани в Таблица 6. Българските спортисти говорят за храненето си със своите съотборниците най-малко, а северномакедонските най-много (14.8% и 70.6%, $p < 0.001$). Северномакедонските и италианските спортисти най-много се притесняват от това, че треньорът контролира теглото им (съответно 19.6% и 22.0%, $p < 0.001$), а полските и българските спортисти се притесняват най-малко (съответно 0.0% и 1.9%). Подобни са притесненията и когато треньорът иска от тях да се мерят често ($p < 0.001$). Полските и северномакедонските спортисти най-много се сравняват със съотборниците си, по отношение на телесното тегло (46.2% и 31.4%, $p < 0.001$), а полските и гръцките спортисти се чувстват най-добре, ако тежат по-малко от съотборниците си (съответно 34.6% и 32.5%, $p = 0.004$). Резултатите при италианските и българските спортисти са по-ниски (съответно 12.0% и 13.0%).

Когато треньорът говори за теглото им, това притеснява в най-голяма степен северномакедонските спортисти (35.3%, $p < 0.001$) и най-малко българските (3.7%). Една трета от италианските (32.0 %) и гръцките (30.0 %), една четвърт от хърватските (22.3 %) и северномакедонските спортисти (23.5%) се чувстват неудобно, когато треньорът и съотборниците им говорят за тяхното телесно тегло и форма. От това най-малко се притесняват българските (5.6%) и полските спортисти (9.6%, $p < 0.001$). Половината от хърватските спортисти (51.6%), една трета от гръцките (35.0%), една четвърт от италианските (26.0%), полските (25.0%) и северномакедонските спортисти (27.5%) не се чувстват добре, когато съотборниците им говорят за теглото им. От това най-малко се притесняват българските спортисти (5.6%, $p < 0.001$). **Натискът** и коментарите от страна на треньорите и съотборниците, по отношение на телесното тегло и формата на спортиста е значително **най-висок сред северномакедонските и италианските спортисти** (съответно 21.6% и 18.0%, $p < 0.001$) и най-нисък сред българските (1.9%).

ТАБЛИЦА 6. НАТИСК И ПРИТЕСНЕНИЯ, СВЪРЗАНИ С КОМЕНТАРИТЕ НА СЪОТБОРНИЦИТЕ/ТРЕНЬОРИТЕ ОТНОСНО ДИЕТАТА И ФИГУРАТА

	Хърватия		Италия		Полша		Северна Македония		България		Гърция		Общо		стойност
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Всички „да“															
Разговарям за диетата с приятелите си от отбора.	93	43.3	15	30.0	26	50.0	36	70.6	8	14.8	7	17.5	185	40.0	<0.001
Изнервя ме фактът, че треньорът ми контролира теглото ми.	13	6.0	11	22.0	0	0.0	10	19.6	1	1.9	2	5.0	37	8.0	<0.001
Сравнявам се с приятелите си от отбора по отношение на телесното тегло.	61	28.4	11	22.0	24	46.2	16	31.4	6	11.1	5	12.5	123	26.6	0.002
Притеснява ме, когато треньорът ми ме моли да се претеглям често.	20	9.3	8	16.0	1	1.9	13	25.5	1	1.9	4	10.0	47	10.2	<0.001
Влияе ми, когато треньорът ми говори за телесното ми тегло.	41	19.1	11	22.0	5	9.6	18	35.3	2	3.7	3	7.5	80	17.3	<0.001
Чувствам се неудобно, когато треньорът ми и колегите от екипа ми говорят за теглото и формата на тялото.	48	22.3	16	32.0	5	9.6	12	23.5	3	5.6	12	30.0	96	20.8	0.003
Не се чувствам добре, когато колегите от екипа ми говорят за тялото ми.	111	51.6	13	26.0	13	25.0	14	27.5	3	5.6	14	35.0	168	36.4	<0.001
Чувствам се добре, ако тежа по-малко от колегите си от отбора.	68	31.6	6	12.0	18	34.6	13	25.5	7	13.0	13	32.5	125	27.1	0.004
Натиск от треньор/съотборници	25	11.6	9	18.0	4	7.7	11	21.6	1	1.9	1	2.5	51	11.0	<0.001



3.1.5. СПОРТИСТИ В ПОТЕНЦИАЛЕН РИСК ОТ РАЗВИВАНЕ НА ХРАНИТЕЛНО РАЗСТРОЙСТВО, ОЦЕНЕН С ВЪПРОСНИЦИТЕ EDSA

В Таблицы 7 и 8 са показани избрани характеристики на спортистите, които са изложени на потенциален риск от хранителни разстройства, оценен с въпросника EDE-A (Таблица 7) и въпросника EDSA (Таблица 8). **От 48 (10.4%) спортисти**, които са в потенциален риск от хранителни разстройства, **жените са значително повече** (77.1%; $p=0.002$), с изключение на Полша и Гърция, където всички тези спортисти са мъже (Таблица 7). Няма значителна разлика по отношение на хранителния статус. Повечето от участниците в изследването имат **нормално тегло** (70.8%, $p=0.960$). Спортистите с поднормено тегло са 6.3% – всички от Хърватия, а 22.9% от спортистите с наднормено тегло също са от Хърватия и Северна Македония. Що се отнася до практикуваните спортове, също не се наблюдава значителна разлика. Почти две трети от участниците практикуват по-малко чувствителни към теглото **спортове с топка** като волейбол, хандбал, тенис, софтбоул и футбол (66.7%, $p=0.995$). Освен гореспоменатия клас спортове, в Хърватия и Северна Македония се практикуват естетически спортове, чувствителни към теглото, като фигурно пързалане, танци и гимнастика (съответно 12.5% и 14.3%) и чувствителни към теглото силови спортове, като лека атлетика, триатлон (съответно 9.4% и 14.3%). В потенциален риск са и спортистите от Хърватия 9.4% и България – 50.0%, които практикуват чувствителни към теглото спортове като бойни спортове.

Хранителните навици на спортистите в потенциален риск не се различава значително – 83.3% спазват **диета, която умерено се придържа към препоръките на EAT-Lancet**, 2.1% се придържат слабо (1 от Хърватия), а 14.6% придържат стриктно (5 от Хърватия и 2 от Северна Македония). **Почти половината от спортистите изпитват натиск от страна на треньор/съотборници** (47.9%, $p<0.001$), като най-много са участниците от Хърватия (56.3%), Северна Македония (57.1%) и една трета от Полша (33.3%). Италианските, гръцките и българските спортисти не сигнализират за натиск (0.0%).

При **78.7%** от спортистите е налице възможен риск от XR, оценен с **въпросника EDSA** ($p<0.001$). Всички в потенциален риск от XR са полските спортисти (100.0%). Висока степен на съпадение има също в Хърватия (84.4%) и Северна Македония (71.4%), след това в България (50.0%), Италия (33.3%) и Гърция (0.0%).

Половината от **92 (19.9%) спортисти**, които са в потенциален риск от хранителни разстройства, са от Хърватия (N=47), 16 са от Полша, по 12 от Италия и Северна Македония, 3 от Гърция и 2 от България. Повечето спортисти са с **нормално тегло** (72.8%), като 6.5% са с поднормено тегло и 3.3% със затлъстяване, като най-много са били хърватските спортисти. Около половината от спортистите практикуват **спортове с топка** (63.0%, $p=0.176$), като най-много са от Полша, Гърция и Северна Македония. Други преобладаващи спортове са чувствителните към теглото спортове за издръжливост (10.9%), силовите спортове (8.7%) и спортовете с тежести (7.6%). Диетата на спортистите се придържа умерено към препоръките на EAT-Lancet (83.7%, $p=0.950$), като спортистите от Северна Македония я спазват най-стриктно (25.0%). **Една трета** (29.3%, $p<0.001$) от спортистите **изпитват натиск от страна на треньора и съотборниците си**, като най-много от тях са от Хърватия (40.4%), Северна Македония и Гърция (и двете по 33.3%), Полша (12.5%), Италия (8.3%) и най-малко в България (0.0%). **Две пети** от тази подгрупа спортисти също са в риск от XR, оценен с **въпросника EDE-A** (40.2%, $p<0.001$) – най-много в Хърватия (57.4%), след това в Северна Македония, Полша и България. В Италия няма съпадение между тези два въпросника.

ТАБЛИЦА 7. ХАРАКТЕРИСТИКИ НА СПОРТИСТИТЕ, ПРИ КОИТО ИМА ПОТЕНЦИАЛЕН РИСК ОТ ХРАНИТЕЛНИ РАЗСТРОЙСТВА, ОЦЕНЕНИ С EDE-A (N=48)

	Хърватия		Италия		Полша		Северна Македония		България		Гърция		Общо	стойност			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%					
Общо	32	100.0	3	100.0	3	100.0	7	100.0	2	100.0	1	100.0	48	100.0	<0.001		
Мъже	3	9.4	1	33.3	3	100.0	3	42.9	0	0.0	1	100.0	11	22.9	0.002		
Жени	29	90.6	2	66.7	0	0.0	4	57.1	2	100.0	0	0.0	37	77.1			
Хранителен статус	поднормено тегло	3	9.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	6.3	0.960	
	нормално тегло	20	62.5	3	100.0	3	100.0	5	71.4	2	100.0	1	100.0	34	70.8		
	наднормено тегло	9	28.1	0	0.0	0	0.0	2	28.6	0	0.0	0	0.0	11	22.9		
	затлъстяване	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0		
Вид спорт	спортове с топка	19	59.4	3	100.0	3	100.0	5	71.4	1	50.0	1	100.0	32	66.7	0.995	
	технически спортове	1	3.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	2.1		
	спортове, при които необходима голяма маса	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0		
	вдигане на тежести	4	12.5	0	0.0	0	0.0	1	14.3	0	0.0	0	0.0	5	10.4		
	спортове за издръжливост	3	9.4	0	0.0	0	0.0	1	14.3	0	0.0	0	0.0	4	8.3		
	силови спортове	2	6.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	4.2		
	спортове, при които необходима голяма сила	3	9.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	50.0	0	0.0	4	8.3		
	ниско придържане	1	3.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	2.1		
	умерено придържане	26	81.3	3	100.0	3	100.0	5	71.4	2	100.0	1	100.0	40	83.3		0.937
	високо придържане	5	15.6	0	0.0	0	0.0	2	28.6	0	0.0	0	0.0	7	14.6		
Натиск от треньор/съотборници	18	56.3	0	0.0	1	33.3	4	57.1	0	0.0	0	0.0	23	47.9	<0.001		
В потенциален риск, оценен с EDSA	27	84.4	1	33.3	3	100.0	5	71.4	1	50.0	0	0.0	37	78.7	<0.001		



ТАБЛИЦА 8. ХАРАКТЕРИСТИКИ НА СПОРТИСТИТЕ, ПРИ КОИТО ИМА ПОТЕНЦИАЛЕН РИСК ОТ ХРАНИТЕЛНИ РАЗСТРОИВТА, ОЦЕНЕНИ С EDSA (N=92)

	Хърватия		Италия		Полша		Северна Македония		България		Гърция		Общо		стойност	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Общо	47	100.0	12	100.0	16	100.0	12	100.0	2	100.0	3	7.5	92	100.0	<0.001	
Мъже	7	14.9	3	25.0	13	81.3	4	33.3	0	0.0	1	2.5	28	30.4		
Жени	40	85.1	9	75.0	3	18.8	8	66.7	2	100.0	2	5.0	64	69.6	<0.001	
Хранителен статус	поднормено тегло	5	10.6	0	0.0	1	6.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	6	6.5	
	нормално тегло	30	63.8	10	83.3	14	87.5	8	66.7	2	100.0	3	10.0	67	72.8	0.697
	наднормено тегло	10	21.3	1	8.3	1	6.3	4	33.3	0	0.0	0	0.0	16	17.4	
	затлъстяване	2	4.3	1	8.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	3.3	
	спортове с топка	23	48.9	5	41.7	16	100.0	10	83.3	1	50.0	3	10.0	58	63.0	
	технически спортове	3	6.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	3.3	
	спортове, при които е необходима голяма маса	1	2.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	1.1	
Вид спорт	вдигане на тежести	3	6.4	1	8.3	0	0.0	1	8.3	0	0.0	0	0.0	5	5.4	0.176
	спортове за издръжливост	7	14.9	2	16.7	0	0.0	1	8.3	0	0.0	0	0.0	10	10.9	
	силови спортове	4	8.5	4	33.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	8	8.7	
	спортове, при които е необходима голяма сила	6	12.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	50.0	0	0.0	7	7.6	
Индекс за Planetary Health Diet	ниско придържане	1	2.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	1.1	
	умерено придържане	38	80.9	10	83.3	15	93.8	9	75.0	2	100.0	3	10.0	77	83.7	0.950
високо придържане	8	17.0	2	16.7	1	6.3	3	25.0	0	0.0	0	0.0	14	15.2		
Натиск от треньор/съотборници	19	40.4	1	8.3	2	12.5	4	33.3	0	0.0	1	33.3	27	29.3	<0.001	
В риск, оценен с EDE-A	27	57.4	0	0.0	3	18.8	5	41.7	1	50.0	1	33.3	37	40.2	<0.001	

3.1.6. ИНФОРМИРАНОСТТА НА СПОРТИСТИТЕ ОТНОСНО ХРАНИТЕЛНИТЕ РАЗСТРОИВТА

Спортистите оценяват знанията си относно хранителните разстройства от „не съм наясно“ до „напълно наясно съм“ (Таблица 9). Северномакедонските и хърватските спортисти са по-информирани от другите подгрупи за Анорексия Нервоза (съответно 35.3% и 34.4%; $p < 0.001$) и Булимия Нервоза (съответно 25.5% и 30.2%; $p < 0.001$), гръцките и българските – за преяждането (съответно 30.2% и 24.1%; $p < 0.001$) и за Орторексия Нервоза (съответно 10.0% и 13.3%; $p < 0.001$), хърватските и полските спортисти са наясно с избягване/ограничаване на храненето (съответно 20.9% и 19.2%; $p < 0.001$), а полските и българските спортисти за Бигорексия нервоза (съответно 13.5% и 11.1%; $p < 0.001$). Италианските спортисти са най-неинформирани относно споменатите хранителни разстройства.

Във връзка с горепосочените резултати, относно познанията на спортистите за хранителните разстройства, те бяха помолени да изберат най-предпочитания начин да получат информация за хранителните разстройства. Резултатите са представени в Таблица 10. Спортистите от всички държави посочват **уебстраница/блог като най-предпочитан начин** (33.6%, $p < 0.001$). Хърватските, гръцките и българските спортисти предпочитат уебинари и уъркшоупи, а италианските, полските, гръцките и северномакедонските спортисти посочват печатни наръчници. Консултации с експерти посочват само италианските спортисти (14.5%), а 4.5% от хърватските спортисти отбелязват „друго“ като опция за получаване на допълнителна информация за ХР.

ТАБЛИЦА 9. ИНФОРМИРАНОСТТА НА СПОРТИСТИТЕ ОТНОСНО ХРАНИТЕЛНИТЕ РАЗСТРОИВТА

Информираност	Хърватия		Италия		Полша		Северна Македония		България		Гърция		Общо		стойност
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Анорексия Нервоза															
не съм запознат	31	14.4	20	40.0	6	11.5	5	9.8	1	1.9	4	10.0	67	14.5	
чувал съм	110	51.2	28	56.0	38	73.1	28	54.9	40	74.1	29	72.5	273	59.1	<0.001
добре запознат съм	74	34.4	2	4.0	8	15.4	18	35.3	13	24.1	7	17.5	122	26.4	
Булимия Нервоза															
не съм запознат	46	21.4	18	36.0	16	30.8	9	17.6	2	3.7	4	10.0	95	20.6	
чувал съм	104	48.4	30	60.0	30	57.7	29	56.9	44	81.5	35	87.5	272	58.9	<0.001
добре запознат съм	65	30.2	2	4.0	6	11.5	13	25.5	8	14.8	1	2.5	95	20.6	
Преяждане															
не съм запознат	25	11.6	20	40.0	8	15.4	10	19.6	1	1.9	10	25.0	74	16.0	
чувал съм	125	58.1	29	58.0	34	65.4	29	56.9	40	74.1	27	67.5	284	61.5	<0.001
добре запознат съм	65	30.2	1	2.0	10	19.2	12	23.5	13	24.1	3	7.5	104	22.5	
Ограничаване на храна															
не съм запознат	58	27.0	24	48.0	4	7.7	10	19.6	0	0.0	8	20.0	104	22.5	
чувал съм	112	52.1	25	50.0	38	73.1	32	62.7	44	81.5	31	77.5	282	61.0	<0.001
добре запознат съм	45	20.9	1	2.0	10	19.2	9	17.6	10	18.5	1	2.5	76	16.5	
Бигорексия Нервоза															
не съм запознат	131	60.9	27	54.0	21	40.4	17	33.3	4	7.4	11	27.5	211	45.7	
чувал съм	65	30.2	21	42.0	27	51.9	29	56.9	44	81.5	26	65.0	212	45.9	<0.001
добре запознат съм	19	8.8	2	4.0	7	13.5	5	9.8	6	11.1	3	7.5	42	9.1	
Орторексия Нервоза															
не съм запознат	149	69.3	27	54.0	30	57.7	19	37.3	3	5.6	17	42.5	245	53.0	
чувал съм	46	21.4	22	44.0	19	36.5	29	56.9	44	81.5	19	47.5	179	38.7	<0.001
добре запознат съм	20	9.3	1	2.0	3	5.8	3	5.9	7	13.0	4	10.0	38	8.2	

Таблица 10. Предпочитан от спортистите начин за получаване на информация относно хранителните разстройства (N=462)

	Хърватия		Италия		Полша		Северна Македония		България		Гърция		Общо		стойност
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Уебстраница/блог	101	26.6	29	46.8	23	44.2	35	37.6	30	50.8	12	30.0	230	33.6	
Уебинари	141	37.2	4	6.5	6	11.5	18	19.4	24	40.7	11	27.5	204	29.8	
Консултация с експерти	0	0.0	9	14.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	9	1.3	<0.001
Уъркшоупи	82	21.6	9	14.5	12	23.1	22	23.7	4	6.8	1	2.5	130	19.0	
Печатен наръчник	38	10.0	11	17.7	11	21.2	18	19.4	1	1.7	16	40.0	95	13.9	
Друго	17	4.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	17	2.5	



3.2. РОДИТЕЛИТЕ НА СПОРТИСТИТЕ

Средната възраст на **родителите на 519 спортисти** е 43 години (Таблица 11). Почти половината от родителите са от Хърватия (45.9%), следвани от Полша (13.9%), България (11.8%), Северна Македония (10.6%), Италия (9.6%) и Гърция (8.3%). Средно почти всички родители са били женени (79.6%), като няма съществени разлики между отделните държави. По-голямата част от родителите са имат **нормално телесно тегло** (ИТМ 24.52 кг/м²). България (14.8%) и Хърватия (10.1%) се открояват с родители с поднормено тегло. Наднорменото тегло и затлъстяването се открояват в Северна Македония (41.8%) и Хърватия (40.3%) ($p < 0.001$). Повечето родители са **непушачи** (62.6%, $p < 0.001$). Най-голям е броят на пушачите в Северна Македония (58.2%, $p < 0.001$). Почти половината от родителите практикуват **умерена физическа активност** (48.6%). Най-ниски нива на физическа активност има сред хърватските родители (31.5%), а най-високи – сред полските родители (45.8%, $p < 0.001$). Една трета от родителите заявяват, че са завършили **средно образование** (37.0%), а една трета – **висше** (34.5%).

Голям дял от родителите **работят** (86.1%, $p < 0.001$), най-много са участниците от Хърватия (93.3%), а най-

малко от Италия и Гърция. Две трети от родителите (61.8%) имат **доходи около средните за страната**. Италианските родители са с доход под средния за страната (18%, $p < 0.001$), а гръцките родители са с доход, по-висок от средния за страната. По-голямата част от родителите заявяват, че живеят в **градски район** (71.1%, $p < 0.001$), с изключение на полските и гръцките родители (83.3%), които живеят предимно в селски район. Всички родители се придържат **умерено към индекса EAT-Lancet** (85.5%; $p < 0.001$). Италианските родители (38.0%) се придържат най-стриктно към индекса The EAT-Lancet. Родителите посочиха и спортовете, които практикуват децата им. Учатват най-много родители на деца, практикуващи спортове, класифицирани като **спортове с топка, които са по-малко чувствителни към теглото** (59.7%, $p < 0.001$), като всички те са от Полша и Гърция (и двете по 100.0%). Децата на хърватските и италианските родители тренират спортове за издръжливост, чувствителни към теглото (съответно 32.8% и 12.0%, $p < 0.001$), а децата на родителите от Северна Македония тренират силови спортове, чувствителни към теглото (32.7%, $p < 0.001$).

ТАБЛИЦА 11. СОЦИО-ДЕМОГРАФСКИ ХАРАКТЕРИСТИКИ НА РОДИТЕЛИТЕ НА СПОРТИСТИТЕ (N=519) (*MEAN (SD))

	Хърватия		Италия		Полша		Северна Македония		България		Гърция		Общо		стойност
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Мъже	64	26.9	15	30.0	25	34.7	23	41.8	32	52.5	2	4.7	161	31.0	
Жени	174	73.1	35	70.0	47	65.3	32	58.2	29	47.5	41	95.3	358	69.0	0.002
Общо	238	45.9	50	9.6	72	13.9	55	10.6	61	11.8	43	8.3	519	100.0	<0.001
Възраст (години)*	43.54	5.60	47.96	8.03	40.06	4.72	39.65	5.44	36.75	8.56	44.02	6.08	42.95	6.97	<0.001
Тегло (кг)*	72.50	16.13	67.52	0.80	77.73	19.60	76.62	15.58	68.66	14.7	74.48	5.74	72.72	16.12	0.0112
Височина (м)*	1.71	0.08	1.69	0.08	1.75	0.19	1.75	0.1	1.72	8.24	1.74	0.06	1.72	0.09	<0.001
Индекс телесна маса (кг/м ²)*	24.73	6.48	23.44	2.55	24.81	2.35	24.8	3.25	23.11	3.53	24.48	0.45	24.52	5.00	0.236
Поднормено тегло	24	10.1	0	0.0	1	1.4	1	1.8	9	14.8	1	2.3	36	6.9	
Нормално тегло	118	49.6	37	74.0	39	54.2	29	52.7	27	44.3	31	72.1	281	54.1	<0.001
Наднормено тегло	50	21.0	12	24.0	25	34.7	23	41.8	25	41.0	10	23.3	145	27.9	
Затлъстяване	46	19.3	1	2.0	7	9.7	2	3.6	0	0.0	1	2.3	57	11.0	
Пушач	67	28.2	13	26.0	10	13.9	32	58.2	6	9.8	9	20.9	137	26.4	
Непушач	152	63.9	30	60.0	56	77.8	16	29.1	47	77.0	24	55.8	325	62.6	<0.001
Бивш пушач	19	8.0	7	14.0	6	8.3	7	12.7	8	13.1	10	23.3	57	11.0	
Ниска физическа активност	75	31.5	11	22.0	16	22.2	9	16.4	13	21.3	3	7.0	127	24.5	
Умерена физическа активност	114	47.9	22	44.0	23	31.9	38	69.1	25	41.0	30	69.8	252	48.6	<0.001
Висока физическа активност	49	20.6	17	34.0	33	45.8	8	14.5	22	36.1	10	23.3	139	26.8	
Женен	194	81.5	34	68.0	58	80.6	45	81.8	48	78.7	37	86.0	416	80.2	
Живеец с партньор	17	7.1	9	18.0	1	1.4	1	1.8	7	11.5	3	7.0	38	7.3	
Овдовял	3	1.3	1	2.0	2	2.8	0	0.0	1	1.6	1	2.3	8	1.5	<0.001
Самотен родител	21	8.8	0	0.0	4	5.6	1	1.8	4	6.6	1	2.3	31	6.0	
Предпочитам да не казвам	3	1.3	6	12.0	7	9.7	8	14.5	1	1.6	1	2.3	26	5.0	
Начално образование	0	0.0	2	4.0	0	0.0	2	3.6	0	0.0	0	0.0	4	0.8	
Средно образование	86	36.1	29	58.0	20	27.8	32	58.2	2	3.3	23	53.5	192	37.0	<0.001
Бакалавърска степен	45	18.9	7	14.0	9	12.5	18	32.7	10	16.4	20	46.5	109	21.0	
Магистърска степен	83	34.9	10	20.0	41	56.9	3	5.5	42	68.9	0	0.0	179	34.5	
Докторска степен	24	10.1	2	4.0	2	2.8	1	1.8	7	11.5	0	0.0	36	6.9	
Работещ	222	93.3	40	80.0	61	84.7	50	90.9	54	88.5	20	46.5	447	86.1	
Безработен	3	1.3	3	6.0	5	6.9	4	7.3	5	8.2	3	7.0	23	4.4	<0.001
Работа на хонорар	8	3.4	6	12.0	5	6.9	1	1.8	1	1.6	20	46.5	41	7.9	
В пенсия	5	2.1	1	2.0	1	1.4	0	0.0	1	1.6	0	0.0	8	1.5	
Доход под средния за страната	30	12.6	9	18.0	5	6.9	4	7.3	1	1.6	1	2.3	50	9.6	
Среден доход за страната	144	60.5	35	70.0	42	58.3	34	61.8	44	72.1	22	51.2	321	61.8	<0.001
Доход над средния за страната	64	26.9	6	12.0	25	34.7	17	30.9	16	26.2	20	46.5	148	28.5	
Живеец в градски район	223	93.7	38	76.0	12	16.7	47	85.5	47	77.0	2	4.7	369	71.1	<0.001
Живеец в селски район	15	6.3	12	24.0	60	83.3	8	14.5	14	23.0	41	95.3	150	28.9	
Индекс EAT-Lancet*	24.61	3.04	26.76	4.16	24.13	3.18	22.63	3.09	23.4	2.1	21.33	1.24	24	3.3	<0.001
Ниско придържане	1	0.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.2	
Умерено придържане	202	84.9	31	62.0	59	81.9	52	94.5	60	98.4	40	93.0	444	85.5	<0.001
Високо придържане	35	14.7	19	38.0	13	18.1	3	5.5	1	1.6	3	7.0	74	14.3	
Детето ми тренира:															
спортове с топка	74	31.1	43	86.0	72	100.0	32	58.2	46	75.4	43	100.0	310	59.7	<0.001
технически спортове	5	2.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	5	1.0	<0.001
спортове, при които е необходима голяма маса	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	1.6	0.0	0.0	1	0.2	<0.001
вдигане на тежести	48	20.2	1	2.0	0	0.0	0	0.0	3	4.9	0.0	0.0	52	10.0	<0.001
спортове за издръжливост	78	32.8	6	12.0	0	0.0	5	9.1	5	8.2	0.0	0.0	94	18.1	<0.001
силови спортове	18	7.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	18	3.5	<0.001
спортове, при които е необходима голяма сила	15	6.3	0	0.0	0	0.0	18	32.7	6	9.8	0.0	0.0	39	7.5	<0.001



3.2.1. МНЕНИЕТО НА РОДИТЕЛИТЕ ОТНОСНО КОНТРОЛА НА ТЕГЛОТО НА ТЕХНИТЕ ДЕЦА

Контролът на теглото сред спортистите, забелязано и оценено от техните родители, е представено в Таблица 12. По-голямата част от родителите (93.4%, $p=0.012$) заявяват, че детето им **не е имало 3 или повече травми през последния тренировъчен сезон или не е приключило предсрочно последния сезон поради травма**. Полските (13.9%) и северномакедонските родители (12.7%) съобщават в най-висок дял, че детето им е имало травми. Възприемането на родителите относно притесненията на детето им за напълняване извън сезона или когато не може да тренира поради контузия показва, че **73.0% от родителите смятат, че детето им не се притеснява** за това. Гръцките (18.6%), хърватските

(15.5%) и северномакедонските (12.7%) родители най-често заявяват, че детето им се притеснява, а 26.2% от българските родители смятат, че децата им не се притесняват за това (59.0%). Голяма част от родителите (69.7%, $p<0.001$) смятат, че **детето им не трябва да сваля килограми**, за да поддържа постиженията си. Отличава се Северна Македония, където само половината от родителите са на такова мнение, а 40% смятат, че детето им трябва да отслабне с 0.5 до 5 кг, за да бъде в най-добрата си форма. **Хърватските и гръцките родители заявяват, че детето им трябва да отслабне от 2 до над 7 кг**, за да постигне най-добрите си спортни резултати.

ТАБЛИЦА 12. МНЕНИЕТО НА РОДИТЕЛИТЕ ПО ОТНОШЕНИЕ НА КОНТРОЛА НА ТЕГЛОТО НА ДЕЦАТА ИМ СПОРТИСТИ (N=519)

	Хърватия		Италия		Полша		Северна Македония		България		Гърция		Общо		стойност
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Имало ли е детето ви 3 или повече контузии през изминалия тренировъчен сезон ИЛИ изминалия сезон е приключил по-рано поради контузия?															
да	11	4.6	4	8.0	10	13.9	7	12.7	1	1.6	1	2.3	34	6.6	0.012
Притеснява ли се детето ви да не напълнее извън сезона или когато не може да тренира поради контузия?															
да	37	15.5	7	14.0	6	8.3	7	12.7	9	14.8	8	18.6	74	14.3	<0.001
не	194	81.5	41	82.0	61	84.7	44	80.0	16	26.2	23	53.5	379	73.0	
не знам	7	2.9	2	4.0	4	5.6	4	7.3	36	59.0	12	27.9	65	12.5	
Понастоящем спазва ли детето ви специфичен хранителен режим, за да постигне най-доброто си тегло?															
да	42	17.6	6	12.0	14	19.4	10	18.2	11	18.0	11	25.6	94	18.1	<0.001
не	187	78.6	42	84.0	57	79.2	44	80.0	14	23.0	13	30.2	357	68.8	
не знам	9	3.8	2	4.0	1	1.4	1	1.8	36	59.0	19	44.2	68	13.1	
Казвал ли е някога някой на детето ви, че трябва да отслабне, който не е здравен специалист?															
да	32	13.4	16	32.0	7	9.7	14	25.5	7	11.5	9	20.9	85	16.4	<0.001
не	196	82.4	31	62.0	58	80.6	35	63.6	18	29.5	24	55.8	362	69.7	
не знам	10	4.2	3	6.0	7	9.7	6	10.9	36	59.0	10	23.3	72	13.9	
Колко смятате, че трябва да отслабне детето ви, за да достигне най-доброто си тегло?															
не е необходимо	183	76.9	33	66.0	58	80.6	30	54.5	52	85.2	19	44.2	375	72.3	<0.001
0.5 до 2 кг	20	8.4	5	10.0	5	6.9	15	27.3	5	8.2	1	2.3	51	9.8	
2 до 5 кг	15	6.3	7	14.0	5	6.9	7	12.7	1	1.6	20	46.5	55	10.6	
5 до 7 кг	9	3.8	0	0.0	0	0.0	2	3.6	0	0.0	2	4.7	13	2.5	
повече от 7 кг	8	3.4	0	0.0	2	2.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0	10	1.9	
не знам	3	1.3	5	10.0	2	2.8	1	1.8	3	4.9	1	2.3	15	2.9	

3.2.2. СКРИНИНГ НА ХРАНИТЕЛНИТЕ РАЗСТРОЙСТВА ПРИ СПОРТИСТИТЕ (EDSA), ОЦЕНЕН ОТ ТЕХНИТЕ РОДИТЕЛИ

Резултатите от въпросника „Скрининг на хранителните разстройства при спортистите“ (EDSA), оценени от родителите, са представени в таблица 13. От общата група родители, **98.7%** заявяват, че **детето им не е диагностицирано с какъвто и да е вид хранително разстройство** ($p<0.001$), но 8.0% от италианските родители съобщават, че детето им е диагностицирано с ХР, следвани от гръцките (2.3%), полските (1.4%) и хърватските родители (0.4%). Според резултатите от въпросника EDSA, **7.3% от родителите описват детето си като изложено на риск от хранително разстройство**. Най-притеснени са родителите от **Полша** (18.1%) и Италия (14.0%, $p<0.001$). По-голямата част от родителите отбелязват „винаги“ (2.3%, $p=0.246$), когато става въпрос за това дали **теглото или формата на тялото на детето влияе върху неговото самочувствие**. Най-голям дял са родителите от България (6.6%), а най-малък от Северна Македония (0.0%).

Италианските родители (4.0%, $p=0.125$) отговарят „винаги“ на въпроса дали детето им е недоволено от теглото или формата на тялото си. В рамките на този въпросник се отбелязват още по-добри резултати при въпросите, свързани с опасенията, че теглото или формата на тялото ще се променят, ако детето не може да спортува; е налице желание за отслабване, въпреки че другите смятат, че детето вече е слабо; притесненията, че детето ще загуби контрол върху храненето, защото това може да се отрази на теглото или формата на тялото. Италианските родители най-често отговарят с „винаги“ на тези въпроси, за разлика от останалите родители. Полските родители се открояват единствено при въпросите, свързани с това дали детето им се опитва да избягва определени храни, за да повлияе на теглото или формата на тялото си – 4.2% от тях заявяват, че детето им постоянно го прави ($p=0.088$).

ТАБЛИЦА 13. СКРИНИНГ НА ХРАНИТЕЛНИТЕ РАЗСТРОЙСТВА ПРИ СПОРТИСТИТЕ (СХРС), ОЦЕНЕНИ ОТ РОДИТЕЛИТЕ (N=519)

	Хърватия		Италия		Полша		Северна Македония		България		Гърция		Общо		стойност
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Детето ми е диагностицирано с хранително разстройство															
да	1	0.4	4	8.0	1	1.4	0	0.0	0	0.0	1.0	2.3	7	1.3	<0.001
Скрининг на хранителните разстройства сред спортистите (СХРС)															
резултат*	1.57	0.72	1.92	0.77	2.29	1.00	2.13	0.72	2.27	0.4	2.81	0.18	1.87	0.81	<0.001
В риск от хранително разстройство	10	4.2	7	14.0	13	18.1	4	7.3	3	4.9	1	2.3	38	7.3	<0.001
Теглото и външният вид на тялото му влияят върху самочувствието му															
винаги	4	1.7	1	2.0	2	2.8	0	0.0	4	6.6	1	2.3	12	2.3	0.246
Чувства не неудовлетворен от теглото и външният вид на тялото си															
винаги	2	0.8	2	4.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0.8	0.125
Притеснява се, че теглото и външният вид на тялото му ще се промени, ако не спортува															
винаги	4	1.7	1	2.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	5	1.0	0.536
Иска да отслабне, въпреки, че мислят, че той вече е слаб															
винаги	4	1.7	1	2.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	5	1.0	0.536
Притеснява се, че може да загуби контрол върху храненето и това да се отрази на теглото, формата или структурата на тялото му															
винаги	2	0.8	1	2.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	0.6	0.641
Опитва се да избягва определени храни, за да отслабне															
винаги	2	0.8	2	4.0	3	4.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	7	1.3	0.088

ТАБЛИЦА 14. РИСКОВИ ПОВЕДЕНИЯ ЗА РАЗВИТИЕ НА ХРАНИТЕЛНО РАЗСТРОЙСТВО, ЗАБЕЛЯЗАНИ ОТ РОДИТЕЛИТЕ (N=519)

Забелязали ли сте, че детето ви:	Хърватия		Италия		Полша		Северна Македония		България		Гърция		Общо		стойност
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
има значителна загуба, наддаване или колебания в теглото	10	4.2	3	6.0	10	13.9	5	9.1	5	8.2	5	11.6	38	7.3	0.087
е променил/а хранителните си навици	28	11.8	7	14.0	15	20.8	8	14.5	12	19.7	9	20.9	79	15.2	<0.001
е обсебено от храната	15	6.3	3	6.0	3	4.2	2	3.6	2	3.3	3	7.0	28	5.4	<0.001
има негативно отношение към външния вид на тялото си	16	6.7	7	14.0	6	8.3	5	9.1	0	0.0	3	7.0	37	7.1	<0.001
предпочита да се храни само или да крие хранителните си навици от другите	13	5.5	3	6.0	6	8.3	1	1.8	0	0.0	0	0.0	23	4.4	<0.001
е имало травматично преживяване с определен вид храна	15	6.3	4	8.0	2	2.8	2	3.6	2	3.3	1	2.3	26	5.0	<0.001
има слаб интерес към храненето	26	10.9	3	6.0	1	1.4	1	1.8	3	4.9	2	4.7	36	6.9	<0.001
е емоционално, когато говори за своето тегло или форма	25	10.5	15	30.0	9	12.5	2	3.6	5	8.2	1	2.3	57	11.0	<0.001
се притеснява от напълняване?	31	13.0	12	24.0	10	13.9	8	14.5	10	16.4	6	14.0	77	14.8	<0.001
обикновено отива веднага в банята след хранене	14	5.9	5	10.0	1	1.4	16	29.1	0	0.0	2	4.7	38	7.3	<0.001
спортува прекомерно	9	3.8	4	8.0	5	6.9	1	1.8	6	9.8	3	7.0	28	5.4	0.291
консумира необичайно голямо количество храна	17	7.1	2	4.0	4	5.6	2	3.6	2	3.3	1	2.3	28	5.4	<0.001
използва разслабителни	5	2.1	2	4.0	1	1.4	0	0.0	0	0.0	2	4.7	10	1.9	<0.001
използва диуретици	5	2.1	2	4.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	2.3	8	1.5	<0.001
използва добавки за повишаване на мускулната маса	12	5.0	3	6.0	12	16.7	3	5.5	1	1.6	1	2.3	32	6.2	<0.001

ТАБЛИЦА 15. ОТ КОГО ТЪРСЯТ ПОМОЩ РОДИТЕЛИТЕ, АКО ДЕТЕТО ИМ ИМА ПРИЗНАЦИ НА ХРАНИТЕЛНО РАЗСТРОЙСТВО (N=519)

	Хърватия		Италия		Полша		Северна Македония		България		Гърция		Общо		стойност
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
семеен лекар	128	53.8	5	10.0	32	44.4	33	60.0	9	14.8	30	69.8	237	45.7	
психолог	45	18.9	8	16.0	19	26.4	2	3.6	8	13.1	1	2.3	83	16.0	
спортен диетолог	23	9.7	2	4.0	16	22.2	4	7.3	9	14.8	3	7.0	57	11.0	
спортен лекар	5	2.1	4	8.0	2	2.8	10	18.2	32	52.5	4	9.3	57	11.0	<0.001
треньор	17	7.1	3	6.0	14	19.4	1	1.8	2	3.3	1	2.3	38	7.3	
семейство/приятели	15	6.3	27	54.0	5	6.9	3	5.5	1	1.6	3	7.0	54	10.4	
друго	5	2.1	1	2.0	2	2.8	1	1.8	0	0.0	1	2.3	10	1.9	

3.2.3. РИСКОВИ ПОВЕДЕНИЯ ЗА РАЗВИТИЕ НА ХРАНИТЕЛНО РАЗСТРОЙСТВО, ЗАБЕЛЯЗАНИ ОТ РОДИТЕЛИТЕ

Родителите предоставиха информация, относно това дали са забелязали рисковото поведение за развитие на хранително разстройство, у своето дете спортист, като резултатите са представени в Таблица 14. **Същите въпроси бяха зададени на децата им и на треньорите.** За да се открие този проблем навреме, е важно обкръжението да забележи наличието на рискови фактори у детето възможно най-скоро. Такива промени могат да бъдат забелязани в ежедневието, но родителите трябва да са първите, които да ги засекат. Във въпросника бяха изброени рисковите фактори за ХР и се провери доколко родителите могат да ги забележат. От цялата група родители, **7.3%** от тях са забелязали, че **детето им е имало значителна загуба, наддаване или колебания в теглото. Най-много** са родителите от **Полша**, а най-малко – от **Хърватия** (съответно 13.9% и 4.2%, $p=0.087$). **Полските** (20.8%) и **гръцките** (20.9%) **родители**, заедно с **българските** (19.7%, $p<0.001$),

се открояват и при въпроса дали **детето е променило хранителните си навици**, което хърватските родители са забелязали в най-малък дял (11.8%). Повечето **гръцки родители** са забелязали, че **детето им е обсебено от храната** (7.0%, $p<0.001$), а българските не са забелязали подобно поведение. Малка част от родителите заявяват, че детето им има негативно отношение към образа на тялото си (7.0%), като най-много от тях са италианските родители, а най-малко – българските (съответно 14.0% и 0.0%, $p<0.001$). **Полските родители** забелязват повече от другите групи родители, че **детето им обича да се храни само или крие хранителните си навици от другите** (8.3%, $p<0.001$). Българските родители не забелязват подобно нещо (0.0%). **Италианските родители** отбелязват повече от другите, че **детето им е имало трампащ опит с определен вид храна** (8.0%), което полските (2.8%) и гръцките (2.3%) родители забелязват най-малко ($p<0.001$). Най-



много родители, които забелязват, че **детето им има слаб интерес към храната, са хърватските** (10.9%), а най-малко – полските (1.4%; $p < 0.001$). Една трета от **италианските родители** (30.0 %, $p < 0.001$) забелязват, че **детето им е емоционално**, когато говори за теглото или формата на тялото си, а една четвърт от тях (24.0%, $p < 0.001$) забелязват също, че **детето им се притеснява от напълняване**. Хърватите забелязват това в най-малка степен (13.0%).

Един от рисковите фактори за ХР, който най-често само родителят може да забележи, е **ходенето до тоалетна веднага след хранене**. Почти **една трета от родителите от Северна Македония** забелязват това. За разлика от тях, българските родители изобщо не забелязват подобно поведение (съответно 29.1% и 0.0%, $p < 0.001$). **Упражненията в прекомерно количество** могат да бъдат възможен рисков фактор, което **българските родители** са забелязали сред децата си спортисти най-много от цялата група родители (9.8%, $p = 0.291$), а родителите от Северна Македония – най-малко (1.8%). **Италианските и гръцките родители**, в по-голяма степен от останалите родители, забелязват, че **детето им употребява разхлабителни или диуретици** (и

двете $p < 0.001$). Българските родители не забелязват подобно поведение (0.0%, $p < 0.001$). Употребата на **добавки за увеличаване на мускулната маса** се забелязва най-много от **полските родители** (16.7%, $p < 0.001$) и най-малко от българските (1.6%).

Родителите бяха помолени да отбележат **най-довереният си помощник**, ако детето им има признаци на хранително разстройство. Резултатите са представени в таблица 15. Голям брой родители биха потърсили помощ първо от **семеиния лекар** (45.7%, $p < 0.001$) – най-много от гръцките (69.8%) и северномакедонските (60.0%), най-малко от италианските родители (10.0%). На второ място се нареждат психолозите (17.2%), а веднага след тях са спортните диетолози (11.0%) и спортните лекари (11.0%). Полските родители се доверяват на себе си (съответно 26.4% и 22.2%). На спортния лекар най-много се доверяват българските родители (52.5%), а най-малко – хърватските (2.1%). Треньорът е посочван най-често от родителите от Полша (19.4 %) и най-малко от родителите от Северна Македония (1.8 %). „Приятели и роднини“ първи ще попитат родителите от Италия, за разлика от родителите от България (1.6%). Родителите отбелязват и „друго“, в сходни пропорции, с изключение на българските родители, които не отбелязват това (0.0%).

3.2.4. ИНФОРМИРАНОСТТА НА РОДИТЕЛИТЕ ОТНОСНО ХРАНИТЕЛНИТЕ РАЗСТРОЙСТВА

Родителите бяха помолени да оценят знанията си относно конкретните хранителни разстройства от „не съм наясно“ до „напълно наясно съм“ (Таблица 16). Всички групи родители, най-често отбелязват **„донякъде съм наясно“ или „чувавам съм“**. Българските родители се отличават с това, че са по-информирани относно Анорексия Нервоза, Булимия Нервоза, Рестриктивно хранене и Препреждане (съответно 70.5%, 70.5% и 65.6%, всички $p < 0.001$), както и че не са наясно с Бигорексия Нервоза и Орторексия Нервоза (и двете 0.0 %, $p < 0.001$). След **българските родители, хърватските и северномакедонските родители** са следващите **най-запознати с хранителните разстройства**, следвани от италианските и гръцките родители. Полските родители са най-

неинформирани по отношение на изброените ХР, в сравнение с другите групи родители.

Родителите бяха помолени да изберат **предпочитания от тях начин за получаване на информация относно хранителните разстройства** (Таблица 17). Половината от родителите (50.9%, $p < 0.001$) предпочитат **уебстраници или блогове**, като най-много от тях са българските и хърватските родители. Останалите избират обучение чрез уебинари (15.5%), печатни ръководства (17.2%) и уъркшопи (15.4%). Само една трета от поляците (31.3%) и гърците (30.2%) предпочитат обучение чрез печатни наръчници и консултации с експерти (2.3%). Само хърватите са отбелязват „друго“ (1.9%).



ТАБЛИЦА 16. ИНФОРМИРАНОСТТА НА РОДИТЕЛИТЕ ОТНОСНО ХРАНИТЕЛНИТЕ РАЗСТРОЙСТВА (N=519)

Информираност	Хърватия		Италия		Полша		Северна Македония		България		Гърция		Общо		стойност
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Анорексия Нервоза															
не съм запознат	1	0.4	3	6.0	6	8.3	2	3.6	1	1.6	3	7.0	16	3.1	
чувал съм	128	53.8	39	78.0	57	79.2	31	56.4	17	27.9	33	76.7	305	58.8	<0.001
добре запознат съм	109	45.8	8	16.0	9	12.5	22	40.0	43	70.5	7	16.3	198	38.2	
Булимия Нервоза															
не съм запознат	4	1.7	6	12.0	2	2.8	2	3.6	3	4.9	2	4.7	19	3.7	
чувал съм	126	52.9	37	74.0	63	87.5	36	65.5	15	24.6	30	69.8	307	59.2	<0.001
добре запознат съм	108	45.4	7	14.0	7	9.7	17	30.9	43	70.5	11	25.6	193	37.2	
Преяждане															
не съм запознат	2	0.8	8	16.0	7	9.7	1	1.8	5	8.2	5	11.6	28	5.4	
чувал съм	131	55.0	40	80.0	59	81.9	37	67.3	16	26.2	31	72.1	314	60.5	<0.001
добре запознат съм	105	44.1	2	4.0	6	8.3	17	30.9	40	65.6	7	16.3	177	34.1	
Ограничаване на храна															
не съм запознат	15	6.3	13	26.0	4	5.6	3	5.5	6	9.8	5	11.6	46	8.9	
чувал съм	144	60.5	33	66.0	62	86.1	37	67.3	11	18.0	37	86.0	324	62.4	<0.001
добре запознат съм	79	33.2	4	8.0	6	8.3	15	27.3	44	72.1	1	2.3	149	28.7	
Бигорексия Нервоза															
не съм запознат	82	34.5	27	54.0	28	38.9	4	7.3	10	16.4	11	25.6	162	31.2	
чувал съм	114	47.9	21	42.0	42	58.3	35	63.6	51	83.6	27	62.8	290	55.9	<0.001
добре запознат съм	42	17.6	2	4.0	2	2.8	16	29.1	0	0.0	5	11.6	67	12.9	
Орторексия Нервоза															
не съм запознат	103	43.3	26	52.0	32	44.4	6	10.9	11	18.0	17	39.5	195	37.6	
чувал съм	97	40.8	22	44.0	38	52.8	28	50.9	50	82.0	23	53.5	258	49.7	<0.001
добре запознат съм	38	16.0	2	4.0	2	2.8	21	38.2	0	0.0	3	7.0	66	12.7	

ТАБЛИЦА 17. ПРЕДПОЧИТАН ОТ РОДИТЕЛИТЕ НАЧИН ЗА ПОЛУЧАВАНЕ НА ИНФОРМАЦИЯ ОТНОСНО ХРАНИТЕЛНИТЕ РАЗСТРОЙСТВА (N=519)

	Хърватия		Италия		Полша		Северна Македония		България		Гърция		Общо		стойност
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Уебстраница/блог	178	54.9	28	45.9	34	41.0	48	51.1	59	56.7	14	32.6	361	50.9	
Уебинари	43	13.3	13	21.3	11	13.3	28	29.8	14	13.5	1	2.3	110	15.5	
Консултация с експерти	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	2.3	1	0.1	<0.001
Уъркшопи	46	14.2	13	21.3	12	14.5	8	8.5	16	15.4	14	32.6	109	15.4	
Печатен наръчник	51	15.7	7	11.5	26	31.3	10	10.6	15	14.4	13	30.2	122	17.2	
Друго	6	1.9	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	6	0.8	

3.3. ТРЕНЬОРИ

В това изследване се включиха **284 треньори**. Най-много са участниците от Хърватия (39.4%, $p < 0.001$), най-малко от Полша (4.6%). Участват още треньори от България (20.1%), Италия (17.6%), Гърция (12.3 %) и Северна Македония (10.9%) (Таблица 18). Една трета от треньорите са жени (33.1%), като това разпределение е еднакво във всички държави ($p = 0.326$). Средната възраст на участниците е 39 години, като по-възрастни са треньорите от Полша ($p = 0.003$), а най-млади от Северна Македония. Повече от **половината от тях са работили като треньори повече от 10 години**, като с най-малък опит са треньорите от България (75.4%, < 0.001). Под 10 години опит имат треньорите от Полша (84.6%). **Една трета** от всички треньори заявяват, че са **завършили факултет по кинезитерапия или физиология**, като това разпределение е почти еднакво във всички държави. Най-много треньори с висше образование има в България ($p < 0.001$). Навиците за физическа активност на италианските и

северномакедонските треньори се оценяват предимно като умерени (съответно 74.0% и 58.1%, $p < 0.001$), докато треньорите от другите държави са по-активни, с изключение на гръцките треньори. **Повечето** от треньорите са **тренирали по-малко чувствителни към теглото спортове** като футбол, волейбол, хандбал, тенис и др. (64.8%, $p < 0.001$). Най-малко са треньорите, практикуващи по-малко чувствителни към теглото спортове като ски или хокей (2.5%). **Треньорите се придържат средно умерено към диетата EAT-Lancet** (89.1%), а хърватските и гръцките (и двете 14.3%), италианските (16.0%) и полските треньори (15.4%, $p < 0.001$) я спазват стриктно. **Хърватските (62.2%) и българските (93.0%) треньори са най-информирани по отношение на спортното хранене**, а най-неинформирани са полските треньори (7.7%, $p < 0.001$). Българските треньори твърдят, че използват наученото в своите клубове (94.7%, $p < 0.001$). Най-малко от знанията си прилагат гръцките треньори (8.6%). **Две трети от**



треньорите заявяват, че са преминали обучение относно хранителните разстройства – най-висок е процентът при българските треньори (94.7%, $p < 0.001$), а най-нисък при гръцките (28.6%). Хърватските (59.2%) и българските (100.0%) треньори в са най-запознати с хранителните разстройства ($p < 0.001$). Почти всички треньори се съгласяват, че треньорите трябва да бъдат обучавани в областта на спортното хранене, като най-съгласни с това са хърватските треньори (100.0%, $p < 0.001$), а най-несъгласни – полските (76.9%).

Средно 78.2% заявяват, че имат нужда от допълнителна информация по отношение на хранителните разстройства, като най-много са българските (93.0%), а най-малко гръцките треньори (45.7%, $p < 0.001$). Две трети от всички треньори също заявяват, че се нуждаят от обучение по въпросите на ХР за своите спортисти, като най-много са българите (94.7%), а най-малко – италианците (44.0%).

ТАБЛИЦА 18. СОЦИО-ДЕМОГРАФСКИ ХАРАКТЕРИСТИКИ НА ТРЕНЬОРИТЕ (N=284) *(СРЕДНА СТОЙНОСТ ± SD)

	Хърватия		Италия		Полша		Северна Македония		България		Гърция		Общо		стойност
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Мъже	70	71.4	33	66.0	10	76.9	19	61.3	32	56.1	26	74.3	190	66.9	0.326
Жени	28	28.6	17	34.0	3	23.1	12	38.7	25	43.9	9	25.7	94	33.1	
Общо	98	34.5	50	17.6	13	4.6	31	10.9	57	20.1	35	12.3	284	100.0	<0.001
Възраст (години)*	41.26	10.63	36.74	9.61	43.38	10.90	35.97	13.40	37.11	7.00	36.41	10.94	38.86	10.46	0.003
Опит															
< 10 години	40	40.8	31	62.0	11	84.6	22	71.0	14	24.6	13	37.1	131	46.1	<0.001
> 10 години	58	59.2	19	38.0	2	15.4	9	29.0	43	75.4	22	62.9	153	53.9	
Треньор	62	63.3	30	60	11	84.6	26	83.9	54	94.7	28	80.0	211	74.3	<0.001
Кинезитерапевт	36	36.7	20	40	2	15.4	5	16.1	3	5.3	7	20.0	73	25.7	
Начално образование	0	0.0	2	4.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	2.9	3	1.1	
Средно образование	27	27.6	16	32.0	0	0.0	7	22.6	0	0.0	1	2.9	51	18.0	
Бакалавърска степен	22	22.4	17	34.0	0	0.0	21	67.7	7	12.3	24	68.6	91	32.0	<0.001
Магистърска степен	44	44.9	15	30.0	12	92.3	3	9.7	19	33.3	7	20.0	100	35.2	
Докторска степен	5	5.1	0	0.0	1	7.7	0	0.0	31	54.4	2	5.7	39	13.7	
Ниска физическа активност	11	11.2	3	6.0	1	7.7	1	3.2	4	7.0	3	8.6	23	8.1	
Умерена физическа активност	20	20.4	37	74.0	5	38.5	18	58.1	12	21.1	16	45.7	108	38.0	<0.001
Висока физическа активност	67	68.4	10	20.0	7	53.8	12	38.7	41	71.9	16	45.7	153	53.9	
Треньор по															
спортове с топка	43	43.9	35	70.0	13	100.0	14	45.2	46	80.7	33	94.3	184	64.8	
технически спортове	6	6.1	3	6.0	0	0.0	0	0.0	2	3.5	0	0.0	11	3.9	
спортове, при които е необходима голяма маса	6	6.1	1	2.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	7	2.5	
вдигане на тежести	17	17.3	1	2.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	2.9	19	6.7	<0.001
спортове за издръжливост	10	10.2	3	6.0	0	0.0	1	3.2	0	0.0	1	2.9	15	5.3	
силови спортове	4	4.1	1	2.0	0	0.0	1	3.2	3	5.3	0	0.0	9	3.2	
спортове, при които е необходима голяма сила	10	10.2	3	6.0	0	0.0	14	45.2	5	8.8	0	0.0	32	11.3	
няма конкретен спорт	2	2.0	3	6.0	0	0.0	1	3.2	1	1.8	0	0.0	7	2.5	
Индекс EAT-Lancet*	24.37	2.89	24.84	3.17	22.92	3.50	22.83	3.03	26.29	1.64	24.97	1.96	24.62	2.95	<0.001
Ниско придържане	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	3.2	0	0.0	0	0.0	1	0.4	
Умерено придържане	84	85.7	42	84.0	11	84.6	30	96.8	56	98.2	30	85.7	253	89.1	<0.001
Високо придържане	14	14.3	8	16.0	2	15.4	0	0.0	1	1.8	5	14.3	30	10.6	
Образование в областта на спортното хранене	61	62.2	20	40.0	1	7.7	13	41.9	53	93.0	4	11.4	152	53.5	<0.001
Прилагане на наученото в спортния клуб	53	54.1	16	32.0	6	46.2	13	41.9	54	94.7	3	8.6	145	51.1	<0.001
Информация относно хранителните разстройства	58	59.2	33	66.0	10	76.9	22	71.0	54	94.7	10	28.6	187	65.8	<0.001
Запознати в областта на хранителните разстройства	76	77.6	27	54.0	8	61.5	16	51.6	57	100.0	12	34.3	196	69.0	<0.001
Треньорите трябва да преминат обучение	98	100.0	44	88.0	10	76.9	27	87.1	55	96.5	16	45.7	250	88.0	<0.001
относно хранителните разстройства	87	88.8	33	66.0	8	61.5	25	80.6	53	93.0	16	45.7	222	78.2	<0.001
Необходимо е обучение относно хранителните разстройства	77	78.6	22	44.0	9	69.2	23	74.2	54	94.7	18	51.4	203	71.5	<0.001



3.3.1. TRAINERS' OPINIONS, BEHAVIORS AND OBSERVATIONS REGARDING EATING DISORDERS

Треньорите бяха помолени да дадат своето мнение относно хранителните разстройства, като резултатите са представени в Таблица 19. Средно **две трети** от тях посочват **спортните диетолози като най-достоверния източник на информацията относно спортното хранене и хранителните разстройства** (70.8%, $p < 0.001$). Най-малко надеждни са оценени колегите треньори и спортната литература. Българските треньори заявяват, че някога са тренирали спортист с хранително разстройство (91.2%), като при хърватските респонденти резултатът е значително по-нисък (2.0%, $p < 0.001$), за разлика от треньорите от други държави, една трета от които заявяват, че са тренирали спортист с хранителен разстройство. Треньорите отговориха и какво ще направят първо, ако забележат симптоми на хранително разстройство у свой спортист. **Треньорите от Хърватия, Италия, Гърция, Полша и Северна Македония първо ще кажат на семейството** ($p < 0.001$), след това ще информират семейния лекар, спортния лекар и спортния диетолог, а хърватите – и психолог (32.7%). Българските треньори първо ще изпратят спортиста при спортния диетолог (91.2%), след това при спортния лекар (21.1%) и психолога (15.8%), но не и при семейния лекар (0.0%). Северномакедонските и хърватските треньори избират да оттеглят спортиста от тренировка (9.7% и 8.8%), докато полските

треньори няма да го направят (0.0%). Интересно е, че 4.1% от хърватските треньори заявяват, че няма да направят нищо, ако забележат симптоми на хранително разстройство у свой спортист.

Най-висок е делът на **българските треньори, които са имали спортист с 3 или повече контузии през последния тренировъчен сезон ИЛИ са приключили предсрочно последния сезон поради контузия** (89.5%, $p < 0.001$). В тази категория най-малко са хърватските треньори (16.3%) (Таблица 19). Хърватските и италианските треньори имат по-малко **спортисти, които се притесняват да напълнеят извън сезона или когато не могат да тренират поради контузия** (съответно 40.8% и 34.0%, $p < 0.001$). При **полските (69.2%) и българските треньори** тези спортисти са най-много (96.5%). Тези две групи треньори (съответно 69.2% и 96.5%, $p < 0.001$) работят с най-много **спортисти, които в момента спазва специален хранителен режим** за постигане на желаното тегло, а италианските треньори – с най-малко (22.0%). Подобно е положението и при категорията на спортистите, които са получили медицински съвет да отслабнат, като процентът е най-висок при полските и българските треньори (съответно 61.5 % и 96.5 %, $p < 0.001$), а при италианските и гръцките треньори – най-нисък (38.0% и 40.0%).

ТАБЛИЦА 19. МНЕНИЕТО НА ТРЕНЬОРИТЕ ПО ОТНОШЕНИЕ НА КОНТРОЛА НА ТЕГЛОТО НА ТЕХНИТЕ СПОРТИСТИ (N=284)

	Хърватия		Италия		Полша		Северна Македония		България		Гърция		Общо		стойност
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
На кого имате най-голямо доверие по отношение на информацията за храненето на спортистите?															
колега треньор	2	2.0	4	8.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	2.9	7	2.5	
спортен диетолог	77	78.6	25	50.0	9	69.2	18	58.1	50	87.7	22	62.9	201	70.8	
спортен лекар	5	5.1	17	34.0	3	23.1	10	32.3	4	7.0	10	28.6	49	17.3	<0.001
литература	14	14.3	2	4.0	1	7.7	2	6.5	3	5.3	2	5.7	24	8.5	
семейство	37	37.8	1	2.0	0	0.0	1	3.2	0	0.0	0	0.0	39	13.7	
Тренирали ли сте спортист, диагностиран с хранително разстройство?	2	2.0	17	34.0	4	30.8	11	35.5	52	91.2	2	5.7	88	31.0	<0.001
Какво правите, когато някой от вашите спортисти е диагностиран с хранително разстройство															
Обръщам се към семейния лекар	34	34.7	14	28.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	7	20.0	55	19.4	
Обръщам се към диетолог	28	28.6	3	6.0	3	23.1	12	38.7	52	91.2	13	37.1	111	39.1	
Обръщам се към психолог	32	32.7	5	10.0	1	7.7	6	19.4	9	15.8	6	17.1	59	20.8	
Обръщам се към семейството	70	71.4	31	62.0	6	46.2	10	32.3	8	14.0	21	60.0	146	51.4	<0.001
Обръщам се към спортен лекар	0	0.0	14	28.0	3	23.1	13	41.9	12	21.1	11	31.4	53	18.7	
Съветвам го/я да прочете/гледа материали по темата	2	2.0	3	6.0	0	0.0	3	9.7	6	10.5	2	5.7	16	5.6	
Въздържане от тренировки и състезания	8	8.2	1	2.0	0	0.0	3	9.7	1	1.8	1	2.9	14	4.9	
Нищо	4	4.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	1.4	
Имате ли във вашия клуб спортист, който е имал 3 или повече контузии през изминалия тренировъчен сезон ИЛИ е приключил предсрочно изминалия сезон поради контузия?															
Да	16	16.3	16	32.0	7	53.8	10	32.3	51	89.5	23	65.7	123	43.3	<0.001
Имате ли във вашия клуб спортист, който се притеснява от напълняване извън сезона или когато не може да тренира поради контузия?															
Да	40	40.8	17	34.0	9	69.2	17	54.8	55	96.5	19	54.3	157	55.3	
Не	57	58.2	33	66.0	4	30.8	13	41.9	2	3.5	16	45.7	125	44.0	<0.001
Не знам	1	1.0	0	0.0	0	0.0	1	3.2	0	0.0	0	0.0	2	0.7	
Имате ли във вашия клуб спортист, който в момента спазва определен хранителен режим, за да постигне най-доброто си тегло?															
Да	36	36.7	11	22.0	9	69.2	19	61.3	55	96.5	18	51.4	148	52.1	
Не	60	61.2	39	78.0	4	30.8	11	35.5	2	3.5	16	45.7	132	46.5	<0.001
Не знам	2	2.0	0	0.0	0	0.0	1	3.2	0	0.0	1	2.9	4	1.4	
Имате ли във вашия клуб спортист, на когото някой, който не е здравен специалист, като треньор, колега спортист или член на семейството, е казал, че трябва да отслабне?															
Да	42	42.9	19	38.0	8	61.5	14	45.2	55	96.5	14	40.0	152	53.5	
Не	56	57.1	31	62.0	5	38.5	16	51.6	2	3.5	20	57.1	130	45.8	<0.001
Не знам	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	3.2	0	0.0	1	2.9	2	0.7	



Треньорите посочват и, че са забелязали рисково поведение, свързано с хранителните разстройства, сред своите спортисти (Таблица 20). **Българските треньори заявяват, че са забелязали, че някои от техните спортисти имат значителна загуба, наддаване или колебания в теглото (91.2%), промяна в хранителните навици (93.0%), обсебени са от храната (84.2%), имат негативно отношение към образа на тялото си (86.0%), обичат да се хранят сами или крият хранителните си навици от другите (84.2%), имали са травматично преживяване с определен вид храна, не се интересуват от храната (82.5%), упражняват се прекомерно (89.5%), изяждат необичайно голямо количество храна (86.0%) и използват разхлабителни (84.2%), диуретици (86.0%) и добавки за покачване на мускулна маса (89.5%) (всички $p < 0.001$). Значителна загуба на тегло при един от своите спортисти забелязват по-малко от една пета от треньорите от други държави. От една трета до една четвърт от тях са забелязали промяна в хранителните навици на даден спортист. По-малко от една пета от тях са забелязали обсебване от храната, самостоятелно хранене или криене от**

другите и травматичен опит с определени видове храна, както и слаб интерес към храненето. Северномакедонските треньори отбелязват най-много случаи на емоционалност, когато някои от техните спортисти говори за теглото или формата на тялото си (29.0%, $p = 0.006$). Някои техни спортисти се притесняват от напълняване (48.4%, $p = 0.148$) и обикновено отива в тоалетната веднага след хранене (12.9%, $p = 0.406$). Една трета от северномакедонските треньори са забелязали спортист, който се упражнява прекомерно (35.5%). Гръцките, северномакедонските и хърватските треньори в сходни пропорции забелязват спортисти, които приемат необичайно голямо количество храна (съответно 17.1%, 16.1% и 14.3%). След българските, италианските треньори заявяват, че някои от техните спортисти употребяват разхлабителни (4.0%) и диуретици (4.0%). Употребата на хранителни добавки за увеличаване на мускулната маса е забелязана при една трета от северномакедонските (32.3%), една четвърт от полските (23.1%), при една пета от гръцките (20.0%) и хърватските треньори (17.3%).

ТАБЛИЦА 20. РИСКОВИ ПОВЕДЕНИЯ ЗА РАЗВИТИЕ НА ХРАНИТЕЛНО РАЗСТРОЙСТВО, ЗАБЕЛЯЗАНИ ОТ ТРЕНЬОРИТЕ (N=284)

Забелязали ли сте, че някои ваш спортист:	Хърватия		Италия		Полша		Северна Македония		България		Гърция		Общо		стойност
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
има значителна загуба, наддаване или колебания в теглото	22	22.4	6	12.	3	23.	6	19.4	52	91.2	4	11.	93	32.	<0.001
е променил/а хранителните си навици	31	31.6	1	22.	4	30.	8	25.8	53	93.0	5	14.	11	39	<0.001
е обсебено от храната	18	18.4	9	18.	0	0.0	5	16.1	48	84.2	0	0.0	80	28	<0.001
има негативно отношение към външния вид на тялото си	29	29.6	1	24.	2	15.	7	22.6	49	86.0	7	20.	10	37	<0.001
предпочита да се храни само или да крие хранителните си навици от другите	15	15.3	2	5.	0	0.0	2	6.5	48	84.2	1	2.9	71	25	<0.001
е имало травматично преживяване с определен вид храна	12	12.2	3	6.0	0	0.0	3	9.7	49	86.0	0	0.0	67	23	<0.001
има слаб интерес към храненето	17	17.3	1	20.	0	0.0	6	19.4	47	82.5	1	2.9	81	28	<0.001
е емоционално, когато говори за своето тегло или форма	15	15.3	1	25.	1	7.7	9	29.0	7	12.3	3	8.6	48	16	0.006
се притеснява от напълняване?	28	28.6	1	25.	5	38.	15	48.4	12	21.1	1	3.1	84	29	0.148
обикновено отива веднага в банята след хранене	5	5.1	2	4.0	1	7.7	4	12.9	6	10.5	1	2.9	19	6.	0.406
спортува прекомерно	9	9.2	3	6.0	0	0.0	11	35.5	51	89.5	6	17.	80	28	<0.001
консумира необичайно голямо количество храна	14	14.3	1	2.0	0	0.0	5	16.1	49	86.0	6	17.	75	26	<0.001
използва разхлабителни	1	1.0	2	4.0	0	0.0	0	0.0	48	84.2	0	0.0	51	18	<0.001
използва диуретици	1	1.0	2	4.0	0	0.0	0	0.0	49	86.0	0	0.0	52	18	<0.001
използва добавки за повишаване на мускулната маса	17	17.3	4	8.0	3	23.	10	32.3	51	89.5	7	20.	92	32	<0.001

3.3.2. ИНФОРМИРАНОСТТА НА ТРЕНЬОРИТЕ ОТНОСНО ХРАНИТЕЛНИТЕ РАЗСТРОЙСТВА

Българските треньори са най-запознати с Анорексия Нервоза (93.0%), Булимия Нервоза (93.0%), преяждането (91.2%), ограничаване на храна (91.2%) и Бигорексия Нервоза (86.0%) (всички $p < 0.001$). Следващи по познания са треньорите от Северна Македония (Таблица 21). **Най-малко информация за тези хранителни разстройства имат треньорите от Италия и Полша. Повечето от треньорите заявяват, че са чували и са донякъде запознати с тези ХР. Повечето треньори отговарят, че само са чували за разстройството орторексия нервоза (52.6%), като най-много са участниците от България (87.8%). Най-голям процент участници, които нямат никаква информация за него са полските треньори (69.2%), а тези от Северна Македония го познават най-добре (16.1%, $p < 0.001$). Треньорите бяха помолени да отбележат дали познават, поне три симптома на Анорексия Нервоза, Булимия Нервоза, преяждане и избягване/ограничаване на храна. Само една пета от всички треньори дават верни отговори (21.5%, $p < 0.001$), като този процент е най-голям**

при **полските треньори** (69.2%), последвани от хърватските (26.5%), северномакедонските (19.4%), гръцките (17.1%), италианските (16.0%) и българските (10.5%).

Във връзка с гореспоменатите резултати, относно познанията на треньорите за хранителните разстройства, те бяха помолени да изберат **най-предпочитания начин за получаване на допълнителна информация по темата**. Резултатите са представени в Таблица 22. Треньорите от всички държави на първо място биха се **консултирали с експерти и биха участвали в уъркшопи** (съответно 22.3% и 32.1%, $p < 0.001$ %). Голям процент от италианските треньори отбелязват уебинарите (24.6%), а треньорите от Северна Македония – печатно ръководство (18.3%). Уебстраницата/блогът като опция отбелязват 9.9% от българските треньори и 15.9% от северномакедонските. Също така, подобно на спортистите, 4.4 % от хърватските треньори отбелязват „друго“.



ТАБЛИЦА 21. ИНФОРМИРАНОСТТА НА ТРЕНЬОРИТЕ ОТНОСНО ХРАНИТЕЛНИТЕ РАЗСТРОЙСТВА (N=284)

Информираност	Хърватия		Италия		Полша		Северна Македония		България		Гърция		Общо		стойност
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Анорексия Нервоза															
не съм запознат	10	10.2	5	10.0	0	0.0	6	19.4	0	0.0	2	5.7	23	8.1	
чувал съм	69	70.4	41	82.0	13	100.0	17	54.8	4	7.0	29	82.9	173	60.9	<0.001
добре запознат съм	19	19.4	4	8.0	0	0.0	8	25.8	53	93.0	4	11.4	88	31.0	
Булимия Нервоза															
не съм запознат	14	14.3	6	12.0	0	0.0	8	25.8	0	0.0	3	8.6	31	10.9	
чувал съм	69	70.4	41	82.0	13	100.0	14	45.2	4	7.0	27	77.1	168	59.2	<0.001
добре запознат съм	15	15.3	3	6.0	0	0.0	9	29.0	53	93.0	5	14.3	85	29.9	
Преяждане															
не съм запознат	10	10.2	6	12.0	1	7.7	9	29.0	0	0.0	6	17.1	32	11.3	
чувал съм	73	74.5	41	82.0	12	92.3	16	51.6	5	8.8	25	71.4	172	60.6	<0.001
добре запознат съм	15	15.3	3	6.0	0	0.0	6	19.4	52	91.2	4	11.4	80	28.2	
Ограничаване на храна															
не съм запознат	22	22.4	14	28.0	0	0.0	10	32.3	0	0.0	10	28.6	56	19.7	
чувал съм	65	66.3	33	66.0	13	100.0	15	48.4	5	8.8	22	62.9	153	53.9	<0.001
добре запознат съм	11	11.2	3	6.0	0	0.0	6	19.4	52	91.2	3	8.6	75	26.4	
Бигорексия Нервоза															
не съм запознат	46	46.9	22	44.0	6	46.2	13	41.9	3	5.3	11	31.4	101	35.6	
чувал съм	46	46.9	27	54.0	7	53.8	13	41.9	5	8.8	21	60.0	119	41.9	<0.001
добре запознат съм	6	6.1	1	2.0	0	0.0	5	16.1	49	86.0	2	5.7	63	22.2	
Орторексия Нервоза															
не съм запознат	52	53.1	23	46.0	9	69.2	14	45.2	3	5.3	14	40.0	115	40.5	
чувал съм	40	40.8	25	50.0	4	30.8	12	38.7	50	87.7	20	57.1	151	53.2	<0.001
добре запознат съм	6	6.1	2	4.0	0	0.0	5	16.1	4	7.0	1	2.9	18	6.3	
Адекватни знания относно хранителните разстройства															
Адекватни знания относно хранителните разстройства	26	26.5	8	16.0	9	69.2	6	19.4	6	10.5	6	17.1	61	21.5	<0.001

ТАБЛИЦА 22. ПРЕДПОЧИТАН ОТ ТРЕНЬОРИТЕ НАЧИН ЗА ПОЛУЧАВАНЕ НА ИНФОРМАЦИЯ ОТНОСНО ХРАНИТЕЛНИТЕ РАЗСТРОЙСТВА (N=249)

	Хърватия		Италия		Полша		Северна Македония		България		Гърция		Общо		стойност
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Уебстраница/блог	27	14.8	8	11.6	1	7.7	13	15.9	7	9.2	4	11.4	60	13.1	
Уебинари	37	20.2	17	24.6	1	7.7	14	17.1	4	5.3	6	17.1	79	17.2	
Консултация с експерти	40	21.9	19	27.5	4	30.8	21	25.6	10	13.2	8	22.9	102	22.3	
Уъркшопи	40	21.9	16	23.2	7	53.8	19	23.2	52	68.4	13	37.1	147	32.1	<0.001
Печатен наръчник	31	16.9	9	13.0	0	0.0	15	18.3	3	3.9	4	11.4	62	13.5	
Друго	8	4.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	8	1.7	



4. ЗАКЛЮЧЕНИЯ

АКЦЕНТИ ОТ ИЗСЛЕДВАНЕТО НА ПРОЕКТ SCAED

- при всеки десети (10.4%) от непрофесионалните спортисти на възраст от 12 до 25 години е установен възможен риск от хранителни разстройства (според въпросника EDE-A), като процентът е най-висок сред хърватските и северномакедонските спортисти, и при всеки пети (19.9%) (според въпросника EDSA), като процентът е най-висок сред полските и италианските спортисти;
- най-висока честота на ХР се забелязва при по-малко чувствителните към теглото спортове с топка;
- съвпадението на резултатите между въпросниците EDE-A и EDSA е над 80%;
- спортистите са най-загрижени за своето тегло, форма и състав на тялото, като това в голяма степен влияе на самочувствието им;
- почти всеки дванадесети спортист е изпитвал натиск от страна на треньори и/или съотборници;
- родителите на повечето спортисти смятат, че детето им не се притеснява за теглото си;
- родителите оценяват детето си като застрашено от евентуални ХР повече, отколкото в действителност то е застрашено;
- около една четвърт до една трета от треньорите забелязват рисково поведение, свързано с хранителни разстройства, при някой от своите спортисти;
- половината от треньорите могат да опишат поне три симптома на ХР;
- спортистите, родителите и треньорите се нуждаят от обучение относно хранителните разстройства;
- спортистите и техните родители избират уебсайт/блог като най-предпочитан начин за получаване на информация относно хранителните разстройства, а треньорите избират консултации с експерти и уъркшоупи.

4.1. СПОРТИСТИ

Изследването, проведено в шест европейски държави, разкрива, че всеки десети (10.4%) от непрофесионалните спортисти на възраст от 12 до 25 години е изложен на възможен риск от хранителни разстройства, оценен с въпросника за хранителни разстройства при подрастващите, състоящ се от 36 въпроса (EDE-A), и всеки пети (19.9%) – с въпросника за хранителни разстройства при спортистите, състоящ се от 6 въпроса (EDSA). Най-високият риск от ХР е при хърватските и северномакедонските спортисти, по данни на въпросника EDE-A, и най-висок при полските и италианските спортисти, според въпросника EDSA. Рискът от ХР при българските и гръцките спортисти е най-нисък. Съвпаденията от гледна точка на риска, оценен с тези инструменти за скрининг, са повече

от 80%, което показва, че краткият въпросник EDSA е добър и лесен за използване инструмент за скрининг на спортисти. Въпреки че в това изследване участват повече спортисти, трениращи по-малко чувствителни към теглото спортове с топка, при които разпространението на хранителните разстройства е най-високо, значително разпространение се забелязва показано и при тези спортисти, които тренират чувствителни към теглото естетически спортове, спортове за издръжливост, силови спортове и спортове с тежести.

Една трета от спортистите някога са регулирали теглото си, за да постигнат желаните спортни резултати, една трета в момента спазва специфичен хранителен режим за постигане на



желаното телесно тегло, а една пета са изпитали негативни последици от регулирането на теглото, особено северномакедонските спортисти, които постоянно се притесняват да не напълнеят по време на тренировъчната пауза. Спортистите, които са регулирали теглото си, в повечето случаи са си помогнали сами, но ако решат да потърсят помощ, те най-често се обръщат към спортния диетолог и своя треньор, вместо към опитните си съотборници или семейството си.

Сред идентифицираните рискове за развитие на хранителни разстройства са притеснението, че теглото и формата на тялото влияят на

4.2. РОДИТЕЛИ

Повечето от родителите на спортистите смятат, че детето им не се притеснява от напълняване, ако не тренира и не знае дали то спазва определен хранителен режим за постигане на желаните спортни резултати. Родителите оценяват детето си като изложено на потенциален риск от ХР (7.3%) повече, отколкото съобщават, че то в действителност е диагностицирано с такова (1.3%), особено полските и италианските родители, които описват детето си като „винаги“ недоволено от теглото или формата на тялото си. Полските

4.3. ТРЕНЬОРИ

От една четвърт до една трета от треньорите забелязват значително рисково поведение, свързано с хранителни разстройства, при някои от своите спортисти, като например колебания в теглото, променени хранителни навици, обсебване от храна, негативно отношение към собствения образ на тялото, включително емоционалност, когато се говори за теглото и формата на тялото, прекомерни упражнения, преяждане или криене на хранителните навици от другите.

Ако треньорите забележат симптоми на хранително разстройство у своя спортист, те първо ще кажат на семейството му, след това ще го изпратят при семейния лекар, спортния лекар и спортния диетолог, а хърватските треньори ще потърсят и помощта на психолози.

Все пак, две трети от тях смятат спортните диетолози за най-надежден източник на информацията относно спортното хранене и

4.4. БЪДЕЩИ ДЕЙНОСТИ ПО ПРОЕКТ „СПОРТНАТА ОБЩНОСТ СРЕЩУ ХРАНИТЕЛНИТЕ РАЗСТРОЙСТВА“

Това изследване разкри и важна информация, свързана с потенциалните рискове от ХР сред европейските спортисти, тяхното рисково поведение, а също и рисковите фактори, забелязани от техните родители и треньори. Представените резултати са в съответствие с предишни изследвания, проведени с възрастни

самочувствието и притеснението, че теглото, и формата на тялото ще се променят, ако спортистите не тренират. Хърватските и полските спортисти искат да бъдат по-слаби, въпреки че другите мислят, че това не е достатъчно.

Почти всеки дванадесети спортист, особено северномакедонските и италианските спортисти, е изпитвал натиск от страна на треньорите и/или съотборниците, изразяващ се в контрол на теглото. В допълнение към тревожността те, а също и хърватите, изпитват чувство на срам, когато треньорите и съотборниците им говорят за телесното им тегло и форма.

родители, по-често от другите, забелязват, че детето им значително е отслабнало, напълняло или е имало колебания в теглото, докато останалите родители забелязват по-силна промяна в хранителните навици, намалено желание за храна и емоционалност, когато говорят за храна. Почти една трета от северномакедонските родители забелязват, че детето им ходи до тоалетна веднага след хранене, докато италианските родители забелязват, че детето им използва разхлабителни или диуретични средства.

хранителните разстройства, а колегите треньори и спортната литература – за най-малко надеждни. Това изследване разкри, че спортистите, родителите и треньорите се нуждаят от обучение за хранителните разстройства. Повечето от тях донякъде са наясно или са чували за най-известните хранителни разстройства като Анорексия Нервоза и Булимия Нервоза, и нямат достатъчно информация за по-малко известните форми на ХР като Орторексия Нервоза и Бигорексия Нервоза. Само половината от треньорите могат да опишат поне три симптома на ХР, което е интересно, защото две трети от всички тях заявяват, че са преминали обучение по темата на хранителните разстройства.

спортисти, и илюстрират, че е налице натиск от страна на треньорите, по отношение на храненето, контрола на теглото и симптомите на хранителни разстройства. Получените данни представляват основа за разработване на наръчник за справяне с хранителните разстройства сред спортистите, а всички участници отбелязват и предпочитания от



тях начин за получаване на информация по темата. Спортистите от всички държави и половината от родителите избират уебсайт/блог, уебинари и

наръчници, докато треньорите предпочитат предимно консултации с експерти и уъркшопи.





5. ПРЕПРАТКИ

1. Quirk H, Crank H, Harrop D, Hock E, Copeland R. Understanding the experience of initiating community-based physical activity and social support by people with serious mental illness: a systematic review using a meta-ethnographic approach. *Syst Rev.* 2017;6(1):214.
2. Donnelly JE, Blair SN, Jakicic JM, et al. American College of Sports Medicine Position Stand. Appropriate physical activity intervention strategies for weight loss and prevention of weight regain for adults [published correction appears in *Med Sci Sports Exerc.* 2009;41(7):1532]. *Med Sci Sports Exerc.* 2009;41(2):459-471.
3. Jiménez-Chillarón JC, Díaz R, Martínez D, et al. The role of nutrition on epigenetic modifications and their implications on health. *Biochimie.* 2012;94(11):2242-2263.
4. Sawyer SM, Afifi RA, Bearinger LH, Blakemore SJ, Dick B, Ezeh AC, et al. Adolescence: a foundation for future health. *Lancet.* 2012;379(9826):1630-1640.
5. Desbrow B, McCormack J, Burke LM, et al. Sports Dietitians Australia position statement: sports nutrition for the adolescent athlete. *Int J Sport Nutr Exerc Metab.* 2014;24(5):570-584.
6. Wells KR, Jeacocke NA, Appaneal R, et al. The Australian Institute of Sport (AIS) and National Eating Disorders Collaboration (NEDC) position statement on disordered eating in high performance sport. *Br J Sports Med.* 2020;54(21):1247-1258.
7. Silén Y, Keski-Rahkonen A. Worldwide prevalence of DSM-5 eating disorders among young people. *Curr Opin Psychiatry.* 2022;35(6):362-371.
8. Hatoum AH, Burton AL, Abbott MJ. Assessing negative core beliefs in eating disorders: revision of the Eating Disorder Core Beliefs Questionnaire. *J Eat Disord.* 2022;10(1):18.
9. Bryne S, McLean N. Eating disorders in athletes: A review of the literature. *Journal of Science and Medicine in Sport.* 2001;4(2):145-159.
10. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* Arlington, Virginia: American Psychiatric Association; 2013.
11. Eichstadt M, Luzier J, Cho D, Weisenmuller C. Eating Disorders in Male Athletes. *Sports Health.* 2020;12(4):327-333.
12. Reardon CL, Hainline B, Aron CM, et al. Mental health in elite athletes: International Olympic Committee consensus statement (2019). *Br J Sports Med.* 2019;53(11):667-699.
13. DeBate RD, Thompson SH. Girls on the Run: improvements in self-esteem, body size satisfaction and eating attitudes/behaviors. *Eat Weight Disord.* 2005;10(1):25-32.
14. Walter N, Heinen T, Elbe AM. Factors associated with disordered eating and eating disorder symptoms in adolescent elite athletes. *Sports Psychiatry: Journal of Sports and Exercise Psychiatry.* 2022;1(2), 47-56.
15. Ackland TR, Lohman TG, Sundgot-Borgen J, et al. Current status of body composition assessment in sport: review and position statement on behalf of the ad hoc research working group on body composition health and performance, under the auspices of the I.O.C. Medical Commission. *Sports Med.* 2012;42(3):227-249.
16. Martinsen M, Bratland-Sanda S, Eriksson AK, Sundgot-Borgen J. Dieting to win or to be thin? A study of dieting and disordered eating among adolescent elite athletes and non-athlete controls. *Br J Sports Med.* 2010;44(1):70-76.
17. Fitzsimmons-Craft EE, Balantekin KN, Graham AK, et al. Results of disseminating an online screen for eating disorders across the U.S.: Reach, respondent characteristics, and unmet treatment need. *Int J Eat Disord.* 2019;52(6):721-729.
18. Franko DL, Keshaviah A, Eddy KT, et al. A longitudinal investigation of mortality in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Am J Psychiatry.* 2013;170(8):917-925.
19. Mountjoy M, Sundgot-Borgen J, Burke L, et al. The IOC consensus statement: beyond the Female Athlete Triad--Relative Energy Deficiency in Sport (RED-S). *Br J Sports Med.* 2014;48(7):491-497.
20. Rosen DS; American Academy of Pediatrics Committee on Adolescence. Identification and management of eating disorders in children and adolescents. *Pediatrics.* 2010;126(6):1240-1253.
21. Fairburn CG, Beglin SJ. *Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q 6.0).* In C. G. Fairburn (Ed.), *Cognitive behaviour therapy and eating disorders.* New York: Guilford Press; 2008.
22. Mond JM, Hay PJ, Rodgers B, Owen C, Beumont PJ. Validity of the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) in screening for eating disorders in community samples. *Behav Res Ther.* 2004;42(5):551-567.
23. Mond JM, Hay PJ, Rodgers B, Owen C. Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q): norms for young adult women. *Behav Res Ther.* 2006;44(1):53-62.
24. Pope Z, Gao Y, Bolter N, Pritchard M. Validity and reliability of eating disorder assessments used with athletes: A review. *Journal of Sport and Health Science.* 2015;4(3), 211-221.
25. Chapa DAN, Hagan KE, Forbush KT, et al. The Athletes' Relationships with Training scale (ART): A self-report measure of unhealthy training behaviors associated with eating disorders. *Int J Eat Disord.* 2018;51(9):1080-1089.
26. Currie A. Sport and eating disorders - understanding and managing the risks. *Asian J Sports Med.* 2010;1(2):63-68.
27. Hazzard VM, Schaefer LM, Mankowski A, et al. Development and Validation of the Eating Disorders Screen for Athletes (EDSA): A Brief Screening Tool for Male and Female Athletes. *Psychol Sport Exerc.* 2020;50:101745.
28. Reel JJ, Petrie TA, SooHoo S, Anderson CM. Weight pressures in sport: examining the factor structure and incremental validity of the weight pressures in sport - females. *Eat Behav.* 2013;14(2):137-144.
29. Willett W, Rockström J, Loken B, et al. Food in the Anthropocene: the EAT-Lancet Commission on healthy diets from sustainable food systems 2019;393(10170):447-492.



30. Stubbendorff A, Sonestedt E, Ramne S, Drake I, Hallström E, Ericson U. Development of an EAT-Lancet index and its relation to mortality in a Swedish population. *Am J Clin Nutr.* 2022;115(3):705-716.