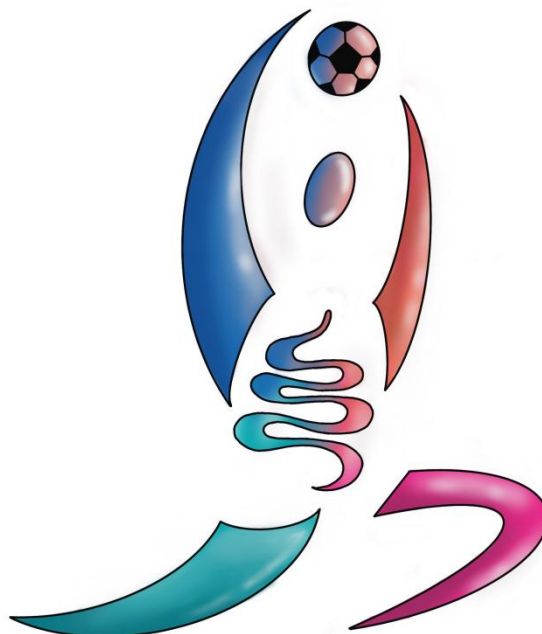




Co-funded by
the European Union

SPORTS COMMUNITY AGAINST EATING DISORDERS



ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

SCAED



ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΑΠΟ:

Dr.sc. Gordana Kendel Jovanović, mag.nutr.

Assis.prof.dr.sc. Tatjana Čulina, MD

SCAED team



CONTENTS

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	2
1.1. Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ	2
1.2. ΔΙΑΤΑΡΑΓΜΕΝΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	3
1.3. ΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΑΝΑΜΕΣΑ ΣΤΟΥΣ ΑΘΛΗΤΕΣ	3
1.4. Ο ΣΤΟΧΟΣ ΤΟΥ ΕΡΓΟΥ	3
2. ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	4
2.1. ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ, ΠΡΟΣΕΛΚΥΣΗ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ	4
2.2. ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΚΗ ΕΓΚΡΙΣΗ	4
2.3. ΟΡΓΑΝΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	4
2.3.1. ΤΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΞΕΤΑΣΗΣ ΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΓΙΑ ΕΦΗΒΟΥΣ (EDE-A) ΚΑΙ ΤΟ ΕΡΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΙΑ ΑΘΛΗΤΕΣ (EDSA)	4
2.3.2. Η ΠΙΕΣΗ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΕΣ	5
2.3.3. ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΤΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ ΒΑΡΟΥΣ	5
2.3.4. ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ	5
2.3.5. ΓΝΩΣΗ ΓΥΡΩ ΑΠΟ ΤΙΣ ΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	6
2.4. ΓΟΝΕΙΣ	6
2.5. ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΕΣ	6
2.4. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ	6
3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΥΖΗΤΗΣΕΙΣ	7
3.1. ΑΘΛΗΤΕΣ	7
3.1.1. ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΤΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ ΒΑΡΟΥΣ	7
3.1.2. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΜΕΤΑΞΥ ΑΘΛΗΤΩΝ	7
3.1.3. Ο ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΑΘΛΗΤΩΝ	9
3.1.4. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΠΙΕΣΗ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΤΟ ΒΑΡΟΣ ΑΠΟ ΤΟΝ ΠΡΟΠΟΝΗΤΗ ΚΑΙ ΤΟΥΣ ΣΥΝΑΘΛΗΤΕΣ	10
3.1.5. ΑΘΛΗΤΕΣ ΜΕ ΔΥΝΗΤΙΚΟ ΚΙΝΔΥΝΟ ΓΙΑ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΟΥ ΑΞΙΟΛΟΓΟΥΝΤΑΙ ΜΕ ΤΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ EDE-A ΚΑΙ EDSA	11
3.1.6. ΓΝΩΣΗ ΤΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΑΘΛΗΤΩΝ	12
3.2. ΓΟΝΕΙΣ ΤΩΝ ΑΘΛΗΤΩΝ	13
3.2.1. ΑΠΟΨΕΙΣ ΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΙΚΟΥ ΒΑΡΟΥΣ ΤΟΥ ΑΘΛΗΤΗ-ΠΑΙΔΙΟΥ ΤΟΥΣ	14
3.2.2. ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΓΙΑ ΑΘΛΗΤΕΣ (EDSA) ΠΟΥ ΑΞΙΟΛΟΓΟΥΝΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΑΘΛΗΤΕΣ ΤΟΥΣ	14
3.2.3. ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΠΟΥ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΑΝ ΟΙ ΓΟΝΕΙΣ ΣΤΟ ΠΑΙΔΙ ΤΟΥΣ	15
3.2.4. ΓΝΩΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΙΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ ΤΩΝ ΑΘΛΗΤΩΝ	16
3.3. ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΕΣ	17
3.3.1. ΑΠΟΨΕΙΣ, ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ ΤΩΝ ΠΡΟΠΟΝΗΤΩΝ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΙΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	18
3.3.2. ΓΝΩΣΗ ΤΩΝ ΠΡΟΠΟΝΗΤΩΝ ΓΥΡΩ ΑΠΟ ΤΙΣ ΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	19
4. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	21
4.1. ΑΘΛΗΤΕΣ	21
4.2. ΓΟΝΕΙΣ	22
4.3. ΠΡΟΠΟΝΗΤΕΣ	22
4.4. PROJECT ΑΘΛΗΤΙΚΗ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ ΚΑΤΑ ΤΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΕΣ ΔΡΑΣΕΙΣ	22
5. REFERENCES	23



1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1. Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Η τακτική σωματική δραστηριότητα μπορεί να διατηρήσει ή να βελτιώσει την υγεία μειώνοντας τον κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακών, μεταβολικών και νευροαγγειακών διαταραχών και ενισχύοντας το μυοσκελετικό σύστημα. Προλαμβάνει επίσης τον σχηματισμό ορισμένων όγκων, βελτιώνει τη διάθεση, διευρύνει την πνευματική χωρητικότητα και συμβάλλει στη διατήρηση του σωματικού βάρους. Επιπλέον, φαίνεται να βελτιώνει τις εγκεφαλικές λειτουργίες, ιδιαίτερα τις γνωστικές ικανότητες που απαιτούν προσοχή, οργάνωση και προγραμματισμό, να μειώνει τα συμπτώματα της κατάθλιψης και του άγχους και να διεγείρει τις ικανότητες του ανοσοποιητικού συστήματος¹. Δεν είναι απαραίτητο να γίνει κανείς αθλητής για να έχει τα οφέλη της σωματικής δραστηριότητας, αυτά μπορούν να προκύψουν από την τακτική μέτρια σωματική δραστηριότητα².

Ένας ακόμη σημαντικός περιβαλλοντικός παράγοντας που έχει βαθιά επίδραση σε πολλές πτυχές της υγείας και του κινδύνου εμφάνισης ασθενειών είναι η διατροφή. Η διατροφή επηρεάζει πολλαπλά χαρακτηριστικά της ανθρώπινης υγείας και συνδέεται, ως αιτία και συνέπεια, με χρόνιες μεταβολικές καταστάσεις όπως η παχυσαρκία, ο διαβήτης τύπου 2 και οι καρδιαγγειακές παθήσεις³. Η διατροφή για τα σωματικά δραστήρια άτομα, εκτός από τις καθημερινές ανάγκες, πρέπει να ικανοποιεί επαρκώς όλες τις επιπλέον ανάγκες για ενέργεια, αποκατάσταση και ενυδάτωση. Η αθλητική διατροφή για τους δραστήριους αθλητές πρέπει να αφορά όχι μόνο τον προσδιορισμό των διατροφικών τους στόχων, αλλά και τη μετάφραση αυτών των στόχων σε μια διατροφική στρατηγική που λαμβάνει υπόψη τις προσωπικές προτιμήσεις, τα κοινωνικά και πολιτιστικά ζητήματα και μια σειρά άλλων παραγόντων. Ως εκ τούτου, η διατροφή των δραστήριων ατόμων ή/και αθλητών πρέπει να

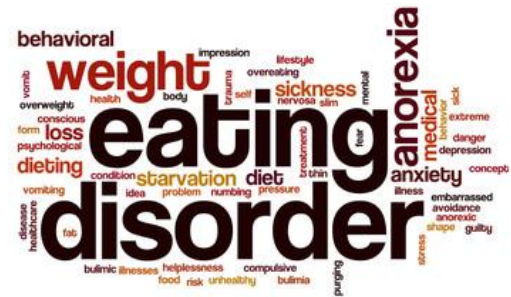
συμβουλευτείται, να παρακολουθείται και να καθοδηγείται επαγγελματικά. Στην αναζήτηση της κατάλληλης διατροφής, οι αθλητές συχνά βασίζονται σε πηγές από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, την οικογένεια, τους φίλους και τους συναδέλφους από το σύλλογο, τους γυμναστές και το προσωπικό σε αθλητικά ή γυμναστήρια. Στην επιθυμία να επιτύχουν τις επιθυμητές αθλητικές επιδόσεις, και την εμφάνιση του σώματος, η αναζήτηση γρήγορων και εύκολα διαθέσιμων λύσεων περιπλέκει περαιτέρω τη διατροφή και τη διαιτητική συμπεριφορά. Η επαρκής και τακτική σωματική δραστηριότητα και η υγιεινή διατροφή είναι σημαντικά για κάθε στάδιο της ζωής. Η εφηβεία είναι μια περίοδος 13 έως 18 ετών και μια περίοδος σημαντικής ανάπτυξης και σωματικής εξέλιξης που περιλαμβάνει αλλαγές στη σύσταση του σώματος, μεταβολικές και ορμονικές διακυμάνσεις, ωρίμανση των οργάνων συστημάτων και δημιουργία αποθέσεων θρεπτικών συστατικών, τα οποία όλα μπορούν να επηρεάσουν τη μελλοντική υγεία⁴. Από τις άλλες διαστάσεις επιρροής στην υγεία, η τακτική σωματική δραστηριότητα κατά την εφηβεία μπορεί να βοηθήσει στην κοινωνική αλληλεπίδραση και στην ανάπτυξη της αυτογνωσίας και της αυτοεκτίμησης, ενώ η διατροφή επηρεάζει τη δημιουργία της δια βίου σχέσης του ατόμου με το φαγητό, τα οποία όλα είναι ιδιαίτερα σημαντικά όσον αφορά τη σχέση μεταξύ διατροφής, άσκησης και εικόνας του σώματος⁵. Ένας έφηβος που είναι και αθλητής έχει μοναδικές διατροφικές απαιτήσεις ως συνέπεια της τακτικής προπόνησης και του ανταγωνισμού μαζί με τις ανάγκες ανάπτυξης και εξέλιξης. Με την τήρηση των κατάλληλων προγραμμάτων προπόνησης και διατροφής, ο νέος αθλητής που αναπτύσσεται έχει καλές προοπτικές για επιδόσεις. Ωστόσο, κατά την αναζήτηση μιας ιδανικής διατροφής που να ανταποκρίνεται στις αθλητικές ανάγκες, σε συνδυασμό με τις ανάγκες ανάπτυξης και

εξέλιξης και την επίτευξη των επιθυμητών αθλητικών επιδόσεων, είναι δυνατόν ένας νεαρός αθλητής να αναπτύξει διαταραχή της διατροφής (ΔΕ). Οι τακτικές συνήθειες της παράλειψης γευμάτων, της καταναγκαστικής διατροφής, της καταναγκαστικής άσκησης και/ή της περιοριστικής διατροφής και η χρήση βραχυπρόθεσμης περιοριστικής διατροφής μπορούν να εξελιχθούν σε χρόνια ενεργειακή ή θρεπτική εγκράτεια, σε αδηφαγία, ενεργητική και παθητική αφυδάτωση, χρήση καθαρτικών, διουρητικών, εμετού και χαπιών διατροφής με ή χωρίς υπερβολική προπόνηση⁶. Επιπλέον, η εξέλιξη μιας διατροφικής διαταραχής (ΔΔ) μπορεί να οδηγήσει σε **1.2. ΔΙΑΤΑΡΑΓΜΕΝΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ**

Η διαταραγμένη διατροφή (ΔΕ) ως δυνητικά επιβλαβής ή διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά μπορεί με την πάροδο του χρόνου να εξελιχθεί σε διατροφική διαταραχή (ΔΔ)⁹. Οι ΕΔ είναι ψυχιατρικές διαγνώσεις που γίνονται με τη χρήση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου Ψυχικών Διαταραχών, Πέμπτη Έκδοση (DSM-5)^{9,10}. Η ταξινόμηση του DSM-5 περιλαμβάνει συγκεκριμένες διαταραχές διατροφής και σίτισης- νευρική ανορεξία, νευρική βουλιμία και διαταραχή αδηφαγίας, άλλη

έντονη μεταβολή της απόδοσης του αθλητή, η οποία επίσης, ταυτόχρονα, οδηγεί σε ανεπιθύμητες ψυχολογικές και κοινωνικές επιπτώσεις⁶. Όλα τα προαναφερθέντα είναι εξαιρετικά σημαντικά για την πρόληψη και τη σωστή και έγκαιρη αντιμετώπιση της ΕΔ, η οποία είναι ζωτικής σημασίας για την υγεία και την ευημερία του νεαρού πληθυσμού. Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό, δεδομένου ότι υπάρχει μεγαλύτερος κίνδυνος εμφάνισης και επικράτησης της ΕΔ μεταξύ τους σε σύγκριση με άλλες ηλικιακές ομάδες^{7,8}.

συγκεκριμένη διαταραχή σίτισης ή διατροφής που περιλαμβάνει άτυπη νευρική ανορεξία, νευρική βουλιμία χαμηλής συχνότητας ή/και περιορισμένης διάρκειας, διαταραχή αδηφαγίας χαμηλής συχνότητας ή/και περιορισμένης διάρκειας, διαταραχή κάθαρσης και σύνδρομο νυχτερινής διατροφής. Η υπόλοιπη κατηγορία είναι η απροσδιόριστη διαταραχή σίτισης ή διατροφής που περιλαμβάνει τη διαταραχή αποφυγής/περιοριστικής πρόσληψης τροφής, την ρίσα, και τη διαταραχή μηρυκασμού.



1.3. ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΜΕΤΑΨ ΤΩΝ ΑΘΛΗΤΩΝ

Μεταξύ των αθλητών, ο επιπολασμός της ΕΔ μεταξύ των αθλητών ποικίλλει ευρέως ως συνέπεια της διαφοράς μεταξύ των μελετημένων πληθυσμών αθλητών (αθλήματα, ηλικίες, επίπεδα ανταγωνιστικότητας, φύλο, μέσο έρευνας κ.λπ.). Μεταξύ των ενήλικων αθλητών, ο επιπολασμός της ΕΔ έχει διπλασιαστεί από 3,5% το 2006 σε 7,8% το 2018¹¹. Ο κίνδυνος ΕΔ αντιπροσωπεύεται κατά κύριο λόγο περισσότερο μεταξύ των αθλητριών (45%) από ότι Επί του παρόντος, υπάρχει περιορισμένος αριθμός

διαθέσιμων δεδομένων σχετικά με την έρευνα μεταξύ των εφήβων αθλητών, γεγονός που είναι σημαντικό, δεδομένου ότι η ανάπτυξη μιας διατροφικής διαταραχής ή μιας διαταραγμένης διατροφής συχνά προκύπτει κατά τη διάρκεια της μετάβασης από την παιδική ηλικία στην ενηλικίωση^{9,13}. Πρόσφατη γερμανική έρευνα διαπίστωσε ότι ο επιπολασμός της κλινικής διατροφικής παθολογίας ανέρχεται στο 5,5% μεταξύ των κορυφαίων εφήβων αθλητών ηλικίας 13 έως 18 ετών¹⁴.

1.4. Ο ΣΤΟΧΟΣ ΤΟΥ ΈΡΓΟΥ

Για όλα τα προαναφερθέντα και περιγραφέντα κίνητρα που είναι σημαντικά για την αθλητική κοινωνία, και λόγω της ανεπάρκειας δεδομένων μεταξύ των εφήβων αθλητών, ο κύριος στόχος της παρούσας μελέτης ήταν να προσδιοριστεί ο επιπολασμός των διατροφικών διαταραχών μεταξύ των νεαρών μη επαγγελματιών αθλητών σε έξι ευρωπαϊκές χώρες: Βουλγαρία, Κροατία, Ελλάδα, Ιταλία, Βόρεια Μακεδονία και Πολωνία. Άλλοι στόχοι ήταν να εξεταστούν πιθανές συμπεριφορές κινδύνου διατροφικών διαταραχών μεταξύ των αθλητών και να συγκριθούν με τις παρατηρούμενες συμπεριφορές

κινδύνου διατροφικών διαταραχών από τους γονείς τους και τους προπονητές τους, καθώς και να εκτιμηθούν οι υπάρχουσες γνώσεις των συμμετεχόντων σχετικά με τις διατροφικές διαταραχές. Όλα τα αποτελέσματα της έρευνας θα χρησιμεύσουν για τον σχεδιασμό εργασιών και εγχειριδίων σχετικά με τις διατροφικές διαταραχές για αθλητές, οικογένειες και προπονητές. Η έρευνα διεξήχθη στο πλαίσιο του έργου Erasmus+ Sports Community Against Eating Disorders (SCAED) που ιδρύθηκε από την ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΣΤΙΚΗ

ΕΚΤΕΛΕΣΤΙΚΗ ΑΓΕΝΕΤΙΚΗ ΑΡΧΗ (ΕΑΕΑ) - Erasmus+, EU
Solidarity Corps (Project No. 101048829).



2. ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

2.1. ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ, ΠΡΟΣΕΛΚΥΣΗ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ ΈΡΕΥΝΑΣ

Σε αυτή τη διασταυρούμενη έρευνα σε έξι ευρωπαϊκές χώρες (Βουλγαρία, Κροατία, Ελλάδα, Ιταλία, Βόρεια Μακεδονία και Πολωνία) συμμετείχαν μη επαγγελματίες αθλητές ηλικίας 12 έως 25 ετών, οι προπονητές τους και οι γονείς των αθλητών. Οι προπονητές των αθλητικών συλλόγων ήρθαν σε επαφή και τους παρουσιάστηκε ο σκοπός αυτής της έρευνας. Ήρθαν σε επαφή με τους αθλητές και τους γονείς τους για τη συμμετοχή τους στην έρευνα. Οι προπονητές, οι αθλητές και οι γονείς τους κλήθηκαν να συμπληρώσουν μια ανώνυμη διαδικτυακή έρευνα που εξέταζε τις στάσεις, τις γνώσεις και τη συμπεριφορά τους απέναντι στη διατροφή και τις διατροφικές διαταραχές, τα κοινωνικο-δημογραφικά δεδομένα (ηλικία, σωματικό βάρος, ύψος, είδος αθλητικής προπόνησης και χρόνος εβδομαδιαίας ενασχόλησης) και τις συνήθειες του τρόπου ζωής

Κάθε ομάδα συμμετεχόντων είχε το δικό της ερωτηματολόγιο. Τα ερωτηματολόγια των αθλητών είχαν ερωτήσεις σχετικά με την αθλητική τους συμμετοχή και ερωτήσεις σχετικά με συμπεριφορές, στάσεις και απόψεις που αφορούσαν τη διατροφή, το σωματικό βάρος και το σχήμα του σώματός τους. Τα ερωτηματολόγια των εκπαιδευτών περιείχαν

ερωτήσεις σχετικά με τα εκπαιδευτικά τους δεδομένα (αριθμός ετών εργασίας ως προπονητής, αθλητική προπόνηση), προηγούμενη εκπαίδευση σε θέματα διατροφής, καθώς και γνώσεις και συμπεριφορές σχετικά με τις διατροφικές διαταραχές.

ες ερωτήσεις σχετικά με τις στάσεις και τις απόψεις που σχετίζονται με τη διατροφή και τις διατροφικές διαταραχές συμπεριφορές που παρατηρήθηκαν στο αθλητικό παιδί τους και αφορούσαν αυτό. Τα αθλήματα που προπονούνται από αθλητές ή προπονούνται από προπονητές ή τα αθλήματα των αθλητών που παρατηρήθηκαν από τους γονείς τους κατηγοριοποιήθηκαν σε αθλήματα ευαίσθητα στο βάρος και λιγότερο ευαίσθητα στο βάρος, τα οποία ομαδοποιούνται σε οκτώ κατηγορίες αθλημάτων^{15,16}.

Το ερωτηματολόγιο για τους αθλητές, τους προπονητές τους και τους γονείς τους εφαρμόστηκε ως ηλεκτρονική φόρμα, επειδή μια ηλεκτρονική φόρμα ελέγχου μπορεί να προσεγγίσει μεγάλο αριθμό συμμετεχόντων¹⁷, να έχει εύκολη πρόσβαση σε μεγάλους και γεωγραφικά κατανεμημένους πληθυσμούς και να παρέχει νωρίτερα πρόσβαση σε παρεμβάσεις¹⁸⁻²⁰. Η έρευνα διεξήχθη από τον Οκτώβριο έως τον Δεκέμβριο του 2022.

2.2. ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΚΗ ΈΓΚΡΙΣΗ

Με τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, οι συμμετέχοντες (αθλητές, οι γονείς τους και οι προπονητές) έδωσαν τη συγκατάθεσή τους για επιστημονική χρήση, η οποία εξηγήθηκε στην αρχή της ηλεκτρονικής φόρμας. Οι εφαρμοσμένες φόρμες

δεν περιείχαν προσωπικά δεδομένα, όπως ονόματα, ημερομηνίες γέννησης ή διευθύνσεις ηλεκτρονικού ταχυδρομείου, και δεν ήταν υποχρεωτική η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

2.3. ΌΡΓΑΝΑ ΈΡΕΥΝΑΣ

2.3.1. ΤΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΞ'ΕΤΑΣΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΓΙΑ ΕΦΗΒΟΥΣ (EDE-A) ΚΑΙ ΤΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΓΙΑ ΑΘΛΗΤΕΣ (EDSA)

αταραχών μεταξύ των εφήβων αθλητών χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο EDE-A (EDE Examination for Adolescents). Πρόκειται για μια προσαρμοσμένη έκδοση του Ερωτηματολογίου Εξέτασης Διατροφικών Διαταραχών (EDE-Q)²¹. Το EDE-Q είναι ένα ερωτηματολόγιο 28 ερωτήσεων με αυτοαναφορά που έχει τροποποιηθεί από την ημιδομημένη συνέντευξη EDE (EDE - Eating Disorder Examination) και έχει σχεδιαστεί για να αξιολογεί το εύρος και τη σοβαρότητα των ειδών που σχετίζονται με τη διάγνωση της διατροφικής διαταραχής χρησιμοποιώντας 4 υποκλίμακες: Περιορισμός, ανησυχία για την κατανάλωση τροφής, ανησυχία για το σχήμα και ανησυχία για το βάρος. Οι ερωτώμενοι βαθμολογούν τις ερωτήσεις σε κλίμακα 0-6 είτε για: (α) τον αριθμό των ημερών κατά τις προηγούμενες 28- ή (β) "Καθόλου" έως "Σε μεγάλο βαθμό". Όλες οι βαθμολογίες των υποκλιμάκων αθροίζονται για να σχηματιστεί μια συνολική βαθμολογία. Το ερωτηματολόγιο EDE-A επικεντρώνεται στις

τελευταίες 14 ημέρες και περιλαμβάνει 36 ερωτήσεις, βαθμολογεί τις ίδιες τέσσερις υποκλίμακες και δίνει μια συνολική βαθμολογία με το EDE-Q. Οι υψηλότερες βαθμολογίες των υποκλιμάκων και η συνολική βαθμολογία αντιπροσωπεύουν πιο προβληματικές διατροφικές συμπεριφορές και στάσεις. Για να διευκολυνθεί η ανίχνευση των ατόμων που διατρέχουν δυνητικό κίνδυνο να αναπτύξουν ΕΔ, είναι σημαντική η χρήση ενός αξιόπιστου ορίου για τις συνολικές βαθμολογίες. Το σημείο αποκοπής για συνολική βαθμολογία EDE-Q υψηλότερη από 2,94 έδειξε ότι έχει κλινική σημασία για την ανίχνευση πιθανών ατόμων με κίνδυνο εμφάνισης ΕΔ^{22,23}, και αυτό το σημείο αποκοπής χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα έρευνα. Ο εντοπισμός μιας κλινικά σημαντικής διατροφικής διαταραχής σε πληθυσμούς υψηλού κινδύνου, όπως οι αθλητές και οι αθλητές αναψυχής, αποτελεί σημαντική πρόκληση παρά τον παρατηρούμενο αυξημένο επιπολασμό. Τα μέτρα αξιολόγησης των



διατροφικών διαταραχών που προορίζονται για τον γενικό πληθυσμό έδειξαν μη βέλτιστες ψυχομετρικές ιδιότητες όταν εφαρμόστηκαν μεταξύ αθλητών²⁴. Αυτό είναι στην πραγματικότητα αναμενόμενο επειδή τα κίνητρα και οι νόρμες των αθλητών που σχετίζονται με τη διατροφή, την άσκηση και την εικόνα του σώματος διαφέρουν από εκείνες του γενικού πληθυσμού^{25,26}, γεγονός που έχει στη συνέχεια επακόλουθο αντίκτυπο στην ερμηνεία και τα πρότυπα απόκρισης. Το ερωτηματολόγιο EDE-A είναι σχετικά εκτενές και μπορεί να περιορίσει την ευκολία διάδοσης ως εργαλείο διαλογής. Τα υπάρχοντα εργαλεία για τον έλεγχο των διατροφικών διαταραχών στους αθλητές προορίζονται κυρίως για τον γυναικείο πληθυσμό και είναι σχετικά εκτεταμένα, γι' αυτό και στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε επίσης ένα επικυρωμένο εργαλείο ελέγχου διατροφικών διαταραχών για αθλητές (EDSA), ένα σύντομο εργαλείο ελέγχου διατροφικών διαταραχών για χρήση σε αθλητές, τόσο άνδρες όσο και γυναίκες²⁷. Η πρόθεση ήταν να χρησιμοποιηθεί ένα σύντομο ερωτηματολόγιο προκειμένου να αξιολογηθεί η καταλληλότητά του ως εργαλείου διαλογής για τη συχνότητα εμφάνισης ΕΔ μεταξύ αθλητών. Το EDSA περιλαμβάνει έξι

ερωτήσεις που σχετίζονται με ανησυχίες για το βάρος/σχήμα και τέσσερις που σχετίζονται με τη σημασία του βάρους, τις ανησυχίες για το βάρος, τις ανησυχίες που σχετίζονται με την αδηφαγία και τη διατροφική αυτοσυγκράτηση. Οι απαντήσεις σημειώνονται σε 5-βάθμια κλίμακα συχνότητας τύπου Likert με επιλογές απάντησης 1 (ποτέ), 2 (σπάνια), 3 (μερικές φορές), 4 (συχνά) και 5 (πάντα). Η συνολική βαθμολογία αντιπροσωπεύει το μέσο όρο των απαντήσεων στα 6 στοιχεία. Μια κλινικά σημαντική βαθμολογία αποκοπής για το ερωτηματολόγιο EDSA ήταν 3,3327 και χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα έρευνα για να υποδηλώσει υψηλό κίνδυνο για διατροφική διαταραχή. Τα αποτελέσματα των ερωτηματολογίων EDE-A και EDSA πρέπει να ερμηνεύονται με προσοχή, διότι αποτελούν εργαλεία διαλογής και όχι διαγνωστικά κριτήρια για τις διατροφικές διαταραχές. Κατά συνέπεια, στο πλαίσιο της παρούσας έρευνας, τα δύο αυτά επικυρωμένα εργαλεία διαλογής χρησιμοποιούνται ως τυποποιημένα ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς και οι τιμές τους ερμηνεύονται ως μετρήσεις του δυνητικού ατομικού κινδύνου για ΕΔ μεταξύ των αθλητών.

2.3.2. Η ΠΙΕΣΗ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΕΣ

Πιθανή επιρροή στην ανάπτυξη διατροφικής διαταραχής είναι η πίεση από τους προπονητές που εκφράζεται, για παράδειγμα, με σχόλια σχετικά με το σωματικό βάρος και το σχήμα του αθλητή, τις απαιτήσεις για ένα συγκεκριμένο βάρος για να αγωνιστεί σε μια συγκεκριμένη κατηγορία, το τακτικό ζύγισμα, την αντίληψη ότι το χαμηλό βάρος συνδέεται με πλεονεκτήματα στην απόδοση ή τη χρήση προπονητικής ή αγωνιστικής στολής που μπορεί να αποκαλύψει σωματικές ατέλειες²⁸. Οι εμπειρίες των αθλητών σχετικά με την ψυχολογική πίεση που σχετίζεται με το βάρος από τον προπονητή και τους συναθλητές αξιολογήθηκαν με 8 ερωτήσεις ("Μιλώ για το φαγητό και τη διατροφή με τους συναθλητές μου.", "Με αγχώνει το γεγονός ότι ο προπονητής μου ελέγχει το βάρος μου.",

"Συγκρίνω τον εαυτό μου με τους συναθλητές μου όσον αφορά το σωματικό βάρος.", "Με ενοχλεί όταν ο προπονητής μου ζητάει να ζυγίζομαι συχνά.", "Με ενοχλεί όταν ο προπονητής μου μιλάει για το βάρος μου.", "Αισθάνομαι άβολα όταν ο προπονητής μου και οι συμπαίκτες μου μιλούν για το βάρος και το σχήμα του σώματός μου.", "Δεν αισθάνομαι καλά όταν οι συμπαίκτες μου μιλούν για το σώμα μου.", "Αισθάνομαι καλά αν ζυγίζω λιγότερο από τους συμπαίκτες μου.") σε δυαδικές απαντήσεις (ναι ή όχι). Η βαθμολογία 1 δίνεται για το "όχι" στην πρώτη ερώτηση και για το "ναι" στις επτά τελευταίες ερωτήσεις. Η βαθμολογία πίεσης κυμαίνεται από 0 έως 8, όπου η βαθμολογία ≥ 5 υποδηλώνει υψηλή πίεση από τους προπονητές και τους συμπαίκτες

2.3.3. ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΒΑΡΟΥΣ

ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΒΑΡΟΥΣ Οι αθλητές ρωτήθηκαν αν έπρεπε να χάσουν βάρος για τις αθλητικές τους επιδόσεις. Εάν είχαν, σημείωσαν από ποιον ζήτησαν βοήθεια (προπονητή, αθλητικό διαιτολόγο, αθλητικό γιατρό, συμπαίκτη και οικογένεια, αυτοβοήθεια). Ρωτήθηκαν επίσης από

ποιον θα ζητούσαν βοήθεια αν έπρεπε να ρυθμίσουν το βάρος τους (απώλεια/πρόσληψη): από προπονητή, αθλητικό διαιτολόγο, αθλητικό γιατρό, συμπαίκτη, οικογένεια, αυτοβοήθεια με αλλαγή της διατροφής ή της άσκησης ή με χρήση προϊόντος όπως καθαρτικά/διουρητικά/αντικαταστάτες γεμάτων.

2.3.4. ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ

Η κατάλληλη διαιτητική πρόσληψη μπορεί να επηρεάσει και να βελτιώσει την υγεία και την αθλητική απόδοση των αθλητών. Είναι άμεσο αποτέλεσμα της διατροφικής συμπεριφοράς η οποία μπορεί να επηρεαστεί από πολλούς παράγοντες που σχετίζονται με τις διατροφικές διαταραχές. Η διαιτητική πρόσληψη είναι αποτέλεσμα των διατροφικών προτύπων που περιγράφονται από τις επιλογές τροφίμων και τη συχνότητα πρόσληψης γεμάτων και σνακ, τα οποία σχετίζονται με τις

ατομικές διατροφικές συνήθειες. Η παρούσα έρευνα επικεντρώθηκε στη συχνότητα πρόσληψης τροφίμων και ποτών, οργανωμένων σε ομάδες τροφίμων ως εξής: δημητριακά και προϊόντα, πουλερικά και προϊόντα, κρέας και προϊόντα, ψάρια, γάλα και προϊόντα, έλαια και λίπη, φρούτα, ξηροί καρποί, όσπρια, λαχανικά, γεύματα fast food, αλμυρά σνακ, γλυκίσματα, μη αλκοολούχα ποτά, αλκοολούχα ποτά, καφές, αθλητικά ποτά και ενεργειακά ποτά. Όλοι οι συμμετέχοντες σημείωσαν τα τρόφιμα και τα



ποτάπου κατανάλωσαν κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας. Σημείωσαν τη συχνότητα κατανάλωσης τροφίμων και ποτών ως επιλογή μεταξύ "ποτέ", "μία φορά την εβδομάδα", "2-3 φορές την εβδομάδα", "4-5 φορές την εβδομάδα", "6 φορές την εβδομάδα", "μία φορά την ημέρα" ή "λίγες φορές την ημέρα". Κάθε αναφερόμενο τρόφιμο ή ποτό είχε μια συγκεκριμένη μεσαία μερίδα, οπότε κάθε συμμετέχων σημείωσε τη μέση πρόσληψη του αναφερόμενου τροφίμου και ποτού ως επιλογή μεταξύ "λιγότερο από το μέτριο", "μέτριο" ή "περισσότερο από το μέτριο". Δεδομένου ότι στην έρευνα αυτή συμμετείχαν συμμετέχοντες από έξι ευρωπαϊκές χώρες, λόγω των κοινωνικοπολιτισμικών διαφορών, θα ήταν προβληματικό να αξιολογηθεί η συμμόρφωση της διαίτας με τις συστάσεις διατροφής ανά χώρα. Ως εκ τούτου, η παρούσα έρευνα αποσκοπούσε στην αξιολόγηση της προσκόλλησης των συμμετεχόντων στη διατροφή σύμφωνα με τις κατευθυντήριες γραμμές της EAT-Lancet για υγιεινή και βιώσιμη διατροφή. Η πρόσφατα προτεινόμενη

δίαιτα EAT Lancet ως παγκόσμια δίαιτα αναφοράς, που αντιπροσωπεύει την τρέχουσα βάση δεδομένων για μια υγιεινή και περιβαλλοντικά βιώσιμη δίαιτα²⁹, αποτελείται από συστατικά τροφίμων για τα οποία προτείνονται καθορισμένα επίπεδα πρόσληψης στόχος και εύρος αναφοράς. Ο δείκτης EAT-Lancet περιλαμβάνει τα 14 συστατικά τροφίμων, με πιθανό εύρος 0-3 βαθμών για κάθε συστατικό, η λεπτομερής βαθμολόγηση των οποίων περιγράφεται αλλού³⁰. Βαθμολογία 0 βαθμών υποδηλώνει χαμηλή προσκόλληση στο στόχο για το συστατικό τροφίμων στη δίαιτα EAT-Lancet και 3 βαθμοί υποδηλώνουν υψηλή προσκόλληση. Η συνολική δυνατή βαθμολογία του δείκτη EAT-Lancet μπορεί να κυμαίνεται από 0 (καμία προσκόλληση) έως 42 μονάδες (τέλεια προσκόλληση, που προκύπτει από 14 × 3 μονάδες). Μια βαθμολογία 14 θεωρήθηκε ως χαμηλή προσκόλληση στη δίαιτα EAT-Lancet, μια βαθμολογία από 15 έως 27 ως μέτρια προσκόλληση και μια βαθμολογία ≥ 28 ως υψηλή προσκόλληση

2.3.5. ΓΝΩΣΕΙΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΙΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Ζητήθηκε από τους αθλητές να αξιολογήσουν το επίπεδο των γνώσεών τους (δεν είναι ενημερωμένοι, έχουν ακούσει μόνο, γνωρίζουν κάπως, είναι καλά ενημερωμένοι) σχετικά με τις διατροφικές

διαταραχές (νευρική ανορεξία, νευρική βουλιμία, περιοριστική ή ανεξέλεγκτη διατροφή, μεγαλορεξία, νευρική ορθορεξία)

2.4. ΓΟΝΕΙΣ

Οι γονείς των αθλητών συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιό τους, το οποίο περιείχε ερωτήσεις σχετικά με τις κοινωνικο-δημογραφικές μεταβλητές τους (ηλικία, φύλο, τόπος διαμονής, μορφωτικό επίπεδο, κατάσταση απασχόλησης, μέσο εισόδημα), τις αυτοαναφερόμενες ανθρωπομετρικές μεταβλητές (σωματικό βάρος και ύψος) και τις συνήθειες του τρόπου ζωής (συνήθειες σωματικής δραστηριότητας, ώρες ύπνου, κάπνισμα, διατροφή). Ρωτήθηκαν σχετικά με το επίπεδο γνώσης τους για τις διατροφικές διαταραχές (νευρική ανορεξία, νευρική βουλιμία, περιοριστική ή ανεξέλεγκτη διατροφή, μεγαλορεξία, ορθορεξία). Οι γονείς ρωτήθηκαν σχετικά με τις αθλητικές συνήθειες του παιδιού τους και απάντησαν στις ίδιες ερωτήσεις που περιέχονται στο ερωτηματολόγιο EDSA, αλλά αν είχαν παρατηρηθεί στο παιδί τους.

2.5. ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΕΣ

Οι προπονητές συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιό τους, το οποίο περιείχε ερωτήσεις σχετικά με

κοινωνικο-δημογραφικές μεταβλητές (ηλικία, φύλο, μορφωτικό επίπεδο, εργασιακή κατάσταση, προπονητικές συνήθειες, αθλήματα που έχουν προπονηθεί) και συνήθειες τρόπου ζωής (συνήθειες σωματικής δραστηριότητας, ώρες ύπνου, διατροφή). Ρωτήθηκαν σχετικά με τις συνήθειες των αθλητών τους όσον αφορά την ανησυχία για το σωματικό βάρος και το σχήμα/συναίσθημα, την εμμονή με το φαγητό, την υπερκατανάλωση τροφής, την επίσκεψη στην τουαλέτα αμέσως μετά το γεύμα, την ανεξέλεγκτη κατανάλωση τροφής/άσκηση και τη χρήση καθαρτικών/διουρητικών/προϊόντων για απώλεια βάρους/αύξηση μυών. Τους ζητήθηκε επίσης το επίπεδο γνώσης τους σχετικά με τις διατροφικές διαταραχές (Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, περιοριστική ή ανεξέλεγκτη διατροφή, Bigorexia, Orthorexia Nervosa) και να σημειώσουν, αν γνωρίζουν, τουλάχιστον 3 συμπτώματα της Anorexia Nervosa, της Bulimia Nervosa και της ανεξέλεγκτης διατροφής. Ρωτήθηκαν επίσης για τη συμπεριφορά τους όταν παρατηρούν συμπτώματα ΕΔ στον αθλητή τους και όταν οι αθλητές έχουν ή είχαν διαγνωστεί την ΕΔ.



2.6. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Οι στατιστικές αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν με τη χρήση του Statistica 12.7 for Windows (Statsoft Inc, Tulsa, OK, USA). Τα αποτελέσματα εκφράζονται ως απόλυτοι αριθμοί (N) και ποσοστά (%) για κατηγορικά δεδομένα και μέσες τιμές με την SD τους για συνεχή δεδομένα. Όλα τα δεδομένα που συγκεντρώθηκαν από την έρευνα ελέγχθηκαν πρώτα για την κανονικότητα της κατανομής με το τεστ Kolmogorov-Smirnov. Για τη σύγκριση των διαφορών των μέσων όρων μεταξύ των ομάδων της έρευνας χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία Kruskal-Wallis ή t-test, ενώ για τη σύγκριση των κατηγορικών συχνοτήτων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία chi-square. Η στατιστική σημαντικότητα ορίστηκε σε $P < 0,05$.

3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΥΖΗΤΗΣΗ

3.1. ΑΘΛΗΤΕΣ

Στην έρευνα αυτή συμμετείχαν 462 μη επαγγελματίες αθλητές ηλικίας από 12 έως 25 ετών ($18,49 \pm 5,50$ ετών) (Πίνακας 1). Συμμετείχαν κυρίως από την Κροατία (46,5%, $p < 0,001$), ακολουθούμενη από τη Βουλγαρία (11,7%), την Πολωνία (11,3%), τη Βόρεια Μακεδονία (11,0%), την Ιταλία (10,8%) και την Ελλάδα (8,7%). Οι νεότεροι αθλητές ήταν από την Πολωνία (16 ετών) και οι μεγαλύτεροι από τη Βουλγαρία (24 ετών, $p < 0,001$). Κατά μέσο όρο, οι περισσότεροι από τους αθλητές είχαν διατροφική κατάσταση εντός κανονικού βάρους (75,1%, $p < 0,001$), αλλά υπήρχαν περισσότεροι με λιποβαρείς (12,8%) από υπέρβαρους και παχυσαρκίας (10,6% και 1,5%, αντίστοιχα). Οι αθλητές ασχολούνταν κυρίως με περισσότερες από 10 ώρες την εβδομάδα προπόνηση για το άθλημά τους (36,8%, $p < 0,001$), κυρίως στην Πολωνία και τη Βουλγαρία (Πίνακας 1). Όσον αφορά το άθλημα στο οποίο προπονούνται οι αθλητές που συμμετείχαν στην έρευνα, ως επί το πλείστον προπονούνται σε ένα άθλημα που ταξινομείται ως λιγότερο ευαίσθητο στο βάρος αθλήματα με μπάλα (61,7%, $p < 0,001$) όπως το ποδόσφαιρο, το βόλεϊ, κυρίως από την Πολωνία και

την Κροατία. Όσον αφορά τα αθλήματα με ευαισθησία στο βάρος, οι αθλητές προπονήθηκαν ως επί το πλείστον σε αθλήματα αντοχής (13,2%), όπως η κολύμβηση, κυρίως από την Κροατία, ακολουθούμενα από αθλήματα κατηγορίας βάρους (9,3%) όπως το καράτε και το τζούντο, κυρίως από την Κροατία και Βόρεια Μακεδονία. Ένα αισθητικό άθλημα με ευαισθησία στο βάρος, όπως η γυμναστική, προπόνησε το 4,3% των αθλητών, ενώ τα ευαίσθητα σε βάρος αθλήματα δύναμης, όπως ο στίβος, προπόνησαν το 8,2% των ερωτηθέντων αθλητών κυρίως από την Κροατία, τη Βουλγαρία και την Ιταλία. Δεδομένου ότι η διατροφή έχει σημαντικό ρόλο στη ζωή των αθλητών, η ποιότητα της διατροφής τους αξιολογήθηκε με το EAT-Lancet τον Πλανητικό Δείκτη Διατροφής Υγείας. Κατά μέσο όρο, οι περισσότεροι αθλητές είχαν μια διαίτα που τηρούσε μέτρια τον Δείκτη EAT-Lancet (88,1%) και το 11% εκείνων με διαίτα που τον τηρούσε σε μεγάλο βαθμό (Πίνακας 1). Σημαντικά την υψηλότερη ποιότητα διατροφής είχαν οι Έλληνες αθλητές και η χαμηλότερη Ιταλίδα (28,64 και 22,16, $p < 0,001$, αντίστοιχα).

3.1.1. ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΒΑΡΟΥΣ

Ο Πίνακας 2 παρουσιάζει αποτελέσματα σχετικά με τη συμπεριφορά ελέγχου βάρους. Το ένα τρίτο όλων των αθλητών που συμμετείχαν στην έρευνα (32,3%, $p < 0,001$) είχαν ρυθμίσει το σωματικό τους βάρος για να επιτύχουν την επιθυμητή αθλητική απόδοση, κυρίως από τη Βόρεια Μακεδονία (60,8%), πιθανώς επειδή οι περισσότεροι αθλητές από τη Βόρεια Μακεδονία προπονούσαν βάρος ευαίσθητο στο βάρος αθλήματα κατηγορίας όπως το καράτε (32,6%). Το ένα πέμπτο των ερωτηθέντων αθλητών δήλωσαν ότι είχαν αρνητικές συνέπειες από τη ρύθμιση του βάρους τους (21,2%, $p < 0,001$), κυρίως από τη Βόρεια Μακεδονία (43,1%, $p < 0,001$) και λιγότερο από την Ελλάδα (7,5%). Ακόμα, οι μισοί από τους ερωτηθέντες αθλητές δήλωσαν ότι δεν χρειάστηκε ποτέ να χάσουν βάρος (50,6%, $p < 0,001$), σημαντικά το περισσότερο από τη Βουλγαρία (79,6%, $p < 0,001$). Όσοι αθλητές έχασαν βάρος, βοήθησαν κυρίως τον εαυτό τους (32,7%, $p < 0,001$), τα περισσότερα από την Πολωνία και την Ελλάδα (40,4% και 52,5% αντίστοιχα). Κατά μέσο όρο, οι αθλητές ζήτησαν βοήθεια από τους φίλους και την οικογένειά τους (6,5%), περισσότερο από τους διατροφολόγους (4,8%) ή έναν προπονητή (5,4%). Οι Ιταλοί, οι Βορειομακεδόνες και οι Κροάτες

αθλητές θα ζητήσουν βοήθεια περισσότερο από διατροφολόγους και προπονητές παρά από Βούλγαρους και Έλληνες αθλητές, οι οποίοι οι περισσότεροι θα ζητήσουν βοήθεια από τους προπονητές τους και θα βοηθήσουν τον εαυτό τους αλλάζοντας τη διατροφή τους εάν χρειαστεί ποτέ να χάσουν βάρος. Οι Κροάτες αθλητές ως επί το πλείστον θα ρωτήσουν τους γονείς τους (68,1%) και θα αλλάξουν προπόνηση (66,0%), ενώ οι Πολωνοί αθλητές θα επιλέξουν να βοηθήσουν τον εαυτό τους χρησιμοποιώντας καθαρτικά/διουρητικά/διαιτητικά προϊόντα (26,7%). Οι αθλητές της Βόρειας Μακεδονίας θα ρωτήσουν περισσότερο τους διατροφολόγους (16,8%) και τους αθλητικούς γιατρούς (17,2%), κάτι που είναι παρόμοιο με τους Βούλγαρους αθλητές, αλλά οι περισσότεροι θα ρωτήσουν έμπειρους συμπαίκτες (13,1%). Οι Έλληνες αθλητές θα ρωτήσουν περισσότερο τον προπονητή τους (52,5%), ενώ στατιστικά περισσότεροι Κροάτες (50,0%) και Ιταλοί (41,7%, $p = 0,011$) αθλητές δήλωσαν ότι δεν επιθυμούν να απαντήσουν σε αυτό, ακολουθούμενοι από αβέβαιοι για αυτό το θέμα (44,4% και 25,9%, αντίστοιχα).

3.1.2. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΜΕΤΑΞΥ ΑΘΛΗΤΩΝ

Στον Πίνακα 3 υπάρχουν παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν τη συμπεριφορά κινδύνου απέναντι στις διατροφικές διαταραχές. Δεν υπήρξε σημαντική διαφορά ($p = 0,197$) μεταξύ των αθλητών που συμμετείχαν στην έρευνα σχετικά με το ότι είχαν 3 ή περισσότερους τραυματισμούς την περασμένη

σεζόν ή ότι έπρεπε να τελειώσουν μια σεζόν νωρίτερα, κάτι που μπορεί να επηρεάσει το βάρος τους. Ωστόσο, αυτό αναφέρθηκε από Ιταλούς αθλητές περισσότερο (24,0%) και το λιγότερο από Κροάτες (10,2%) και Έλληνες (10,0%). Οι περισσότεροι από όλους τους αθλητές δήλωσαν ότι δεν ανησυχούν για την αύξηση



του βάρους τους μέσα στην εποχή ή όταν βρίσκονται σε αναρρωτική άδεια (64,7%, $p < 0,001$). Μεταξύ αυτών που δήλωσαν ότι ανησυχούν, οι περισσότεροι ανησυχούν μερικές φορές την εβδομάδα (13,9%), οι περισσότεροι από τη Βόρεια Μακεδονία (25,5%) και την Ιταλία (26,0%), ενώ οι Βούλγαροι αθλητές ανησυχούν κυρίως μερικές φορές την ημέρα για αυτό (16,7)%. Συνεχής ανησυχία για την αύξηση του σωματικού βάρους δήλωσαν αθλητές της Βόρειας Μακεδονίας (23,5%) και ακολουθούν οι Κροάτες (10,2%). Άλλοι αθλητές δήλωναν συνεχώς ότι ανησυχούν συνεχώς σε παρόμοιες αναλογίες. Αν και περισσότεροι από τους μισούς αθλητές ήταν ικανοποιημένοι με το τρέχον βάρος τους (55,4%, $p < 0,001$), οι Έλληνες και οι Βούλγαροι αθλητές ήταν

πιο δυσαρεστημένοι. Οι αθλητές της Κροατίας και της Βόρειας Μακεδονίας περισσότερο από άλλους δήλωσαν ότι πρέπει να χάσουν περισσότερα κιλά, 5 κιλά και περισσότερα. Άλλοι οι περισσότεροι δήλωσαν ότι πρέπει να χάσουν βάρος από 0,5 έως 5 κιλά. Το ένα τρίτο των αθλητών δήλωσαν ότι τους είχε πει να χάσουν βάρος από κάποιον που δεν είναι επαγγελματίας υγείας (27,7%, $p < 0,001$) και αυτό ήταν το μεγαλύτερο ποσοστό μεταξύ περισσότερων από τους μισούς αθλητές της Βόρειας Μακεδονίας (56,9%). Το ένα τρίτο των αθλητών ακολουθούσε επί του παρόντος ένα συγκεκριμένο πρόγραμμα διατροφής για την επίτευξη του καλύτερου βάρους για την απόδοσή τους (33,5%) και τα δεδομένα αυτά ήταν παρόμοια σε αθλητές από όλες τις χώρες ($p = 0,351$).

TABLE 1. SOCIO-DEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS OF ATHLETES (N=462; *MEAN (SD))

	Croatia	Italy	Poland	North Macedonia	Bulgaria	Greece	Total	p-value						
Men	73	28	56,0	48	92,3	22	43,1	23	42,6	27	67,5	221	47,8	
Women	142	66,0	52	44,0	4	7,7	29	56,9	31	57,4	13	32,5	241	52,2
Total	215	46,5	10,8	5,2	11,3	5,1	11,0	5,9	5,4	11,7	40	8,7	462	100,0
Age (years)*	17,20	5,37	19,34	15,56	1,49	20,45	5,59	23,81	5,93	18,46	2,82	18,49	5,50	<0,001
Body weight (kg)*	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
Body height (m)*	1,70	0,11	1,74	0,09	1,89	0,09	1,74	0,08	1,70	0,08	0,10	1,73	0,11	0,10
Body mass index (kg/m 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
Nutritional status	48	22,3	1	2,0	4	7,7	2	3,9	4	7,4	0	0,0	5,9	12,8
Normal weight	137	63,7	42	84,0	47	90,4	41	80,4	48	88,9	32	80,0	347	75,1
Overweight	24	11,2	6	12,0	1	1,9	8	15,7	2	3,7	8	20,0	49	10,6
Obese	6	2,8	1	2,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	1,5
10 and more	54	25,1	3	6,0	50	96,2	18	35,3	45	83,3	0	0,0	0	17,0
7 to 9	47	21,9	8	16,0	1	1,9	10	19,6	4	7,4	29	72,5	99	21,4
5 to 6	63	29,3	20	40,0	0	0,0	7	13,7	3	5,6	3	7,5	92	20,8
3 to 4	39	18,1	12	24,0	1	1,9	12	23,5	0	0,0	8	20,0	72	15,6
1 to 2	12	5,6	7	14,0	0	0,0	4	7,8	2	3,7	0	0,0	25	5,4
less weight-sensitive ball sports	93	38,0	40	16,3	52	21,2	28	11,4	32	13,1	40	14,0	285	61,7
less weight-sensitive technical	7	70,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	10	2,2
less weight-sensitive high mass	5	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	1,1
weight-sensitive aesthetic	16	80,0	1	5,0	0	0,0	2	10,0	0	0,0	0	0,0	20	4,3
weight-sensitive endurance	47	77,0	4	6,6	0	0,0	7	11,5	3	4,9	0	0,0	61	13,2
weight-sensitive power	25	65,8	5	13,2	0	0,0	0	0,0	8	21,1	0	0,0	38	8,2
weight-sensitive weight class	22	51,2	0	0,0	0	0,0	14	32,6	7	16,3	0	0,0	43	9,3
EAT-Lancet The Planetary Health Diet Index*	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
Low adherence	3	1,4	1	2,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	0,9
Moderate adherence	188	87,4	46	92,0	51	98,1	43	84,3	53	98,1	26	65,0	407	88,1
High adherence	24	11,2	3	6,0	1	1,9	8	15,7	1	1,9	14	35,0	51	11,0

TABLE 2. WEIGHT CONTROL BEHAVIORS OF ATHLETES (N=462)

	Croatia	Italy	Poland	North Macedonia	Bulgaria	Greece	Total	p-value							
Ever regulated body weight for best performance	53	24,7	14	28,0	15	28,8	31	60,8	10	18,5	21	52,5	149	32,3	<0,001
Yes	53	24,7	7	14,0	9	17,3	21	43,1	5	9,3	3	7,5	98	21,2	<0,001
When losing weight, asked for help	117	54,4	18	36,0	27	51,9	15	29,4	43	79,6	14	35,0	234	50,6	<0,001
No, never have to lose weight	8	3,7	6	12,0	2	3,8	6	11,8	0	0,0	0	0,0	22	4,8	<0,001
Yes, asked the nutritionist	14	6,5	5	10,0	2	3,8	6	11,8	2	3,7	1	2,5	30	6,5	<0,001
Yes, asked friends/family	7	3,3	6	12,0	0	0,0	6	11,8	2	3,7	4	10,0	25	5,4	<0,001
Yes, self-learned	69	32,1	15	30,0	21	40,4	18	35,3	7	13,0	21	52,5	151	32,7	<0,001
If ever need to lose weight, prefer asking for help	83	56,8	11	7,5	19	13,0	10	6,8	9	6,2	14	35,0	146	15,2	<0,001
Self-learned by changing diet	68	66,0	8	7,8	15	14,6	4	3,9	1	1,0	7	17,5	103	10,7	<0,001
Self-learned by using laxatives/diuretics/dieting products	14	46,7	2	6,7	8	26,7	2	6,7	2	6,7	2	5,0	30	3,1	<0,001
Nutritionist	94	51,1	11	6,0	25	13,6	31	16,8	10	5,4	13	32,5	184	19,2	<0,001
Experienced teammates	26	37,7	9	14,8	8	13,1	6	9,8	8	13,1	7	17,5	61	6,4	0,661
Sports doctor	43	52,9	6	6,9	6	6,9	15	17,2	7	8,0	7	17,5	87	9,1	<0,001
Trainer	103	53,4	17	8,8	18	13,1	19	9,8	15	7,8	21	52,5	193	20,1	<0,001
Parents	79	68,1	0	0,0	18	15,5	11	9,5	0	0,0	8	20,0	116	12,1	<0,001
Not sure who to ask	12	44,4	7	25,9	2	7,4	2	7,4	2	7,4	2	5,0	27	2,8	0,193
Wish not to answer	6	50,0	5	41,7	0	0,0	1	8,3	0	0,0	0	0,0	12	1,3	0,011



TABLE 3. EATING DISORDER RISK FACTORS AMONG ATHLETES (N=462)

	Croatia		Italy		Poland		North Macedonia		Bulgaria		Greece		Total		p-value
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
3 or more injuries or finish a season earlier due to injury															
Yes	22	10.2	12	24.0	6	11.5	7	13.7	7	13.0	4	10.0	58	12.6	0.197
Worry getting weight in the off-season or when on sick leave															
No	137	63.7	27	54.0	45	86.5	20	39.2	40	74.1	30	75.0	299	64.7	
Yes, few time in a week	30	14.0	13	26.0	3	5.8	13	25.5	2	3.7	3	7.5	64	13.9	<0.001
Yes, few time in a day	26	12.1	7	14.0	1	1.9	6	11.8	9	16.7	4	10.0	53	11.5	
Yes, constantly	22	10.2	3	6.0	3	5.8	12	23.5	3	5.6	3	7.5	46	10.0	
Satisfied with current body weight															
Yes	140	65.1	21	42.0	35	67.3	35	68.6	16	29.6	9	22.5	256	55.4	<0.001
How much do you think you need to lose weight to be at your best performance weight?															
None	111	51.6	22	44.0	34	65.4	26	51.0	46	85.2	17	42.5	256	55.4	
0.5 to 2 kg	38	17.7	10	20.0	5	9.6	9	17.6	1	1.9	19	47.5	82	17.7	0.001
2 to 5 kg	31	14.4	12	24	10	19.2	6	11.8	2	3.7	3	7.5	64	13.9	
5 to 7 kg	16	7.4	5	10.0	1	1.9	6	11.8	1	1.9	1	2.5	30	6.5	
more than 7kg	19	8.8	1	2.0	2	3.8	4	7.8	4	7.4	0	0.0	30	6.5	
Currently follow a specific diet plan to achieve your best performance weight															
Yes	82	38.1	12	24.0	18	34.6	14	27.5	16	29.6	13	32.5	155	33.5	0.351
Not a health professional told to lose weight															
Yes	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. Ο ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΑΘΛΗΤΩΝ

Για την αξιολόγηση του επιπολασμού του κινδύνου διατροφικών διαταραχών μεταξύ των αθλητών, εφαρμόστηκαν δύο ερωτηματολόγια. Το πρώτο ήταν ένα ερωτηματολόγιο 36 ερωτήσεων για διατροφικές διαταραχές για εφήβους (EDE-A) που αφορούσε τέσσερις συμπεριφορές κινδύνου (περιορισμός του φαγητού, ανησυχία για το φαγητό, ανησυχία για το σχήμα και ανησυχία για το βάρος) για τις τελευταίες 14 ημέρες (Πίνακας 4). Το δεύτερο ερωτηματολόγιο ήταν ένα ερωτηματολόγιο 6 ερωτηματολογίων διατροφικών διαταραχών για αθλητές (EDSA) (Πίνακας 5). Ο επιπολασμός του κινδύνου για διατροφικές διαταραχές που εκτιμήθηκε από το EDE-A ήταν 10,4%, σημαντικά υψηλότερος μεταξύ των Κροατών και των αθλητών της Βόρειας Μακεδονίας (14,9% και 13,7%, αντίστοιχα). Οι αθλητές που σημείωσαν τη μεγαλύτερη βαθμολογία στις ερωτήσεις σχήματος και βάρους αφορούν τους Κροάτες, τους Έλληνες και τους αθλητές της Βόρειας Μακεδονίας ($p < 0,001$), ενώ οι Πολωνοί και οι Βούλγαροι αθλητές σημείωσαν την υψηλότερη βαθμολογία σε ερωτήσεις περιορισμού τροφής ($p = 0,001$) (Πίνακας 4). Την υψηλότερη παγκόσμια βαθμολογία EDE-A είχαν οι αθλητές της Βόρειας Μακεδονίας και οι χαμηλότεροι Βούλγαροι αθλητές ($p < 0,001$). Ο αριθμός των αθλητών που διατρέχουν κίνδυνο για διατροφικές διαταραχές που αξιολογήθηκαν με ένα σύντομο ερωτηματολόγιο EDSA ήταν διπλάσιος, με συνολικά 92 αθλητές, που δείχνουν επιπολασμό ΣΔ 19,9% (Πίνακας 5).

Σημαντικά ο υψηλότερος επιπολασμός κινδύνου ήταν μεταξύ των Πολωνών αθλητών (30,8%, $p = 0,003$) και ο χαμηλότερος μεταξύ των Βούλγαρων (3,7%) και των Ελλήνων (7,5%), ενώ οι Ιταλοί, οι Βορειομακεδόνες και οι Κροάτες αθλητές είχαν παρόμοιες τιμές (24,0%, 23,5). % και 21,9%, αντίστοιχα) δείχνοντας ότι σχεδόν το ένα τέταρτο ή το ένα πέμπτο των αθλητών διατρέχουν πιθανό κίνδυνο για διατροφικές διαταραχές (Πίνακας 5). Την υψηλότερη βαθμολογία EDSA είχαν οι Πολωνοί αθλητές και οι χαμηλότεροι Βούλγαροι αθλητές ($p < 0,001$), ενώ αθλητές από άλλες χώρες είχαν παρόμοια βαθμολογία (Πίνακας 5). Οι αθλητές σημείωσαν υψηλότερη βαθμολογία στο βάρος, το σχήμα ή τη σύσταση του σώματος επηρεάζοντας το αίσθημα για αυτούς, αλλά χωρίς διαφορά μεταξύ των χωρών, το λιγότερο ήταν η Ελλάδα ($p = 0,270$). Η ανησυχία ότι το βάρος, το σχήμα ή η σύσταση του σώματος θα το αλλάξει αν δεν ασκηθείτε ήταν το δεύτερο στοιχείο με υψηλή βαθμολογία, αλλά χωρίς διαφορά ($p = 0,077$). Ο υψηλότερος επιπολασμός όσων θέλουν να είναι πιο αδύνατοι, ακόμη και οι άλλοι σκέφτονται διαφορετικά, ήταν σημαντικά ο μεγαλύτερος μεταξύ των Κροατών και Πολωνών αθλητών (10,7% και 13,5%, $p = 0,011$). Η αποφυγή τροφής (19,2%) και η δυσάρεσκεια με το βάρος, το σχήμα ή τη σύσταση σώματος σημείωσαν την υψηλότερη βαθμολογία από τους Πολωνούς αθλητές (11,5%) που δήλωσαν σημαντικά το υψηλότερο ποσοστό διάγνωσης με ΣΔ (15,4%, $p < 0,001$) και η Βουλγαρία χαμηλότερο (0,0%).

TABLE 4. EATING DISORDER QUESTIONNAIRE FOR ADOLESCENTS (EDE-A) RESULTS AMONG ATHLETES (N=462)

	Croatia		Italy		Poland		North Macedonia		Bulgaria		Greece		Total		P-value
	mean	SD	mean	SD	mean	SD	mean	SD	mean	SD	mean	SD	mean	SD	
Restraint score	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
Eating concern score	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
Shape concern score	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
Weight concern score	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
Global EDE-A score	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
At risk for eating disorder (N (%))	32	14.9	3	6.0	3	5.8	7	13.7	2	3.7	1	2.5	48	10.4	<0.001



TABLE 5. EATING DISORDERS SCREEN FOR ATHLETES (EDSA) RESULTS AMONG ATHLETES

	Croatia		Italy		Poland		North Macedonia	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Being diagnosed with any type of eating disorder								
Yes	2	0.9	4	8.0	8	15.4	1	2.0
Eating Disorders Screen for Athletes (EDSA) score (mean (SD))	2.35	1.05	2.60	1.07	2.89	1.16	2.61	1.0
At risk for eating disorder	47	21.9	12	24.0	16	30.8	12	23.5
Weight, shape, or body composition affects feeling about yourself								
always	23	10.7	3	6.0	8	15.4	7	13.7
Dissatisfied with weight, shape, or body composition								
always	18	8.4	1	2.0	6	11.5	3	5.9
Worried that weight, shape, or body composition will change if you cannot exercise								
always	24	11.2	5	10.0	5	9.6	7	13.7
Wanting to be leaner even if others may think he/she is already lean								
always	23	10.7	1	2.0	7	13.5	2	3.9
Worried about losing control over eating because of how it may affect his/her weight								
always	12	5.6	3	6.0	3	5.8	3	5.9
Trying to avoid certain foods to influence weight, shape, or body composition								

3.1.4 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΉ ΠΪΕΣΗ ΠΟΥ ΣΧΕΤΪΖΕΤΑΙ ΜΕ ΤΟ ΒΆΡΟΣ ΑΠΌ ΤΟΝ ΠΡΟΠΟΝΗΤΉ ΚΑΙ ΤΟΥΣ ΣΥΜΠΑΪΚΤΕΣ ΤΟΥ

Η πίεση από τους προπονητές και τους συμπαίκτες σχετικά με το σωματικό βάρος ή/και το σχήμα μπορεί ενδεχομένως να επηρεάσει την ανάπτυξη μιας διατροφικής διαταραχής σε έναν αθλητή. Οι αθλητές αξιολόγησαν τα σχόλια και τη συμπεριφορά των προπονητών και των συμπαίκτων τους σχετικά με τη διατροφή, το βάρος και το σχήμα, τα οποία αποτελέσματα φαίνονται στον Πίνακα 6. Οι Βούλγαροι αθλητές μιλούν σημαντικά χαμηλότερα για τη διατροφή με τους συμπαίκτες τους, η Βόρεια Μακεδονία το υψηλότερο (14,8% και 70,6%, $p < 0,001$). Οι αθλητές της Βόρειας Μακεδονίας και της Ιταλίας είναι σημαντικά πιο νευρικοί για τον έλεγχο του βάρους τους από τον προπονητή τους (19,6% και 22,0%, αντίστοιχα $p < 0,001$), οι Πολωνοί και οι Βούλγαροι αθλητές το λιγότερο (0,0% και 1,9%, αντίστοιχα) και παρόμοιο ήταν να τους ενοχλήσει όταν ένας προπονητής ζητά να ζυγίσει συχνά ($p < 0,001$). Οι Πολωνοί και οι αθλητές της Βόρειας Μακεδονίας συγκρίνονται περισσότερο με τους συμπαίκτες τους όσον αφορά το σωματικό βάρος (46,2% και 31,4%, $p < 0,001$) και οι Πολωνοί και οι Έλληνες αθλητές αισθάνονται καλύτερα αν ζυγίζουν λιγότερο από τους συμπαίκτες τους (34,6% και 32,5%, αντίστοιχα, $p = 0,004$), τα ιταλικά και τα βουλγαρικά το λιγότερο (12,0% και 13,0%, αντίστοιχα).

Όταν ο προπονητής μιλάει για το βάρος του αθλητή, αυτό επηρεάζει περισσότερο τους αθλητές της Βόρειας Μακεδονίας (35,3%, $p < 0,001$) και τους Βούλγαρους λιγότερο (3,7%). Το ένα τρίτο των Ιταλών (32,0%) και Ελλήνων (30,0%), το ένα τέταρτο των Κροατών (22,3%) και των αθλητών της Βόρειας Μακεδονίας (23,5%) αισθάνονται άβολα όταν ένας προπονητής και οι συμπαίκτες τους μιλούν για το σωματικό τους βάρος και το σχήμα τους, και σημαντικά για το χαμηλότερο Βούλγαροι (5,6%) και Πολωνοί αθλητές (9,6%, $p < 0,001$). Οι μισοί από τους Κροάτες αθλητές (51,6%) δεν αισθάνονται καλά όταν οι συμπαίκτες τους μιλούν για το βάρος τους, επίσης το ένα τρίτο των Ελλήνων (35,0%), το ένα τέταρτο των Ιταλών (26,0%), Πολωνών (25,0%) και αθλητών της Βόρειας Μακεδονίας (27,5%), ενώ τα Βουλγαρικά σημαντικά το λιγότερο (5,6%, $p < 0,001$). Η αντιληπτή πίεση σχετικά με σχόλια και συμπεριφορά από εκπαιδευτές και συμπαίκτες σχετικά με το σωματικό βάρος και το σχήμα του αθλητή ήταν σημαντικά η υψηλότερη μεταξύ των αθλητών της Βόρειας Μακεδονίας και της Ιταλίας (21,6% και 18,0%, αντίστοιχα, $p < 0,001$) και η μικρότερη μεταξύ των Βουλγαρών αθλητών (1,9%).

TABLE 6. PERCEIVED PRESSURE AND CONCERNS ABOUT TEAM COLLEAGUES'/TRAINER COMMENTS REGARDING DIET, WEIGHT AND SHAPE

All yes	Croatia		Italy		Poland		North Macedonia		Bulgaria		Greece		Total		p-value
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Talk about diet with team colleagues.	93	43.3	15	30.0	26	50.0	36	70.6	8	14.8	7	17.5	185	40.0	<0.001
Nervous that the trainer controls our weight.	13	6.0	11	22.0	0	0.0	10	19.6	1	1.9	2	5.0	37	8.0	<0.001
Comparing with team colleagues regarding body weight.	61	28.4	11	22.0	24	46.2	16	31.4	6	11.1	5	12.5	123	26.6	0.002
Bothering when a trainer asks to weigh often.	20	9.3	8	16.0	1	1.9	13	25.5	1	1.9	4	10.0	47	10.2	<0.001
Affected when a trainer talks about body weight.	41	19.1	11	22.0	5	9.6	18	35.3	2	3.7	3	7.5	80	17.3	<0.001
Uncomfortable when the trainer and team colleagues talk about weight and body shape.	48	22.3	16	32.0	5	9.6	12	23.5	3	5.6	12	30.0	96	20.8	0.003
Not feeling good when team colleagues talk about his/hers body.	111	51.6	13	26.0	13	25.0	14	27.5	3	5.6	14	35.0	168	36.4	<0.001
Feeling good if weighing less than team colleagues.	68	31.6	6	12.0	18	34.6	13	25.5	7	13.0	13	32.5	125	27.1	0.004
Perceived pressure from a trainer/team colleagues	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. ΑΘΛΗΤΕΣ ΠΟΥ ΔΙΑΤΡΕΧΟΥΝ ΔΥΝΗΤΙΚΟ ΚΙΝΔΥΝΟ ΓΙΑ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΘΗΚΑΝ ΜΕ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΕΔΕ-A ΚΑΙ EDSA

Οι πίνακες 7 και 8 παρουσιάζουν επιλεγμένα χαρακτηριστικά των αθλητών που διατρέχουν πιθανό κίνδυνο για διατροφικές διαταραχές, τα οποία αξιολογήθηκαν με το ερωτηματολόγιο EDE-A (πίνακας 7) και με το ερωτηματολόγιο EDSA (πίνακας 8). Μεταξύ των 48 (10,4%) αθλητών που βρίσκονταν σε πιθανό κίνδυνο για διατροφικές διαταραχές που αξιολογήθηκαν με το ερωτηματολόγιο EDE-A οι γυναίκες ήταν σημαντικά περισσότερες (77,1%; $p=0,002$), εκτός από την Πολωνία και την Ελλάδα όπου όλοι αυτοί οι αθλητές ήταν άνδρες (Πίνακας 7). Δεν υπήρχε σημαντική διαφορά όσον αφορά τη διατροφική κατάσταση, οι περισσότεροι ήταν φυσιολογικού βάρους (70,8%, $p=0,960$), υπήρχαν 6,3% λιποβαρείς αθλητές, όλοι από την Κροατία, και 22,9% υπέρβαροι αθλητές από την Κροατία και τη Βόρεια Μακεδονία. Όσον αφορά τα αθλήματα που εξασκήθηκαν, επίσης δεν υπήρχε σημαντική διαφορά, σχεδόν τα δύο τρίτα από αυτούς έπαιζαν αθλήματα με μπάλα λιγότερο ευαίσθητα στο βάρος, όπως βόλεϊ, χάντμπολ, τένις, σόφτμπολ και ποδόσφαιρο (66,7%, $p=0,995$). Όσον αφορά την εκπροσώπηση των χωρών, όλοι ήταν από την Ιταλία, την Πολωνία και την Ελλάδα και οι μισοί από αυτούς ήταν από τη Βουλγαρία. Στην Κροατία και τη Βόρεια Μακεδονία, εκτός από την προαναφερθείσα αθλητική κατηγορία, άλλη κύρια αθλητική κατηγορία ήταν τα αισθητικά αθλήματα ευαίσθητα στο βάρος, όπως το καλλιτεχνικό πατινάζ, ο χορός και η γυμναστική (12,5% και 14,3%, αντίστοιχα), τα αθλήματα δύναμης ευαίσθητα στο βάρος, όπως ο στίβος, το τρίαθλο (9,4% και 14,3%, αντίστοιχα). Σε πιθανό κίνδυνο ήταν επίσης οι αθλητές που έκαναν αθλήματα ευαίσθητα στο βάρος, όπως τα μαχητικά αθλήματα, στην Κροατία σε ποσοστό 9,4% και στη Βουλγαρία σε ποσοστό 50,0%.

Οι διατροφικές συμπεριφορές των αθλητών με πιθανό κίνδυνο δεν διέφεραν σημαντικά, το 83,3% είχε μια διατροφή που τηρούσε μέτρια τη δίαιτα EATLancet, όπου το 2,1% είχε χαμηλή συμμόρφωση (1 από την Κροατία) και το 14,6% είχε μια διατροφή που τηρούσε σε μεγάλο βαθμό, 5 από την Κροατία και 2 από τη Βόρεια Μακεδονία.

Σχεδόν οι μισοί αθλητές είχαν αντιληφθεί πίεση από προπονητή/συμπαίκτης (47,9%, $p<0,001$), οι περισσότεροι ήταν στην Κροατία (56,3%) και στη Βόρεια Μακεδονία (57,1%) και ένα τρίτο στην Πολωνία (33,3%). Οι Ιταλοί, Έλληνες και Βούλγαροι αθλητές δεν σημείωσαν αντιληπτή πίεση (όλοι 0,0%). Υπήρχε το 78,7% αυτών των αθλητών με πιθανό κίνδυνο για ΣΔ που αξιολογήθηκαν με το ερωτηματολόγιο EDSA ($p<0,001$). Όλοι όσοι διέτρεχαν πιθανό κίνδυνο για ΣΔ που αξιολογήθηκαν και με τα δύο ερωτηματολόγια ήταν Πολωνοί αθλητές (100,0%). Υψηλή σύμπτωση είχαν επίσης η Κροατία (84,4%) και η Βόρεια Μακεδονία (71,4%), μετά η Βουλγαρία (50,0%), η Ιταλία (33,3%) και η Ελλάδα χωρίς σύμπτωση (0,0%).

Μεταξύ 92 (19,9%) αθλητών που διέτρεχαν πιθανό κίνδυνο για διατροφικές διαταραχές που αξιολογήθηκαν με το ερωτηματολόγιο EDSA (Πίνακας 8), οι μισοί από αυτούς ήταν από την Κροατία ($N=47$), 16 ήταν από την Πολωνία, 12 από την Ιταλία και Πολωνία, 3 από την Ελλάδα και 2 από τη Βουλγαρία. Οι περισσότεροι από όλους τους αθλητές είχαν φυσιολογικό βάρος (72,8%), το 6,5% των λιποβαρών και το 3,3% εκείνων με παχυσαρκία, οι περισσότεροι ήταν Κροάτες αθλητές. Περίπου οι μισοί από τους αθλητές έπαιζαν λιγότερο ευαίσθητα σε βάρος αθλήματα με μπάλα (63,0%, $p=0,176$), τα περισσότερα από την Πολωνία, την Ελλάδα και τη Βόρεια Μακεδονία. Άλλα διαδεδομένα αθλήματα ήταν η αντοχή σε βάρος (10,9%), η δύναμη (8,7%) και τα αθλήματα κατηγορίας βάρους (7,6%). Η δίαιτα των αθλητών κατά μέσο όρο τηρούσε ως επί το πλείστον μέτρια τη δίαιτα EAT-Lancet (83,7%, $p=0,950$), ενώ οι αθλητές της Βόρειας Μακεδονίας είχαν τον υψηλότερο επιπολασμό από αυτούς των οποίων η δίαιτα τηρούνταν ιδιαίτερα (25,0%). Το ένα τρίτο (29,3%, $p<0,001$) των αθλητών επιβεβαίωσε μια αντιληπτή πίεση από προπονητή και συμπαίκτης, η μεγαλύτερη στην Κροατία (40,4%), μετά στη Βόρεια Μακεδονία και στην Ελλάδα (και οι δύο 33,3%), στην Πολωνία (12,5%), στην Ιταλία (8,3%) και λιγότερο η Βουλγαρία (0,0%). Τα δύο πέμπτα αυτής της υποομάδας αθλητών διέτρεχαν επίσης πιθανό κίνδυνο για ΣΔ που αξιολογήθηκε με το ερωτηματολόγιο EDE-A (40,2%, $p<0,001$), το μεγαλύτερο ποσοστό στην Κροατία (57,4%), μετά στη Βόρεια Μακεδονία, την Πολωνία και τη Βουλγαρία. Στην Ιταλία δεν υπήρξε σύμπτωση μεταξύ αυτών των δύο ερωτηματολογίων

TABLE 7. ATHLETES' CHARACTERISTICS THAT WERE AT POTENTIAL RISK FOR EATING DISORDERS ASSESSED WITH EDE-A (N=48)

	Croatia		Italy		Poland		North Macedonia		Bulgaria		Greece		Total		p-value	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Total	32	100.0	3	100.0	3	100.0	7	100.0	2	100.0	1	100.0	48	100.0	<0.001	
Male	3	9.4	1	33.3	3	100.0	3	42.9	0	0.0	1	100.0	11	22.9	0.002	
Female	29	90.6	2	66.7	0	0.0	4	57.1	2	100.0	0	0.0	37	77.1		
Nutritional status	underweight	3	9.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	6.3	0.960
	normal weight	20	62.5	3	100.0	3	100.0	5	71.4	2	100.0	1	100.0	34	70.8	
	overweight	9	28.1	0	0.0	0	0.0	2	28.6	0	0.0	0	0.0	11	22.9	
	obese	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
	less weight-sensitive ball sports	19	59.4	3	100.0	3	100.0	5	71.4	1	50.0	1	100.0	32	66.7	
less weight-sensitive technical	1	3.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	2.1	0.995	
less weight-sensitive high mass	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0		
weight-sensitive aesthetic	4	12.5	0	0.0	0	0.0	1	14.3	0	0.0	0	0.0	5	10.4		
weight-sensitive endurance	3	9.4	0	0.0	0	0.0	1	14.3	0	0.0	0	0.0	4	8.3		
weight-sensitive power	2	6.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	4.2		
weight-sensitive weight class	3	9.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	50.0	0	0.0	4	8.3		
The Planetary Health Diet Index	low adherence	1	3.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	2.1	0.937
	moderate adherence	26	81.3	3	100.0	3	100.0	5	71.4	2	100.0	1	100.0	40	83.3	
high adherence	5	15.6	0	0.0	0	0.0	2	28.6	0	0.0	0	0.0	7	14.6		
Perceived pressure from a trainer/teamates	18	56.3	0	0.0	1	33.3	4	57.1	0	0.0	0	0.0	23	47.9	<0.001	
At possible risk assessed with EDSA	27	84.4	1	33.3	3	100.0	5	71.4	1	50.0	0	0.0	37	78.7	<0.001	



TABLE 8. ATHLETES' CHARACTERISTICS THAT WERE AT POTENTIAL RISK FOR EATING DISORDERS ASSESSED WITH EDSA (N=92)

	Croatia		Italy		Poland		North Macedonia		Bulgaria		Greece		Total		p-value	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Total	47	100.0	12	100.0	16	100.0	12	100.0	2	100.0	3	7.5	92	100.0	<0.001	
Male	7	14.9	3	25.0	13	81.3	4	33.3	0	0.0	1	2.5	28	30.4	<0.001	
Female	40	85.1	9	75.0	3	18.8	8	66.7	2	100.0	2	5.0	64	69.6		
Nutritional status	underweight	5	10.6	0	0.0	1	6.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	6	6.5	
	normal weight	30	63.8	10	83.3	14	87.5	8	66.7	2	100.0	3	100.0	67	72.8	0.697
	overweight	10	21.3	1	8.3	1	6.3	4	33.3	0	0.0	0	0.0	16	17.4	
	obese	2	4.3	1	8.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	3.3	
Sport class	less weight-sensitive ball sports	23	48.9	5	41.7	16	100.0	10	83.3	1	50.0	3	100.0	58	63.0	
	less weight-sensitive technical	3	6.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	3.3	
	less weight-sensitive high mass	1	2.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	1.1	0.176
	weight-sensitive aesthetic	3	6.4	1	8.3	0	0.0	1	8.3	0	0.0	0	0.0	5	5.4	
	weight-sensitive endurance	7	14.9	2	16.7	0	0.0	1	8.3	0	0.0	0	0.0	10	10.9	
	weight-sensitive power	4	8.5	4	33.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	8	8.7	
The Planetary Health Diet Index	weight-sensitive weight class	6	12.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	50.0	0	0.0	7	7.6	
	low adherence	1	2.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	1.1	
	moderate adherence	38	80.9	10	83.3	15	93.8	9	75.0	2	100.0	3	100.0	77	83.7	0.950
	high adherence	8	17.0	2	16.7	1	6.3	3	25.0	0	0.0	0	0.0	14	15.2	
Perceived pressure from a trainer/teamates	19	40.4	1	8.3	2	12.5	4	33.3	0	0.0	1	33.3	27	29.3	<0.001	
At risk assessed with 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. ΓΝΩΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΙΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΑΘΛΗΤΩΝ

Οι αθλητές βαθμολόγησαν τις γνώσεις τους σχετικά με τις διατροφικές διαταραχές από το ότι δεν γνωρίζουν καλά για αυτές (Πίνακας 9). Οι αθλητές της Βόρειας Μακεδονίας και της Κροατίας γνώριζαν περισσότερα από άλλες υποομάδες για τη νευρική ανορεξία (35,3% και 34,4%, αντίστοιχα, $p < 0,001$) και τη νευρική βουλιμία (25,5% και 30,2%, αντίστοιχα, $p < 0,001$), την ελληνική και τη βουλγαρική υπερφαγία (30,2). % και 24,1%, αντίστοιχα, $p < 0,001$), και σχετικά με τη νευρική ορθορεξία (10,0% και 13,3%, αντίστοιχα, $p < 0,001$), Κροάτες και Πολωνούς αθλητές σχετικά με την αποφυγή/περιοριστική διατροφή (20,9% και 19,2%, αντίστοιχα, $p < 0,001$), και Πολωνοί και Βούλγαροι αθλητές σχετικά με τη νευρική διγορεξία (13,5% και 11,1%, αντίστοιχα, $p < 0,001$). Οι Ιταλοί αθλητές δήλωσαν απαντήσεις στον ελάχιστο αριθμό για να γνωρίζουν καλά όλες τις αναφερόμενες διατροφικές διαταραχές.

Σχετικά με τα προαναφερθέντα αποτελέσματα σχετικά με τη γνώση των διατροφικών διαταραχών μεταξύ των αθλητών, τους ζητήθηκε να επιλέξουν τον πιο προτιμώμενο τρόπο για να λάβουν εκπαίδευση και πληροφορίες σχετικά με τις διατροφικές διαταραχές.

Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον πίνακα 10. Αθλητές από όλες τις χώρες επέλεξαν μια ιστοσελίδα/ιστολόγιο ως τον πλέον προτιμώμενο τρόπο (33,6%, $p < 0,001$). Κροάτες, Έλληνες και Βούλγαροι αθλητές σημειώνουν επίσης διαδικτυακά σεμινάρια και εργαστήρια σε υψηλή αναλογία, ενώ Ιταλοί, Πολωνοί, Έλληνες και Βόρειοι αθλητές της Μακεδονίας σημείωσαν έντονα εγχειρίδια σε υψηλή αναλογία. Η διαβούλευση με ειδικούς ως επιλογή σημείωσε μόνο τους Ιταλούς αθλητές (14,5%) και το 4,5% των Κροατών αθλητών σημείωσε το "Άλλο" ως επιλογή για να λάβουν εκπαίδευση και πληροφορίες σχετικά με τις ΕΔ.

TABLE 9. ATHLETES' KNOWLEDGE ABOUT EATING DISORDERS (N=462)

Knowledge	Croatia		Italy		Poland		North Macedonia		Bulgaria		Greece		Total		p-value
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Anorexia Nervosa															
don't know	31	14.4	20	40.0	6	11.5	5	9.8	1	1.9	4	10.0	67	14.5	<0.001
heard/somewhat know	110	51.2	28	56.0	38	73.1	28	54.9	40	74.1	29	72.5	273	59.1	
know well	74	34.4	2	4.0	8	15.4	18	35.3	13	24.1	7	17.5	122	26.4	
Bulimia Nervosa															
don't know	46	21.4	18	36.0	16	30.8	9	17.6	2	3.7	4	10.0	95	20.6	<0.001
heard/somewhat know	104	48.4	30	60.0	30	57.7	29	56.9	44	81.5	35	87.5	272	58.9	
know well	65	30.2	2	4.0	6	11.5	13	25.5	8	14.8	1	2.5	95	20.6	
Binge eating/Overeating															
don't know	25	11.6	20	40.0	8	15.4	10	19.6	1	1.9	10	25.0	74	16.0	<0.001
heard/somewhat know	125	58.1	29	58.0	34	65.4	29	56.9	40	74.1	27	67.5	284	61.5	
know well	65	30.2	1	2.0	10	19.2	12	23.5	13	24.1	3	7.5	104	22.5	
Avoidant/Restrictive eating															
don't know	58	27.0	24	48.0	4	7.7	10	19.6	0	0.0	8	20.0	104	22.5	<0.001
heard/somewhat know	112	52.1	25	50.0	38	73.1	32	62.7	44	81.5	31	77.5	282	61.0	
know well	45	20.9	1	2.0	10	19.2	9	17.6	10	18.5	1	2.5	76	16.5	
Bigorexia Nervosa															
don't know	131	60.9	27	54.0	21	40.4	17	33.3	4	7.4	11	27.5	211	45.7	<0.001
heard/somewhat know	65	30.2	21	42.0	27	51.9	29	56.9	44	81.5	26	65.0	212	45.9	
know well	19	8.8	2	4.0	7	13.5	5	9.8	6	11.1	3	7.5	42	9.1	
Orthorexia Nervosa															
don't know	149	69.3	27	54.0	30	57.7	19	37.3	3	5.6	17	42.5	245	53.0	<0.001
heard/somewhat know	46	21.4	22	44.0	19	36.5	29	56.9	44	81.5	19	47.5	179	38.7	
know well	20	9.3	1	2.0	3	5.8	3	5.9	7	13.0	4	10.0	38	8.2	

TABLE 10. ATHLETES' PREFERRED WAY TO RECEIVE EDUCATION AND INFORMATION ABOUT EATING DISORDERS (N=462)

	Croatia		Italy		Poland		North Macedonia		Bulgaria		Greece		Total		p-value
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Webpage/blogs	101	26.6	29	46.8	23	44.2	35	37.6	30	50.8	12	30.0	230	33.6	<0.001
Webinars	141	37.2	4	6.5	6	11.5	18	19.4	24	40.7	11	27.5	204	29.8	
Consulting with experts	0	0.0	9	14.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	9	1.3	
Workshops	82	21.6	9	14.5	12	23.1	22	23.7	4	6.8	1	2.5	130	19.0	
Printed manual	38	10.0	11	17.7	11	21.2	18	19.4	1	1.7	16	40.0	95	13.9	
Other	17	4.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	17	2.5	



3.2. ATHLETES' PARENTS

Η μέση ηλικία των γονέων των 519 αθλητών που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν 43 έτη (Πίνακας 11). Σχεδόν οι μισοί από τους γονείς ήταν από την Κροατία (45,9%), ακολουθούμενη από την Πολωνία (13,9%), τη Βουλγαρία (11,8%), τη Βόρεια Μακεδονία (10,6%), την Ιταλία (9,6%) και την Ελλάδα (8,3%). Κατά μέσο όρο, σχεδόν όλοι οι γονείς ήταν παντρεμένοι (79,6%), χωρίς σημαντικές διαφορές μεταξύ των χωρών. Η πλειοψηφία των γονέων είχε διατροφική κατάσταση εντός φυσιολογικού σωματικού βάρους (ΔΜΣ 24,52 kg/m²). Η Βουλγαρία (14,8%) και η Κροατία (10,1%) ξεχωρίζουν με τους υποσιτισμένους. Με το υπέρβαρο και την παχυσαρκία ξεχωρίζουν η Βόρεια Μακεδονία (41,8%) και η Κροατία (40,3%) ($p < 0,001$). Οι περισσότεροι γονείς ήταν μη καπνιστές (62,6%, $p < 0,001$). Η Βόρεια Μακεδονία είχε τον μεγαλύτερο αριθμό καπνιστών (58,2%, $p < 0,001$). Σχεδόν οι μισοί γονείς δήλωσαν τις συνήθειες σωματικής τους δραστηριότητας που βαθμολογήθηκαν ως μέτρια σωματική δραστηριότητα (48,6%). Οι περισσότεροι από αυτούς με χαμηλή φυσική δραστηριότητα ήταν Κροάτες γονείς (31,5%) και οι περισσότεροι από εκείνους με υψηλή σωματική δραστηριότητα ήταν από Πολωνούς γονείς (45,8%, $p < 0,001$). Το ένα τρίτο των γονέων δήλωσε ότι ολοκλήρωσε το γυμνάσιο (37,0%) και το ένα τρίτο πτυχίο (34,5%). Κατά μέσο όρο, ένα υψηλό ποσοστό απασχολήθηκε (86,1%, $p < 0,001$), κυρίως στην Κροατία (93,3%), και το χαμηλότερο ήταν στην Ιταλία και την

Ελλάδα, όπου και οι γονείς εργάζονταν επίτιμοι, περισσότερο από άλλους. Τα δύο τρίτα των γονέων (61,8%) είχαν εισόδημα γύρω από τον μέσο όρο της χώρας. Οι Ιταλοί γονείς ήταν οι περισσότεροι με εισόδημα κάτω από τον μέσο όρο της χώρας (18%, $p < 0,001$) και οι Έλληνες γονείς ήταν οι περισσότεροι με εισόδημα υψηλότερο από τον μέσο όρο της χώρας. Η πλειοψηφία των γονέων δήλωσε ότι ζει σε αστική περιοχή (71,1%, $p < 0,001$), εκτός από τους Πολωνούς και Έλληνες γονείς (83,3%) που ζούσαν κυρίως σε αγροτική περιοχή. Κατά μέσο όρο, η διατροφή όλων των γονέων τηρούσε μέτρια τον δείκτη EAT-Lancet (85,5%, $p < 0,001$), ενώ οι περισσότεροι από αυτούς με δίαιτα που τηρούσαν ιδιαίτερα τον δείκτη EAT-Lancet ήταν Ιταλοί γονείς (38,0%). Οι γονείς απαριθμήσαν τα αθλήματα στα οποία προπονήθηκαν τα παιδιά τους. Οι περισσότεροι γονείς είχαν παιδιά που προπονούσαν αθλήματα που ταξινομήθηκαν ως αθλήματα με μπάλα λιγότερο ευαίσθητα στο βάρος (59,7%, $p < 0,001$), όλα από την Πολωνία και την Ελλάδα (και τα δύο 100,0%). Οι Κροάτες και οι Ιταλοί γονείς είχαν τα περισσότερα παιδιά που προπονούσαν σε αθλήματα αντοχής ευαίσθητα στο βάρος (32,8% και 12,0%, αντίστοιχα, $p < 0,001$) και τα παιδιά των γονέων της Βόρειας Μακεδονίας που προπονούσαν σε αθλήματα κατηγορίας βάρους ευαίσθητα στο βάρος (32,7%, $p < 0,001$).

TABLE 11. SOCIO-DEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS OF ATHLETES' PARENTS (N=519) (*MEAN (SD))

	Croatia		Italy		Poland		North Macedonia		Bulgaria		Greece		Total		p-value
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Men	64	26.9	15	30.0	25	34.7	23	41.8	32	52.5	2	4.7	161	31.0	
Women	174	73.1	35	70.0	47	65.3	32	58.2	29	47.5	41	95.3	358	69.0	0.002
Total	238	45.9	50	9.6	72	13.9	55	10.6	61	11.8	43	8.3	519	100.0	<0.001
Age (years)*	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
Body weight (kg)*	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
body height (m)*	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
Body mass index (kg/m²)*	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
Underweight	24	10.1	0	0.0	1	1.4	1	1.8	9	14.8	1	2.3	36	6.9	
Normal weight	118	49.6	37	74.0	39	54.2	29	52.7	27	44.3	31	72.1	281	54.1	<0.001
Overweight	50	21.0	12	24.0	25	34.7	23	41.8	25	41.0	10	23.3	145	27.9	
Obese	46	19.3	1	2.0	7	9.7	2	3.6	0	0.0	1	2.3	57	11.0	
Smoker	67	28.2	13	26.0	10	13.9	32	58.2	6	9.8	9	20.9	137	26.4	
Nonsmoker	152	63.9	30	60.0	56	77.8	16	29.1	47	77.0	24	55.8	325	62.6	<0.001
Former smoker	19	8.0	7	14.0	6	8.3	7	12.7	8	13.1	10	23.3	57	11.0	
Low physical activity	75	31.5	11	22.0	16	22.2	9	16.4	13	21.3	3	7.0	127	24.5	
Moderate physical activity	114	47.9	22	44.0	23	31.9	38	69.1	25	41.0	30	69.8	252	48.6	<0.001
High physical activity	49	20.6	17	34.0	33	45.8	8	14.5	22	36.1	10	23.3	139	26.8	
Married	194	81.5	34	68.0	58	80.6	45	81.8	48	78.7	37	86.0	416	80.2	
Living with partner	17	7.1	9	18.0	1	1.4	1	1.8	7	11.5	3	7.0	38	7.3	
Widowed	3	1.3	1	2.0	2	2.8	0	0.0	1	1.6	1	2.3	8	1.5	<0.001
Single parent	21	8.8	0	0.0	4	5.6	1	1.8	4	6.6	1	2.3	31	6.0	
Preferred not to answer	3	1.3	6	12.0	7	9.7	8	14.5	1	1.6	1	2.3	26	5.0	
Elementary school	0	0.0	2	4.0	0	0.0	2	3.6	0	0.0	0	0.0	4	0.8	
High school	86	36.1	29	58.0	20	27.8	32	58.2	2	3.3	23	53.5	192	37.0	
Undergraduate	45	18.9	7	14.0	9	12.5	18	32.7	10	16.4	20	46.5	109	21.0	<0.001
Graduate	83	34.9	10	20.0	41	56.9	3	5.5	42	68.9	0	0.0	179	34.5	
Postgraduate	24	10.1	2	4.0	2	2.8	1	1.8	7	11.5	0	0.0	36	6.9	
Employed	222	93.3	40	80.0	61	84.7	50	90.9	54	88.5	20	46.5	447	86.1	
Unemployed	3	1.3	3	6.0	5	6.9	4	7.3	5	8.2	3	7.0	23	4.4	<0.001
Honorary work	8	3.4	6	12.0	5	6.9	1	1.8	1	1.6	20	46.5	41	7.9	
Pension	5	2.1	1	2.0	1	1.4	0	0.0	1	1.6	0	0.0	8	1.5	
Income below country average	30	12.6	9	18.0	5	6.9	4	7.3	1	1.6	1	2.3	50	9.6	
Income around average	144	60.5	35	70.0	42	58.3	34	61.8	44	72.1	22	51.2	321	61.8	<0.001
Income higher than average	64	26.9	6	12.0	25	34.7	17	30.9	16	26.2	20	46.5	148	28.5	
Living in urban area	223	93.7	38	76.0	12	16.7	47	85.5	47	77.0	2	4.7	369	71.1	<0.001
Living in rural area	15	6.3	12	24.0	60	83.3	8	14.5	14	23.0	41	95.3	150	28.9	
EAT-Lancet index*	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
Low adherence	1	0.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.2	
Moderate adherence	202	84.9	31	62.0	59	81.9	52	94.5	60	98.4	40	93.0	444	85.5	<0.001
High adherence	35	14.7	19	38.0	13	18.1	3	5.5	1	1.6	3	7.0	74	14.3	
Their child's sports class															
less weight-sensitive ball sports	74	31.1	43	86.0	72	100.0	32	58.2	46	75.4	43	100.0	310	59.7	<0.001
less weight-sensitive technical	5	2.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	5	1.0	<0.001
less weight-sensitive high mass	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	1.6	0.0	0.0	1	0.2	<0.001
weight-sensitive aesthetic	48	20.2	1	2.0	0	0.0	0	0.0	3	4.9	0.0	0.0	52	10.0	<0.001
weight-sensitive endurance	78	32.8	6	12.0	0	0.0	5	9.1	5	8.2	0.0	0.0	94	18.1	<0.001
weight-sensitive power	18	7.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	18	3.5	<0.001
weight-sensitive weight class	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. ΓΝΩΜΕΣ ΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΤΟΥ ΒΑΡΟΥΣ ΤΟΥ ΑΘΛΗΤΗ ΠΑΙΔΙΟΥ ΤΟΥΣ

Οι συμπεριφορές ελέγχου βάρους μεταξύ αθλητών που παρατηρήθηκαν και βαθμολογήθηκαν από τους γονείς τους παρουσιάζονται στον Πίνακα 12. Το μεγαλύτερο ποσοστό των γονέων (93,4%, $p=0,012$) δήλωσε ότι το παιδί τους δεν είχε 3 ή περισσότερους τραυματισμούς την τελευταία προπονητική περίοδο ή τελείωσε την τελευταία νωρίς τη σεζόν λόγω τραυματισμού. Οι Πολωνοί (13,9%) και οι Βορειομακεδόνες γονείς (12,7%) ανέφεραν στα υψηλότερα ποσοστά ότι το παιδί τους είχε τραυματισμούς. Η αντίληψη των γονέων για την ανησυχία του παιδιού τους σχετικά με το να πάρει βάρος εκτός σεζόν ή όταν δεν μπορεί να προπονηθεί λόγω τραυματισμού, έδειξε ότι το 73,0% των γονέων πιστεύει ότι το παιδί τους δεν ανησυχεί για αυτό. Οι Έλληνες (18,6%), οι Κροάτες (15,5%) και οι

Βορειομακεδόνες (12,7%) γονείς δήλωσαν το υψηλότερο ότι ανησυχεί το παιδί τους και οι Βούλγαροι γονείς δήλωσαν ότι μόνο το 26,2% από αυτούς πιστεύουν ότι τα παιδιά τους δεν ανησυχούν γι' αυτό και πολλά άλλα. από τους μισούς δεν γνωρίζουν αν το παιδί τους ανησυχεί (59,0%). Ένα μεγάλο ποσοστό γονέων (69,7%, $p<0,001$) πίστευε ότι το παιδί τους δεν χρειάζεται να χάσει βάρος για να έχει το καλύτερο βάρος απόδοσης. Ξεχωρίζει η Βόρεια Μακεδονία, όπου μόνο οι μισοί γονείς έχουν τέτοια άποψη και το 40% πιστεύει ότι το παιδί του πρέπει να χάσει 0,5 έως 5 κιλά για να έχει το καλύτερο βάρος απόδοσης. Κροάτες και Έλληνες γονείς δήλωσαν περισσότερο από άλλους γονείς ότι το παιδί τους πρέπει να χάσει από 2 έως περισσότερα από 7 κιλά για την καλύτερη αθλητική τους απόδοση.

TABLE 12. PARENTS' OPINION REGARDING WEIGHT CONTROL BEHAVIOR NOTICED AMONG THEIR ATHLETE CHILDREN (N=519)

	Croatia		Italy		Poland		North Macedonia		Bulgaria		Greece		Total	p-value	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%			
Did your child have 3 or more injuries in the last training season OR ended the last season early due to injury?															
yes	11	4,6	4	8,0	10	13,9	7	12,7	1	1,6	1	2,3	34	6,6	0,012
no	194	81,5	41	82,0	61	84,7	44	80,0	16	26,2	23	53,5	379	73,0	
don't know	7	2,9	2	4,0	4	5,6	4	7,3	36	59,0	12	27,9	65	12,5	<0,001
Does your child worry about gaining weight in the off-season or when he can't train due to injury?															
yes	37	15,5	7	14,0	6	8,3	7	12,7	9	14,8	8	18,6	74	14,3	<0,001
no	194	81,5	41	82,0	61	84,7	44	80,0	16	26,2	23	53,5	379	73,0	
don't know	7	2,9	2	4,0	4	5,6	4	7,3	36	59,0	12	27,9	65	12,5	<0,001
Is your child currently following a special diet plan for achieving desirable weight?															
yes	42	17,6	6	12,0	14	19,4	10	18,2	11	18,0	11	25,6	94	18,1	<0,001
no	187	78,6	42	84,0	57	79,2	44	80,0	14	23,0	13	30,2	357	68,8	
don't know	9	3,8	2	4,0	1	1,4	1	1,8	36	59,0	19	44,2	68	13,1	<0,001
Has your child been told by someone who is not a healthcare professional that he/she needs to lose weight?															
yes	32	13,4	16	32,0	7	9,7	14	25,5	7	11,5	9	20,9	85	16,4	<0,001
no	196	82,4	31	62,0	58	80,6	35	63,6	18	29,5	24	55,8	362	69,7	
don't know	10	4,2	3	6,0	7	9,7	6	10,9	36	59,0	10	23,3	72	13,9	<0,001
How much do you think your child needs to lose weight to be at his/hers best performance weight?															
none	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 to 2 kg	20	8,4	5	10,0	5	6,9	15	27,3	5	8,2	1	2,3	51	9,8	
2 to 5 kg	15	6,3	7	14,0	5	6,9	7	12,7	1	1,6	20	46,5	55	10,6	<0,001
5 to 7 kg	9	3,8	0	0,0	0	0,0	2	3,6	0	0,0	2	4,7	13	2,5	
more than 7kg	8	3,4	0	0,0	2	2,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	10	1,9	<0,001
don't know	3	1,3	5	10,0	2	2,8	1	1,8	3	4,9	1	2,3	15	2,9	

3.2.2. ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΓΙΑ ΑΘΛΗΤΕΣ (EDSA) ΠΟΥ ΑΞΙΟΛΟΓΟΥΝΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΑΘΛΗΤΕΣ ΤΟΥΣ

Τα αποτελέσματα του ερωτηματολογίου διαταραχών πρόσληψης τροφής για αθλητές (EDSA) που αξιολογήθηκε από τους γονείς βρίσκονται στον Πίνακα 13. Στη συνολική ομάδα των γονέων, το 98,7% δήλωσε ότι το παιδί τους δεν διαγιγνώσκεται με κανένα είδος διατροφικής διαταραχής ($p<0,001$), αλλά το 8,0% των Ιταλών γονέων ανέφερε ότι ένα παιδί διαγνώστηκε με ΣΔ, ακολουθούμενο από Έλληνες (2,3%), Πολωνούς (1,4%) και Κροάτες γονείς (0,4%). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του ερωτηματολογίου EDSA, το 7,3% των γονέων περιέγραψε το παιδί τους ότι κινδυνεύει από διατροφική διαταραχή. Οι περισσότεροι από αυτούς ανήκουν σε γονείς από την Πολωνία (18,1%) και την Ιταλία (14,0%, $p<0,001$). Το υψηλότερο ποσοστό των γονέων είχε σημειώσει ως «πάντα» (2,3%, $p=0,246$) για το βάρος, το σχήμα ή τη σύσταση σώματος του παιδιού επηρεάζει τα συναισθήματά τους για τον εαυτό τους, τους πιο Βούλγαρους γονείς (6,6%) και

τους λιγότερο Βορειομακεδόνες (0,0%). Οι Ιταλοί γονείς σημείωσαν στο υψηλότερο ποσοστό (4,0%, $p=0,125$) από τους άλλους γονείς ότι "πάντα" το παιδί τους είναι δυσαρεστημένο με το βάρος, το σχήμα ή τη σύνθεση του σώματος. Στο πλαίσιο αυτού του ερωτηματολογίου, ακόμη καλύτερα αποτελέσματα σημειώθηκαν για τις ερωτήσεις που αφορούσαν την ανησυχία ότι το βάρος, το σχήμα ή η σύνθεση του σώματος θα αλλάξει εάν το παιδί δεν μπορεί να ασκηθεί, ότι θέλει να είναι πιο αδύνατο, ακόμη και αν οι άλλοι μπορεί να πιστεύουν ότι είναι ήδη αδύνατο, και ότι ανησυχεί για την απώλεια του ελέγχου του φαγητού εξαιτίας του τρόπου με τον οποίο μπορεί να επηρεάσει το βάρος το σχήμα ή τη σύνθεση του σώματός του. Ακόμα, οι Ιταλοί γονείς δήλωσαν "πάντα" σε αυτές τις ερωτήσεις σε υψηλότερα ποσοστά από τους άλλους γονείς. Οι Πολωνοί γονείς ξεχώρισαν μόνο για τις ερωτήσεις σχετικά με την προσπάθεια του παιδιού τους να



αποφύγει ορισμένα τρόφιμα για να επηρεάσει το βάρος, το σχήμα ή τη σύνθεση του σώματος, όπου το

4,2% των γονέων δήλωσε ότι το παιδί τους προσπαθεί συνεχώς να το κάνει ($p=0,088$).

TABLE 13. EATING DISORDERS SCREEN FOR ATHLETES (EDSA) EVALUATED BY PARENTS (N=519) FOR THEIR ATHLETIC CHILD

	Croatia		Italy		Poland		North Macedonia		Bulgaria		Greece		Total		p-value
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Being diagnosed with any type of eating disorder															
yes	1	0.4	4	8.0	1	1.4	0	0.0	0	0.0	1.0	2.3	7	1.3	<0.001
Eating Disorders Screen for Athletes (EDSA) score*	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
At risk for eating disorder	10	4.2	7	14.0	13	18.1	4	7.3	3	4.9	1	2.3	38	7.3	<0.001
Weight, shape, or body composition affects feeling about yourself															
always	4	1.7	1	2.0	2	2.8	0	0.0	4	6.6	1	2.3	12	2.3	0.246
Dissatisfied with weight, shape, or body composition															
always	2	0.8	2	4.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0.8	0.125
Worried that weight, shape, or body composition will change if you cannot exercise															
always	4	1.7	1	2.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	5	1.0	0.536
Wanting to be leaner even if others may think he/she is already lean															
always	4	1.7	1	2.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	5	1.0	0.536
Worried about losing control over eating because of how it may affect his/her weight, shape, or body composition															
always	2	0.8	1	2.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	0.6	0.641
Trying to avoid certain foods to influence weight, shape, or body composition															
always	2	0.8	2	4.0	3	4.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	7	1.3	0.088

3.2.3. . ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΠΟΥ ΠΑΡΑΤΗΡΟΥΝΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ ΣΤΟ ΠΑΙΔΙ ΤΟΥΣ

μπεριφορές κινδύνου διατροφικών διαταραχών στο παιδί τους, τα αποτελέσματα των οποίων παρατίθενται στον Πίνακα 14. Τις ίδιες ερωτήσεις έκαναν στο παιδί τους και οι προπονητές. Προκειμένου να εντοπιστεί το πρόβλημα αυτό όσο το δυνατόν συντομότερα, είναι σημαντικό το περιβάλλον να αντιληφθεί την ύπαρξη παραγόντων κινδύνου στο παιδί όσο το δυνατόν συντομότερα. Τέτοιες αλλαγές μπορούν να γίνουν αντιληπτές στην καθημερινή ζωή, αλλά οι γονείς θα πρέπει να είναι οι πρώτοι που θα τις παρατηρήσουν. Στο ερωτηματολόγιο αναφέρθηκαν οι παράγοντες κινδύνου ΕΔ ήταν και ελέγχθηκε πόσο ευαισθητοποιημένοι ήταν οι γονείς να τους παρατηρήσουν. Σε ολόκληρη την ομάδα των γονέων, το 7,3% από αυτούς παρατήρησε ότι το παιδί τους είχε σημαντική απώλεια, αύξηση ή αυξομείωση βάρους. Οι περισσότερες ήταν μεταξύ των γονέων από την Πολωνία και οι λιγότερες μεταξύ των Κροατών (13,9% και 4,2% αντίστοιχα, $p=0,087$). Οι Πολωνοί (20,8%) και οι Έλληνες (20,9%) γονείς, μαζί με τους Βούλγαρους (19,7%, $p<0,001$). Το ένα τρίτο των Ιταλών γονέων (30,0%, $p<0,001$) παρατήρησαν ότι το παιδί τους είναι συναισθηματικό όταν μιλούσε για το βάρος ή το σχήμα του σώματος και το ένα τέταρτο από αυτούς (24,0%, $p<0,001$) παρατήρησαν επίσης ότι το παιδί τους ανησυχεί για την αύξηση του βάρους, όπου οι Κροάτες παρατήρησαν ότι το λιγότερο (13,0%).

Ένας από τους παράγοντες κινδύνου για ΣΔ που συνήθως μόνο ένας γονέας μπορεί να παρατηρήσει είναι να πηγαίνει στην τουαλέτα αμέσως μετά το φαγητό. Σχεδόν το ένα τρίτο των γονέων από τη Βόρεια Μακεδονία το παρατήρησε αυτό, περισσότερο από άλλους, όπου οι Βούλγαροι γονείς δεν το έχουν παρατηρήσει καθόλου (29,1% και 0,0%, αντίστοιχα, $p<0,001$). Η άσκηση σε υπερβολική ποσότητα από τη συνηθισμένη προπόνηση μπορεί να είναι ένας πιθανός παράγοντας κινδύνου για τον

έλεγχο του βάρους, τον οποίο οι Βούλγαροι γονείς παρατήρησαν στα παιδιά αθλητών τους περισσότερο από όλες τις ομάδες γονέων (9,8%, $p=0,291$) και στους γονείς της Βόρειας Μακεδονίας λιγότερο από τους άλλους (1,8 %). Ιταλοί και Έλληνες γονείς περισσότερο από τους άλλους γονείς παρατήρησαν ότι το παιδί τους χρησιμοποιεί καθαρτικά ή διουρητικά (και τα δύο $p<0,001$), οι Βούλγαροι γονείς το λιγότερο (0,0% και οι δύο, $p<0,001$). Η χρήση συμπληρωμάτων μυϊκής αύξησης παρατηρείται περισσότερο από τους Πολωνούς γονείς (16,7%, $p<0,001$) και το λιγότερο από τους Βούλγαρους γονείς (1,6%).

Ζητήθηκε από τους γονείς να σημειώσουν την πιο αξιόπιστη επιλογή τους για την αναζήτηση βοήθειας εάν το παιδί τους έχει σημάδια διατροφικής διαταραχής, όπως προκύπτει στον Πίνακα 15. Ο μεγαλύτερος αριθμός γονέων θα ζητούσε πρώτα βοήθεια από έναν οικογενειακό γιατρό (45,7%, $p<0,001$), Έλληνες (69,8%) και Βορειομακεδόνες οι περισσότεροι (60,0%), οι λιγότεροι Ιταλοί γονείς (10,0%). Στη δεύτερη θέση κατέλαβαν οι ψυχολόγοι (17,2%) και αμέσως μετά οι «αθλητικοί διαιτολόγοι» (11,0%) και οι αθλητικοί γιατροί (11,0%). Οι Πολωνοί γονείς είχαν τη μεγαλύτερη εμπιστοσύνη στην αναζήτηση βοήθειας (26,4% και 22,2% αντίστοιχα). Ο αθλητικός γιατρός ήταν ο πιο έμπιστος από τους Βούλγαρους γονείς (52,5%) και τη λιγότερο από τους Κροάτες γονείς (2,1%). Το να ζητήσουν βοήθεια από τον εκπαιδευτή τους σημειώθηκε περισσότερο από γονείς από την Πολωνία (19,4%) και το λιγότερο από γονείς από τη Βόρεια Μακεδονία (1,8%). «Φίλοι και οικογένεια» θα ρωτήσουν πρώτα οι Ιταλοί γονείς οι περισσότεροι και οι λιγότερο Βούλγαροι γονείς (1,6%). Οι γονείς σημείωσαν επίσης «άλλο» για αναζήτηση βοήθειας, σε παρόμοια ποσοστά, με εξαίρεση τους Βούλγαρους γονείς που δεν το σημείωσαν αυτό (0,0%).

TABLE 14. EATING DISORDERS RISK BEHAVIORS NOTICED BY PARENTS (N=519) AT THEIR ATHLETIC CHILD

Noticing their child...	Croatia		Italy		Poland		North Macedonia		Bulgaria		Greece		Total		p-value
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
have significant weight loss, gain, or fluctuations	10	4.2	3	6.0	10	13.9	5	9.1	5	8.2	5	11.6	38	7.3	0.087
changed eating habits	28	11.8	7	14.0	15	20.8	8	14.5	12	19.7	9	20.9	79	15.2	<0.001
is obsessed with food	15	6.3	3	6.0	3	4.2	2	3.6	2	3.3	3	7.0	28	5.4	<0.001
has a negative attitude towards his/her body image	16	6.7	7	14.0	6	8.3	5	9.1	0	0.0	3	7.0	37	7.1	<0.001
likes to eat alone or hide eating habits from others	13	5.5	3	6.0	6	8.3	1	1.8	0	0.0	0	0.0	23	4.4	<0.001
had a traumatic experience with a certain type of food	15	6.3	4	8.0	2	2.8	2	3.6	2	3.3	1	2.3	26	5.0	<0.001
has little interest in eating	26	10.9	3	6.0	1	1.4	1	1.8	3	4.9	2	4.7	36	6.9	<0.001
is emotional when talking about weight or body shape	25	10.5	15	30.0	9	12.5	2	3.6	5	8.2	1	2.3	57	11.0	<0.001
is worried about gaining weight	31	13.0	12	24.0	10	13.9	8	14.5	10	16.4	6	14.0	77	14.8	<0.001
usually goes straight to the toilet after eating	14	5.9	5	10.0	1	1.4	16	29.1	0	0.0	2	4.7	38	7.3	<0.001
is exercising excessively	9	3.8	4	8.0	5	6.9	1	1.8	6	9.8	3	7.0	28	5.4	0.291
eats an unusually large amount of food for the circumstances	17	7.1	2	4.0	4	5.6	2	3.6	2	3.3	1	2.3	28	5.4	<0.001
uses laxatives	5	2.1	2	4.0	1	1.4	0	0.0	0	0.0	2	4.7	10	1.9	<0.001
uses diuretics	5	2.1	2	4.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	2.3	8	1.5	<0.001
uses muscle gain supplements	12	5.0	3	6.0	12	16.7	3	5.5	1	1.6	1	2.3	32	6.2	<0.001

TABLE 15. PARENTS' CHOICE FOR SEEKING HELP FOR THEIR CHILD IF HAVING SIGNS OF AN EATING DISORDER (N=519)

	Croatia		Italy		Poland		North Macedonia		Bulgaria		Greece		Total		p-value
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
family doctor	128	53.8	5	10.0	32	44.4	33	60.0	9	14.8	30	69.8	237	45.7	<0.001
psychologist	45	18.9	8	16.0	19	26.4	2	3.6	8	13.1	1	2.3	83	16.0	
sports dietitian	23	9.7	2	4.0	16	22.2	4	7.3	9	14.8	3	7.0	57	11.0	
sports doctor	5	2.1	4	8.0	2	2.8	10	18.2	32	52.5	4	9.3	57	11.0	
trainer	17	7.1	3	6.0	14	19.4	1	1.8	2	3.3	1	2.3	38	7.3	
family/friends	15	6.3	27	54.0	5	6.9	3	5.5	1	1.6	3	7.0	54	10.4	
other	5	2.1	1	2.0	2	2.8	1	1.8	0	0.0	1	2.3	10	1.9	

3.2.4. ΓΝΩΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΙΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ ΤΩΝ ΑΘΛΗΤΩΝ

Ζητήθηκε από τους γονείς να βαθμολογήσουν τις γνώσεις τους σχετικά με τις διατροφικές διαταραχές από «δεν ξέρω» σε «γνωρίζω καλά» για τις συγκεκριμένες διατροφικές διαταραχές (Πίνακας 16). Όλες οι ομάδες γονέων, κατά μέσο όρο οι περισσότερες, σημείωσαν «κάπως γνώριζαν ή μόλις άκουσαν» για τις αναφερόμενες διατροφικές διαταραχές. Οι Βούλγαροι γονείς ξεχωρίζουν για το ότι γνωρίζουν καλύτερα από άλλους για τη νευρική ανορεξία, τη νευρική βουλιμία, την περιοριστική διατροφή και την υπερφαγία/υπερφαγία (70,5%, 70,5% και 65,6%, αντίστοιχα, όλα $p < 0,001$) και επειδή δεν γνωρίζουν για τη μεγαλοφαγία Nervosa και Orthorexia Nervosa (αμφότερα 0,0%, $p < 0,001$). Μετά τους Βούλγαρους γονείς, οι Κροάτες και οι Βορειομακεδόνες γονείς ήταν οι επόμενοι που γνώριζαν καλά για τις καταχωρημένες διατροφικές διαταραχές, ακολουθούμενοι από τους Ιταλούς και τους Έλληνες γονείς, ενώ οι Πολωνοί γονείς

σημείωσαν ότι γνώριζαν τα λιγότερα σχετικά με τις διατροφικές διαταραχές σε σχέση με άλλες ομάδες γονέων.

Ζητήθηκε από τους γονείς να επιλέξουν τον τρόπο που προτιμούν να λάβουν εκπαίδευση και πληροφορίες σχετικά με τις διατροφικές διαταραχές (Πίνακας 17). Οι μισοί από τους γονείς (50,9%, $p < 0,001$) απάντησαν ότι προτιμούν ιστοσελίδες ή ιστολόγια, οι Βούλγαροι και οι Κροάτες γονείς περισσότερο, ενώ οι υπόλοιποι επέλεξαν την εκπαίδευση μέσω διαδικτυακών σεμιναρίων (15,5%), έντυπων εγχειριδίων (17,2%) και εργαστηρίων (15,4%). Μόνο το ένα τρίτο των Πολωνών (31,3%) και των Ελλήνων (30,2%) προτιμούν την εκπαίδευση χρησιμοποιώντας έντυπα εγχειρίδια, οι οποίοι προτίμησαν τη διαβούλευση με ειδικούς (2,3%). Μόνο η Κροατία σημείωσε «Άλλο» σε διαφορά από τους άλλους (1,9%).

TABLE 16. PARENTS' KNOWLEDGE ABOUT EATING DISORDERS (N=519)

Knowledge	Croatia		Italy		Poland		North Macedonia		Bulgaria		Greece		Total		p-value
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Anorexia Nervosa															
don't know	1	0.4	3	6.0	6	8.3	2	3.6	1	1.6	3	7.0	16	3.1	<0.001
heard/somewhat know	128	53.8	39	78.0	57	79.2	31	56.4	17	27.9	33	76.7	305	58.8	
know well	109	45.8	8	16.0	9	12.5	22	40.0	43	70.5	7	16.3	198	38.2	
Bulimia Nervosa															
don't know	4	1.7	6	12.0	2	2.8	2	3.6	3	4.9	2	4.7	19	3.7	<0.001
heard/somewhat know	126	52.9	37	74.0	63	87.5	36	65.5	15	24.6	30	69.8	307	59.2	
know well	108	45.4	7	14.0	7	9.7	17	30.9	43	70.5	11	25.6	193	37.2	
Overeating															
don't know	2	0.8	8	16.0	7	9.7	1	1.8	5	8.2	5	11.6	28	5.4	<0.001
heard/somewhat know	131	55.0	40	80.0	59	81.9	37	67.3	16	26.2	31	72.1	314	60.5	
know well	105	44.1	2	4.0	6	8.3	17	30.9	40	65.6	7	16.3	177	34.1	
Restrictive eating															
don't know	15	6.3	13	26.0	4	5.6	3	5.5	6	9.8	5	11.6	46	8.9	<0.001
heard/somewhat know	144	60.5	33	66.0	62	86.1	37	67.3	11	18.0	37	86.0	324	62.4	
know well	79	33.2	4	8.0	6	8.3	15	27.3	44	72.1	1	2.3	149	28.7	
Bigorexia Nervosa															
don't know	82	34.5	27	54.0	28	38.9	4	7.3	10	16.4	11	25.6	162	31.2	<0.001
heard/somewhat know	114	47.9	21	42.0	42	58.3	35	63.6	51	83.6	27	62.8	290	55.9	
know well	42	17.6	2	4.0	2	2.8	16	29.1	0	0.0	5	11.6	67	12.9	
Orthorexia Nervosa															
don't know	103	43.3	26	52.0	32	44.4	6	10.9	11	18.0	17	39.5	195	37.6	<0.001
heard/somewhat know	97	40.8	22	44.0	38	52.8	28	50.9	50	82.0	23	53.5	258	49.7	
know well	38	16.0	2	4.0	2	2.8	21	38.2	0	0.0	3	7.0	66	12.7	



TABLE 17. PARENTS' PREFERRED WAY TO RECEIVE EDUCATION AND INFORMATION ABOUT EATING DISORDERS (N=519)

	Croatia		Italy		Poland		North Macedonia		Bulgaria		Greece		Total		p-value
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Webpage/blogs	178	54.9	28	45.9	34	41.0	48	51.1	59	56.7	14	32.6	361	50.9	<0.001
Webinars	43	13.3	13	21.3	11	13.3	28	29.8	14	13.5	1	2.3	110	15.5	
Consulting with experts	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	2.3	1	0.1	
Workshops	46	14.2	13	21.3	12	14.5	8	8.5	16	15.4	14	32.6	109	15.4	
Printed manual	51	15.7	7	11.5	26	31.3	10	10.6	15	14.4	13	30.2	122	17.2	
Other	6	1.9	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	6	0.8	

3.3. ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΕΣ

Σε αυτή τη συγχρονική έρευνα συμμετείχαν 284 εκπαιδευτές. Οι περισσότεροι εκπαιδευτές ήταν από την Κροατία (39,4%, $p < 0,001$), οι λιγότεροι από την Πολωνία (4,6%), το ένα πέμπτο από τη Βουλγαρία (20,1%) και την Ιταλία (17,6%), 12,3% από την Ελλάδα και 10,9% από τη Βόρεια Μακεδονία (Πίνακας 18). Το ένα τρίτο των εκπαιδευτών ήταν γυναίκες (33,1%) και αυτή η κατανομή ήταν ίδια σε όλες τις χώρες ($p = 0,326$). Ο μέσος όρος ηλικίας τους ήταν 39 ετών, οι μεγαλύτεροι εκπαιδευτές ήταν από την Πολωνία ($p = 0,003$) και ο νεότερος ήταν από τη Βόρεια Μακεδονία. Κατά μέσο όρο, περισσότεροι από τους μισούς από αυτούς εργάστηκαν ως εκπαιδευτές για περισσότερα από 10 χρόνια, οι περισσότεροι Βούλγαροι εκπαιδευτές (75,4%, $< 0,001$). Δουλεύοντας λιγότερο από 10 χρόνια ήταν οι περισσότεροι εκπαιδευτές από την Πολωνία (84,6%). Το ένα τρίτο όλων των εκπαιδευτών δήλωσε ότι τελείωσε τη σχολή κινήσιολογίας ή φυσιολογίας και αυτή η κατανομή ήταν σχεδόν ίση σε όλες τις χώρες. Οι περισσότεροι εκπαιδευτές με ανώτερο μορφωτικό επίπεδο ήταν από τη Βουλγαρία ($p < 0,001$). Οι εκπαιδευτές της Ιταλίας και της Βόρειας Μακεδονίας είχαν ως επί το πλείστον μέτριες τις συνήθειες σωματικής άσκησης τους (74,0% και 58,1%, αντίστοιχα, $p < 0,001$), ενώ οι εκπαιδευτές από άλλες χώρες ήταν πιο δραστήριοι, εκτός από τους Έλληνες εκπαιδευτές που καταναμεμήθηκαν ισομερώς. Κατά μέσο όρο, και στην ίδια κατανομή σε όλες τις χώρες, οι περισσότεροι προπονητές προπονήθηκαν αθλήματα λιγότερο ευαίσθητα στο βάρος, όπως ποδόσφαιρο, βόλεϊ, χάντμπολ, τένις κ.λπ. (64,8%, $p < 0,001$) και οι λιγότεροι προπονητές δήλωσαν ότι προπονούνται αθλήματα μεγάλης μάζας λιγότερο

ευαίσθητα στο βάρος, όπως το σκι ή το χόκεϊ (2,5%). Η ποιότητα της διατροφής των προπονητών κατά μέσο όρο τηρήθηκε μέτρια στη διαίτα EAT-Lancet (89,1%), όπου ένας έβδομος Κροάτης και Έλληνας (και οι δύο 14,3%), Ιταλοί (16,0%) και Πολωνοί εκπαιδευτές (15,4%, $p < 0,001$) είχαν μια διαίτα που τηρούσε ιδιαίτερα τη διαίτα EAT-Lancet. Οι Κροάτες (62,2%) και οι Βούλγαροι (93,0%) προπονητές ήταν οι πιο μορφωμένοι στην αθλητική διατροφή και οι λιγότεροι Πολωνοί προπονητές (7,7%, $p < 0,001$). Οι Βούλγαροι εκπαιδευτές δήλωσαν ιδιαίτερα ότι χρησιμοποιούν τις γνώσεις στις λέσχες τους (94,7%, $p < 0,001$), περίπου οι μισοί εκπαιδευτές ήταν από άλλες χώρες και Έλληνες εκπαιδευτές το λιγότερο (8,6%). Τα δύο τρίτα των εκπαιδευτών δήλωσαν ότι είχαν εκπαιδευτεί για τις διατροφικές διαταραχές, οι Βούλγαροι εκπαιδευτές το περισσότερο (94,7%, $p < 0,001$) και οι Έλληνες το λιγότερο (28,6%). Κροάτες (59,2%) και Βούλγαροι (100,0%) εκπαιδευτές περισσότερο από άλλους σημείωσαν ότι είναι εξοικειωμένοι με τις διατροφικές διαταραχές ($p < 0,001$). Σχεδόν όλοι οι προπονητές συμφώνησαν ότι οι εκπαιδευτές πρέπει να εκπαιδεύονται στην αθλητική διατροφή, οι Κροάτες προπονητές περισσότερο (100,0%, $p < 0,001$) και οι λιγότεροι Πολωνοί εκπαιδευτές (76,9%). Κατά μέσο όρο, το 78,2% δήλωσε ότι χρειάζεται εκπαίδευση για τις διατροφικές διαταραχές, οι υψηλότεροι Βούλγαροι (93,0%) και οι λιγότεροι Έλληνες εκπαιδευτές (45,7%, $p < 0,001$). Τα δύο τρίτα όλων των προπονητών δήλωσαν επίσης ότι χρειάζονταν εκπαίδευση σε ED για τους αθλητές τους, οι Βούλγαροι περισσότερο (94,7%) και οι Ιταλοί το λιγότερο (44,0%).

TABLE 18. SOCIO-DEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS OF TRAINERS (N=284) *(MEAN ± SD)

	Croatia		Italy		Poland		North Macedonia		Bulgaria		Greece		Total		p-value
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Men	70	71.4	33	66.0	10	76.9	19	61.3	32	56.1	26	74.3	190	66.9	0.326
Women	28	28.6	17	34.0	3	23.1	12	38.7	25	43.9	9	25.7	94	33.1	
Total	98	34.5	50	17.6	13	4.6	31	10.9	57	20.1	35	12.3	284	100.0	<0.001
Age (years)*	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
Time working as a trainer															
<10 years	40	40.8	31	62.0	11	84.6	22	71.0	14	24.6	13	37.1	131	46.1	<0.001
>10 years	58	59.2	19	38.0	2	15.4	9	29.0	43	75.4	22	62.9	153	53.9	
Trainer	62	63.3	30	60	11	84.6	26	83.9	54	94.7	28	80.0	211	74.3	<0.001
Kinesiologist	36	36.7	20	40	2	15.4	5	16.1	3	5.3	7	20.0	73	25.7	
Elementary school	0	0.0	2	4.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	2.9	3	1.1	<0.001
High school	27	27.6	16	32.0	0	0.0	7	22.6	0	0.0	1	2.9	51	18.0	
Undergraduate	22	22.4	17	34.0	0	0.0	21	67.7	7	12.3	24	68.6	91	32.0	<0.001
Graduate	44	44.9	15	30.0	12	92.3	3	9.7	19	33.3	7	20.0	100	35.2	
Postgraduate	5	5.1	0	0.0	1	7.7	0	0.0	31	54.4	2	5.7	39	13.7	<0.001
Low physical activity	11	11.2	3	6.0	1	7.7	1	3.2	4	7.0	3	8.6	23	8.1	
Moderate physical activity	20	20.4	37	74.0	5	38.5	18	58.1	12	21.1	16	45.7	108	38.0	<0.001
High physical activity	67	68.4	10	20.0	7	53.8	12	38.7	41	71.9	16	45.7	153	53.9	
Sports class trained															
less weight-sensitive ball sports	43	43.9	35	70.0	13	100.0	14	45.2	46	80.7	33	94.3	184	64.8	<0.001
less weight-sensitive technical	6	6.1	3	6.0	0	0.0	0	0.0	2	3.5	0	0.0	11	3.9	
less weight-sensitive high mass	6	6.1	1	2.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	7	2.5	<0.001
weight-sensitive aesthetic	17	17.3	1	2.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	2.9	19	6.7	
weight-sensitive endurance	10	10.2	3	6.0	0	0.0	1	3.2	0	0.0	1	2.9	15	5.3	<0.001
weight-sensitive power	4	4.1	1	2.0	0	0.0	1	3.2	3	5.3	0	0.0	9	3.2	
weight-sensitive weight class	10	10.2	3	6.0	0	0.0	14	45.2	5	8.8	0	0.0	32	11.3	<0.001
Not specified	2	2.0	3	6.0	0	0.0	1	3.2	1	1.8	0	0.0	7	2.5	
EAT-Lancet index*	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
low adherence to EAT index	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	3.2	0	0.0	0	0.0	1	0.4	<0.001
moderate adherence	84	85.7	42	84.0	11	84.6	30	96.8	56	98.2	30	85.7	253	89.1	
high adherence	14	14.3	8	16.0	2	15.4	0	0.0	1	1.8	5	14.3	30	10.6	<0.001
Educated in sports nutrition	61	62.2	20	40.0	1	7.7	13	41.9	53	93.0	4	11.4	152	53.5	
Using learned in their sports club	53	54.1	16	32.0	6	46.2	13	41.9	54	94.7	3	8.6	145	51.1	<0.001
Educated about eating disorders	58	59.2	33	66.0	10	76.9	22	71.0	54	94.7	10	28.6	187	65.8	<0.001
Familiar with eating disorders	76	77.6	27	54.0	8	61.5	16	51.6	57	100.0	12	34.3	196	69.0	<0.001
Trainers should be educated about eating disorders	98	100.0	44	88.0	10	76.9	27	87.1	55	96.5	16	45.7	250	88.0	<0.001
Need education about eating disorders	87	88.8	33	66.0	8	61.5	25	80.6	53	93.0	16	45.7	222	78.2	<0.001
Need education about eating disorders for their athletes	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. ΓΝΩΜΕΣ, ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ ΤΩΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΩΝ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΙΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Ζητήθηκε από τους εκπαιδευτές να σημειώσουν τις απόψεις και τις συμπεριφορές τους σχετικά με τις διατροφικές διαταραχές, τα αποτελέσματα που παρουσιάζονται στον Πίνακα 19. Τα δύο τρίτα από αυτούς, κατά μέσο όρο, δήλωσαν οι αθλητικοί διαιτολόγοι ως η πιο αξιόπιστη πηγή πληροφοριών σχετικά με την αθλητική διατροφή και τις διατροφικές διαταραχές (70,8%, $p < 0,001$). Οι λιγότερο αξιόπιστοι ήταν οι συνάδελφοι προπονητές και η αθλητική λογοτεχνία από τους περισσότερους εκπαιδευτές. Οι Βούλγαροι προπονητές δήλωσαν έντονα ότι εκπαιδύσαν ποτέ έναν αθλητή με διατροφικές διαταραχές (91,2%), οι Κροάτες σημαντικά το λιγότερο (2,0%, $p < 0,001$), σε αντίθεση με προπονητές από άλλες χώρες, το ένα τρίτο των οποίων δήλωσε ότι είχε προπονήσει αθλητή με διατροφική διαταραχή. Οι εκπαιδευτές σημείωσαν τι θα κάνουν πρώτα αν παρατηρήσουν συμπτώματα διατροφικής διαταραχής στον αθλητή τους. Οι προπονητές από την Κροατία, την Ιταλία, την Ελλάδα, την Πολωνία και τη Βόρεια Μακεδονία θα ενημερώσουν πρώτα μια οικογένεια ($p < 0,001$), στη συνέχεια θα στείλουν στον οικογενειακό γιατρό, τον αθλητικό γιατρό και τον αθλητικό διαιτολόγο, Κροατη επίσης σε ψυχολόγο (32,7%). Οι Βούλγαροι προπονητές θα στείλουν πρώτα έναν αθλητή σε αθλητικό διαιτολόγο (91,2%), μετά σε αθλητικό γιατρό (21,1%) και σε ψυχολόγο (15,8%), αλλά όχι σε οικογενειακό γιατρό (0,0%). Οι εκπαιδευτές της Βόρειας Μακεδονίας και της Κροατίας επιλέγουν να αποσύρουν έναν αθλητή από την προπόνηση (9,7%

και 8,8%), ενώ οι Πολωνοί εκπαιδευτές δεν θα το κάνουν αυτό (0,0%). Είναι ενδιαφέρον ότι το 4,1% των Κροατών προπονητών δήλωσαν ότι δεν θα κάνουν τίποτα αν παρατηρήσουν συμπτώματα διατροφικής διαταραχής στον αθλητή τους.

Σημαντικά το υψηλότερο ποσοστό των Βούλγαρων προπονητών είχε έναν αθλητή με 3 ή περισσότερους τραυματισμούς την τελευταία περίοδο προπόνησης ή τελείωσε νωρίς την τελευταία σεζόν λόγω τραυματισμού (89,5%, $p < 0,001$), οι Κροάτες προπονητές το λιγότερο (16,3%) (Πίνακας 19). Οι Κροάτες και οι Ιταλοί προπονητές δήλωσαν λιγότερο ότι έχουν έναν αθλητή που ανησυχεί για την αύξηση του σωματικού βάρους κατά τη διάρκεια της εκτός σεζόν ή όταν δεν μπορεί να προπονηθεί λόγω τραυματισμού (40,8% και 34,0%, αντίστοιχα, $p < 0,001$), αλλά Πολωνός (69,2%) και οι Βούλγαροι προπονητές δήλωσαν τον υψηλότερο από όλους να έχουν έναν τέτοιο αθλητή (96,5%). Αυτές οι δύο ομάδες προπονητών (69,2% και 96,5%, αντίστοιχα, $p < 0,001$) δήλωσαν επίσης το υψηλότερο να έχουν έναν αθλητή που ακολουθεί ένα ειδικό πρόγραμμα διατροφής για την επίτευξη του επιθυμητού βάρους, με τους Ιταλούς προπονητές το λιγότερο (22,0%). Παρόμοια ήταν τα αποτελέσματα ενός αθλητή στον οποίο κάποιος που δεν είναι επαγγελματίας υγείας είπε ότι πρέπει να χάσει βάρος, Πολωνοί και Βούλγαροι προπονητές σημαντικά τα υψηλότερα (61,5% και 96,5%, αντίστοιχα, $p < 0,001$) και Ιταλοί και Έλληνες εκπαιδευτές το λιγότερο (38,0% και 40,0%).

TABLE 19. TRAINERS' OPINIONS, BEHAVIORS, AND PERCEPTIONS REGARDING EATING DISORDERS (N=284)

	Croatia		Italy		Poland		North Macedonia		Bulgaria		Greece		Total		p-value
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Most trusted for information about sports nutrition, eating disorders															
colleague trainer	2	2.0	4	8.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	2.9	7	2.5	
sports dietitian	77	78.6	25	50.0	9	69.2	18	58.1	50	87.7	22	62.9	201	70.8	
sports doctor	5	5.1	17	34.0	3	23.1	10	32.3	4	7.0	10	28.6	49	17.3	<0.001
literature	14	14.3	2	4.0	1	7.7	2	6.5	3	5.3	2	5.7	24	8.5	
family	37	37.8	1	2.0	0	0.0	1	3.2	0	0.0	0	0.0	39	13.7	
Ever trained an athlete with eating disorder	2	2.0	17	34.0	4	30.8	11	35.5	52	91.2	2	5.7	88	31.0	<0.001
If noticing symptoms of an eating disorder in their athlete, what do they first															
Send to a family doctor	34	34.7	14	28.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	7	20.0	55	19.4	
Send to sports dietitian	28	28.6	3	6.0	3	23.1	12	38.7	52	91.2	13	37.1	111	39.1	
Send to psychologist	32	32.7	5	10.0	1	7.7	6	19.4	9	15.8	6	17.1	59	20.8	
Tell a family	70	71.4	31	62.0	6	46.2	10	32.3	8	14.0	21	60.0	146	51.4	<0.001
Send to a sports doctor	0	0.0	14	28.0	3	23.1	13	41.9	12	21.1	11	31.4	53	18.7	
Give professional literature to read	2	2.0	3	6.0	0	0.0	3	9.7	6	10.5	2	5.7	16	5.6	
Withdraw an athlete from training	8	8.2	1	2.0	0	0.0	3	9.7	1	1.8	1	2.9	14	4.9	
Nothing	4	4.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	1.4	
Having an athlete with 3 or more injuries in the last training season OR ended the last season early due to injury															
Yes	16	16.3	16	32.0	7	53.8	10	32.3	51	89.5	23	65.7	123	43.3	<0.001
Having an athlete who is worried about gaining weight in the off-season or when he can't train due to injury															
Yes	40	40.8	17	34.0	9	69.2	17	54.8	55	96.5	19	54.3	157	55.3	
No	57	58.2	33	66.0	4	30.8	13	41.9	2	3.5	16	45.7	125	44.0	<0.001
Don't know	1	1.0	0	0.0	0	0.0	1	3.2	0	0.0	0	0.0	2	0.7	
Having an athlete who is currently following a special diet plan for achieving desirable weight															
Yes	36	36.7	11	22.0	9	69.2	19	61.3	55	96.5	18	51.4	148	52.1	
No	60	61.2	39	78.0	4	30.8	11	35.5	2	3.5	16	45.7	132	46.5	<0.001
Don't know	2	2.0	0	0.0	0	0.0	1	3.2	0	0.0	1	2.9	4	1.4	
Having an athlete whose been told by someone who is not a healthcare professional that he/she needs to lose weight															
Yes	42	42.9	19	38.0	8	61.5	14	45.2	55	96.5	14	40.0	152	53.5	
No	56	57.1	31	62.0	5	38.5	16	51.6	2	3.5	20	57.1	130	45.8	<0.001
Don't know	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	3.2	0	0.0	1	2.9	2	0.7	



Οι προπονητές έδειξαν ότι παρατήρησαν συμπεριφορά κινδύνου διατροφικής διαταραχής μεταξύ των αθλητών τους (Πίνακας 20). Σε πολύ σημαντική αναλογία και διαφορετικά από τους προπονητές από άλλες χώρες, οι Βούλγαροι προπονητές δήλωσαν ότι παρατήρησαν ότι ένας από τους αθλητές τους είχε σημαντική απώλεια βάρους, κέρδος ή διακυμάνσεις (91,2%), άλλαξε διατροφικές συνήθειες (93,0%), έχει εμμονή με το φαγητό (84,2%), έχει αρνητική στάση απέναντι στην εικόνα του σώματός του/της (86,0%), του αρέσει να τρώει μόνος ή να κρύβει διατροφικές συνήθειες από τους άλλους (84,2%), είχε μια τραυματική εμπειρία με ένα συγκεκριμένο είδος τροφής και δεν ενδιαφέρεται καθόλου για φαγητό (Το 82,5%), ασκώντας υπερβολικά (89,5%), τρώει μια ασυνήθιστα μεγάλη ποσότητα τροφής για τις περιστάσεις (86,0%) και χρησιμοποιεί καθαρτικά (84,2%), διουρητικά (86,0%) και συμπληρώματα μυϊκής αύξησης (89,5%) (όλα $p < 0,001$). Σημαντική απώλεια βάρους σε έναν από τους αθλητές τους παρατήρησε λιγότερο από το ένα πέμπτο των προπονητών από άλλες χώρες. Το ένα τρίτο έως το ένα τέταρτο από αυτούς παρατήρησαν έναν αθλητή να αλλάζει διατροφικές συνήθειες. Λιγότεροι από το ένα πέμπτο από αυτούς παρατήρησαν μια εμμονή με το φαγητό, να τρώνε

μόνοι τους ή να κρύβονται από τους άλλους και να έχουν μια τραυματική εμπειρία με ορισμένα είδη φαγητού και να έχουν ελάχιστο ενδιαφέρον για το φαγητό. Οι εκπαιδευτές της Βόρειας Μακεδονίας σημείωσαν την υψηλότερη παρατήρηση ότι ένας από τους αθλητές τους είναι συναισθηματικός όταν μιλάει για βάρος ή σχήμα σώματος (29,0%, $p=0,006$), ανησυχεί για την αύξηση του βάρους (48,4%, $p=0,148$) και αυτός που συνήθως πηγαίνει κατευθείαν στην τουαλέτα μετά το φαγητό (12,9%, $p=0,406$). Το ένα τρίτο των εκπαιδευτών της Βόρειας Μακεδονίας παρατήρησε έναν αθλητή που ασκούσαν υπερβολικά (35,5%). Έλληνες, Βορειομακεδόνες και Κροάτες εκπαιδευτές σε παρόμοιες αναλογίες παρατήρησαν έναν αθλητή που τρώει ασυνήθιστα μεγάλη ποσότητα φαγητού για τις περιστάσεις (17,1%, 16,1% και 14,3% αντίστοιχα). Οι Ιταλοί προπονητές περισσότερο από άλλους, εκτός από τους Βούλγαρους προπονητές, παρατήρησαν ότι ένας από τους αθλητές τους χρησιμοποιεί καθαρτικά (4,0%) και διουρητικά (4,0%). Η χρήση συμπληρωμάτων μυϊκής αύξησης παρατηρήθηκε στο ένα τρίτο των Βορειομακεδονικών (32,3%), στο ένα τέταρτο των Πολωνών (23,1%) και στο ένα πέμπτο των Ελλήνων (20,0%) και Κροατών προπονητών (17,3%).

TABLE 20. EATING DISORDERS RISK BEHAVIORS NOTICED BY TRAINERS AMONG THEIR ATHLETES (N=284)

Noticing one of their athlete...	Croatia		Italy		Poland		North Macedonia		Bulgaria		Greece		Total		p-value
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
had significant weight loss, gain, or fluctuations	22	22.4	6	12.0	3	23.1	6	19.4	52	91.2	4	11.4	93	32.7	<0.001
changed eating habits	31	31.6	11	22.0	4	30.8	8	25.8	53	93.0	5	14.3	112	39.4	<0.001
is obsessed with food	18	18.4	9	18.0	0	0.0	5	16.1	48	84.2	0	0.0	80	28.2	<0.001
has a negative attitude towards his/her body image	29	29.6	12	24.0	2	15.4	7	22.6	49	86.0	7	20.0	106	37.3	<0.001
likes to eat alone or hide eating habits from others	15	15.3	5	10.0	0	0.0	2	6.5	48	84.2	1	2.9	71	25.0	<0.001
had a traumatic experience with a certain type of food	12	12.2	3	6.0	0	0.0	3	9.7	49	86.0	0	0.0	67	23.6	<0.001
has little interest in eating	17	17.3	10	20.0	0	0.0	6	19.4	47	82.5	1	2.9	81	28.5	<0.001
is emotional when talking about weight or body shape	15	15.3	13	26.0	1	7.7	9	29.0	7	12.3	3	8.6	48	16.9	0.006
worried about gaining weight	28	28.6	13	26.0	5	38.5	15	48.4	12	21.1	11	31.4	84	29.6	0.148
usually goes straight to the toilet after eating	5	5.1	2	4.0	1	7.7	4	12.9	6	10.5	1	2.9	19	6.7	0.406
exercising excessively	9	9.2	3	6.0	0	0.0	11	35.5	51	89.5	6	17.1	80	28.2	<0.001
eats an unusually large amount of food for the circumstances	14	14.3	1	2.0	0	0.0	5	16.1	49	86.0	6	17.1	75	26.4	<0.001
uses laxatives	1	1.0	2	4.0	0	0.0	0	0.0	48	84.2	0	0.0	51	18.0	<0.001
uses diuretics	1	1.0	2	4.0	0	0.0	0	0.0	49	86.0	0	0.0	52	18.3	<0.001
uses muscle gain supplements	17	17.3	4	8.0	3	23.1	10	32.3	51	89.5	7	20.0	92	32.4	<0.001

3.3.2. ΓΝΩΣΕΙΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΩΝ ΓΙΑ ΤΙΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Οι Βούλγαροι προπονητές δήλωσαν ότι γνωρίζουν καλά για τη νευρική ανορεξία (93,0%), τη νευρική βουλιμία (93,0%), την υπερφαγία/υπερφαγία (91,2%), την αποφυγή/περιοριστική διατροφή (91,2%) και τη νευρική διηγορία (86,0%) (όλοι $p < 0,001$), επόμενοι γνώστες ήταν οι εκπαιδευτές από τη Βόρεια Μακεδονία (Πίνακας 21). Το λιγότερο ποσοστό που δηλώνουν καλή γνώση σχετικά με αυτές τις διατροφικές διαταραχές είχαν εκπαιδευτές από την Ιταλία και την Πολωνία. Οι περισσότεροι από τους εκπαιδευτές δήλωσαν ότι για αυτό οι διατροφικές διαταραχές μόνο άκουσαν ή γνωρίζουν κάπως για αυτό. Νευρική ορθορεξία οι περισσότεροι εκπαιδευτές δεν γνωρίζουν τίποτα, ή μόνο άκουσαν ή γνωρίζουν κάπως (52,6%), οι Βούλγαροι εκπαιδευτές περισσότερο (87,8%). Οι Πολωνοί εκπαιδευτές δήλωσαν ότι δεν γνωρίζουν τίποτα περισσότερο από όλους (69,2%) και οι εκπαιδευτές από τη Βόρεια Μακεδονία το γνωρίζουν καλύτερα (16,1%, $p < 0,001$). Ζητήθηκε από τους εκπαιδευτές να

σημειώσουν εάν γνωρίζουν, τουλάχιστον τρία συμπτώματα νευρικής ανορεξίας, νευρικής βουλιμίας, υπερφαγίας και αποφυγής/περιοριστικής διατροφής. Κατά μέσο όρο, μόνο το ένα πέμπτο όλων των εκπαιδευτών σημείωσε σωστές απαντήσεις (21,5%, $p < 0,001$), οι Πολωνοί εκπαιδευτές (69,2%) γνωρίζουν το υψηλότερο ποσοστό, μετά Κροάτες (26,5%), Βόρεια Μακεδονία (19,4%), Ελληνικά (17,1%), Ιταλοί (16,0%) και Βούλγαροι εκπαιδευτές οι λιγότεροι από όλους (10,5%).

Όσον αφορά τα προαναφερθέντα αποτελέσματα σχετικά με τις γνώσεις των εκπαιδευτών για τις διατροφικές διαταραχές, τους ζητήθηκε να επιλέξουν τον πιο προτιμώμενο τρόπο για να λάβουν εκπαίδευση και πληροφορίες σχετικά με τις διατροφικές διαταραχές. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον Πίνακα 22. Οι εκπαιδευτές από όλες τις χώρες επέλεξαν περισσότερο τη διαβούλευση με ειδικούς και εργαστήρια ως τον πλέον προτιμώμενο τρόπο (22,3% και 32,1%, αντίστοιχα,



$p < 0,001\%$). Οι Ιταλοί εκπαιδευτές σημείωσαν διαδικτυακά σεμινάρια σε υψηλό ποσοστό (24,6%) και οι εκπαιδευτές της Βόρειας Μακεδονίας επίσης ένα έντυπο εγχειρίδιο (18,3%). Ιστοσελίδα/ιστολόγιο ως επιλογή σημειώθηκε σε αναλογία από 9,9% από Βούλγαρους εκπαιδευτές έως 15,9% από εκπαιδευτές στη Βόρεια Μακεδονία. Επίσης, παρόμοια με τους

αθλητές, το 4,4% των Κροατών προπονητών σημείωσε το «Άλλο» ως επιλογή για να λάβουν εκπαίδευση και πληροφορίες σχετικά με την ΕΔ.

TABLE 21. TRAINERS' KNOWLEDGE ABOUT EATING DISORDERS (N=284)

Knowledge	Croatia		Italy		Poland		North Macedonia		Bulgaria		Greece		Total		p-value
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Anorexia Nervosa															
don't know	10	10.2	5	10.0	0	0.0	6	19.4	0	0.0	2	5.7	23	8.1	<0.001
heard/somewhat know	69	70.4	41	82.0	13	100.0	17	54.8	4	7.0	29	82.9	173	60.9	
know well	19	19.4	4	8.0	0	0.0	8	25.8	53	93.0	4	11.4	88	31.0	
Bulimia Nervosa															
don't know	14	14.3	6	12.0	0	0.0	8	25.8	0	0.0	3	8.6	31	10.9	<0.001
heard/somewhat know	69	70.4	41	82.0	13	100.0	14	45.2	4	7.0	27	77.1	168	59.2	
know well	15	15.3	3	6.0	0	0.0	9	29.0	53	93.0	5	14.3	85	29.9	
Binge eating/Overeating															
don't know	10	10.2	6	12.0	1	7.7	9	29.0	0	0.0	6	17.1	32	11.3	<0.001
heard/somewhat know	73	74.5	41	82.0	12	92.3	16	51.6	5	8.8	25	71.4	172	60.6	
know well	15	15.3	3	6.0	0	0.0	6	19.4	52	91.2	4	11.4	80	28.2	
Avoidant/Restrictive eating															
don't know	22	22.4	14	28.0	0	0.0	10	32.3	0	0.0	10	28.6	56	19.7	<0.001
heard/somewhat know	65	66.3	33	66.0	13	100.0	15	48.4	5	8.8	22	62.9	153	53.9	
know well	11	11.2	3	6.0	0	0.0	6	19.4	52	91.2	3	8.6	75	26.4	
Bigorexia Nervosa															
don't know	46	46.9	22	44.0	6	46.2	13	41.9	3	5.3	11	31.4	101	35.6	<0.001
heard/somewhat know	46	46.9	27	54.0	7	53.8	13	41.9	5	8.8	21	60.0	119	41.9	
know well	6	6.1	1	2.0	0	0.0	5	16.1	49	86.0	2	5.7	63	22.2	
Orthorexia Nervosa															
don't know	52	53.1	23	46.0	9	69.2	14	45.2	3	5.3	14	40.0	115	40.5	<0.001
heard/somewhat know	40	40.8	25	50.0	4	30.8	12	38.7	50	87.7	20	57.1	151	53.2	
know well	6	6.1	2	4.0	0	0.0	5	16.1	4	7.0	1	2.9	18	6.3	
Adequate knowledge about eating disorders	26	26.5	8	16.0	9	69.2	6	19.4	6	10.5	6	17.1	61	21.5	<0.001

TABLE 22. TRAINERS' PREFERRED WAY TO RECEIVE EDUCATION AND INFORMATION ABOUT EATING DISORDERS (N=249)

	Croatia		Italy		Poland		North Macedonia		Bulgaria		Greece		Total		p-value
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Webpage/blogs	27	14.8	8	11.6	1	7.7	13	15.9	7	9.2	4	11.4	60	13.1	<0.001
Webinars	37	20.2	17	24.6	1	7.7	14	17.1	4	5.3	6	17.1	79	17.2	
Consulting with experts	40	21.9	19	27.5	4	30.8	21	25.6	10	13.2	8	22.9	102	22.3	
Workshops	40	21.9	16	23.2	7	53.8	19	23.2	52	68.4	13	37.1	147	32.1	
Printed manual	31	16.9	9	13.0	0	0.0	15	18.3	3	3.9	4	11.4	62	13.5	
Other	8	4.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	8	1.7	



4. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

THE SCAED PROJECT HIGHLIGHTS

- κάθε ένα δέκατο (10,4%) των μη επαγγελματιών αθλητών ηλικίας από 12 έως 25 ετών βρέθηκε να διατρέχει πιθανό κίνδυνο για διατροφικές διαταραχές (ΕΔΑ-Α), οι περισσότεροι μεταξύ των αθλητών της Κροατίας και της Βόρειας Μακεδονίας, και κάθε πέμπτο (19,9%) (ΕΔΣΑ), οι περισσότεροι μεταξύ των αθλητών της Πολωνίας και της Ιταλίας.
- ο υψηλότερος επιπολασμός για ΕΔ σε λιγότερο ευαίσθητα στο βάρος αθλήματα με μπάλα
- αποτελέσματα αντιστοίχισης μεταξύ των ερωτηματολογίων EDE-A και EDSA υψηλότερα από 80%
- η υψηλότερη βαθμολογία αφορούσε την ανησυχία ότι το βάρος, το σχήμα ή η σύνθεση του σώματος επηρεάζει το αίσθημα για τον εαυτό τους
- σχεδόν κάθε δώδεκα αθλητές αντιλαμβάνονταν πίεση από τους προπονητές ή/και τους συμπαίκτες τους
- οι περισσότεροι γονείς αθλητών πίστευαν ότι το παιδί τους δεν ανησυχεί για το βάρος του
- οι γονείς αξιολόγησαν το παιδί τους ως κινδυνεύον για πιθανή ΕΔ περισσότερο από ότι πράγματι κινδυνεύει
- περίπου το ένα τέταρτο έως το ένα τρίτο των προπονητών παρατήρησαν συμπεριφορά κινδύνου διατροφικών διαταραχών σε έναν από τους αθλητές τους
- οι μισοί από τους εκπαιδευτές ήξεραν να περιγράψουν τουλάχιστον τρία συμπτώματα της ΕΔ
- οι αθλητές, οι γονείς και οι προπονητές χρειάζονται εκπαίδευση σχετικά με τις διατροφικές διαταραχές
- οι αθλητές και οι γονείς τους επιλέγουν έναν ιστότοπο/blog ως τον πλέον προτιμώμενο τρόπο για να λαμβάνουν πληροφορίες σχετικά με τις διατροφικές διαταραχές, οι εκπαιδευτές επιλέγουν τις διαβουλεύσεις με ειδικούς και τα εργαστήρια



4.1. ΑΘΛΗΤΕΣ

Μια έρευνα που διεξήχθη σε έξι ευρωπαϊκές χώρες αποκάλυψε ότι κάθε δέκατο (10,4%) των μη επαγγελματιών αθλητών ηλικίας 12 έως 25 ετών διατρέχει πιθανό κίνδυνο για διατροφικές διαταραχές που αξιολογήθηκαν με ένα ερωτηματολόγιο 36 σημείων Διατροφικής Διαταραχής για Εφήβους (EDE-A), και κάθε πέμπτο (19,9%) όταν αξιολογήθηκε με 6 ειδών Διατροφικές Διαταραχές για Αθλητές (EDSA). Ο υψηλότερος πιθανός κίνδυνος για ΣΔ ήταν μεταξύ Κροατών και Βορειομακεδόνων αθλητών όταν αξιολογήθηκαν με EDE-A και σημαντικά ο υψηλότερος για Πολωνούς και Ιταλούς αθλητές όταν αξιολογήθηκαν με EDSA, ενώ ήταν ο χαμηλότερος μεταξύ Βούλγαρων και Ελλήνων αθλητών. Τα αποτελέσματα που ταιριάζουν στον επιπολασμό κινδύνου που αξιολογήθηκαν με αυτά τα εργαλεία προσυμπτωματικού ελέγχου ήταν περισσότερο από 80%, δείχνοντας ότι το σύντομο ερωτηματολόγιο EDSA είναι ένα καλό και εύχρηστο εργαλείο προσυμπτωματικού ελέγχου για αθλητές. Αν και σε αυτήν την έρευνα συμμετείχαν οι περισσότεροι αθλητές που προπονήθηκαν λιγότερο ευαίσθητα στο βάρος αθλήματα με μπάλα, στα οποία ο επιπολασμός εκείνων που κινδυνεύουν για ΣΔ ήταν ο υψηλότερος, ένας σημαντικός επιπολασμός φάνηκε επίσης σε εκείνους τους αθλητές που προπονήθηκαν σε αθλήματα ευαίσθητα στο βάρος, όπως η αισθητική, αθλήματα αντοχής, δύναμης και κατηγορίας βάρους.

Το ένα τρίτο των αθλητών ρύθμισε ποτέ το βάρος του για να επιτύχει την επιθυμητή αθλητική απόδοση και το ένα τρίτο ακολούθησε ένα

4.2. ΓΟΝΕΙΣ

Οι περισσότεροι από τους γονείς των αθλητών πίστευαν ότι το παιδί τους δεν ανησυχεί για την αύξηση του σωματικού του βάρους αν δεν προπονείται και δεν γνωρίζει αν ακολουθεί συγκεκριμένη διατροφή για την επίτευξη της επιθυμητής αθλητικής απόδοσης. Οι γονείς αξιολόγησαν το παιδί τους ως πιθανό κίνδυνο για ΣΔ (7,3%) περισσότερο από ό,τι ανέφεραν ότι όντως διαγνώστηκε για ΣΔ (1,3%), ιδίως οι Πολωνοί και οι Ιταλοί γονείς που περισσότερο από τους άλλους περιέγραψαν το παιδί τους ως "πάντα" δυσαρεστημένο με το βάρος, το σχήμα ή τη σύνθεση

4.3. ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΕΣ

Περίπου το ένα τέταρτο έως το ένα τρίτο των προπονητών παρατήρησαν σημαντικά συμπεριφορά κινδύνου διατροφικών διαταραχών σε έναν από τους αθλητές τους, όπως αυξομείωση του βάρους, αλλαγή των διατροφικών συνηθειών, εμμονή με το φαγητό, αρνητική στάση απέναντι στην εικόνα του σώματός τους, συμπεριλαμβανομένης της συναισθηματικότητας όταν μιλούν για το βάρος και το σχήμα, υπερβολική άσκηση, υπερκατανάλωση τροφής ή απόκρυψη των διατροφικών συνηθειών από τους άλλους.

Εάν οι προπονητές παρατηρήσουν συμπτώματα διατροφικής διαταραχής στον αθλητή τους, θα

συγκεκριμένο διατροφικό πρόγραμμα για την επίτευξη του επιθυμητού σωματικού βάρους και ο πέμπτος αντιμετώπισε αρνητικές συνέπειες από τη ρύθμιση του βάρους, ειδικά οι αθλητές της Βόρειας Μακεδονίας που περισσότερο από άλλους ανησυχούσαν συνεχώς για να πάρει βάρος κατά τη διάρκεια ενός διαλείμματος προπόνησης. Αυτοί που ρύθμισαν το βάρος τους βοήθησαν κυρίως τον εαυτό τους, αλλά αν πρέπει να ρυθμίσουν το βάρος τους, θα ζητήσουν κυρίως βοήθεια από τον αθλητικό διαιτολόγο και τον προπονητή τους αντί να ζητήσουν από έμπειρους συμπαίκτες ή την οικογένειά τους.

Μεταξύ των κινδύνων που εξετάστηκαν για την ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών, η ανησυχία ότι το βάρος, το σχήμα ή η σύνθεση του σώματος επηρεάζει το αίσθημα για αυτές ήταν η μεγαλύτερη βαθμολογία, ακολουθούμενη από την ανησυχία ότι το βάρος, το σχήμα ή η σύνθεση του σώματος θα αλλοιωθούν από τη μη άσκηση. Οι Κροάτες και οι Πολωνοί αθλητές είχαν τον υψηλότερο επιπολασμό από αυτούς που θέλουν να είναι πιο αδύνατοι, παρόλο που άλλοι πιστεύουν διαφορετικά.

Σχεδόν κάθε δώδεκα αθλητές αντιλαμβάνονταν πίεση από προπονητές ή/και συμπαίκτες λόγω του ελέγχου του βάρους του προπονητή τους, ιδιαίτερα των αθλητών της Βόρειας Μακεδονίας και της Ιταλίας. Εκτός από το άγχος, αυτοί και οι Κροάτες περιέγραψαν επίσης ένα αίσθημα αμηχανίας όταν οι προπονητές και οι συμπαίκτες μιλούσαν για το σωματικό τους βάρος και το σχήμα τους.

του σώματος. Οι Πολωνοί γονείς παρατήρησαν συχνότερα από τους άλλους ότι το παιδί τους έχασε, πήρε ή είχε σημαντική αυξομείωση του βάρους του, ενώ οι άλλοι παρατήρησαν περισσότερο μια ισχυρότερη αλλαγή στις διατροφικές συνήθειες, μειωμένη επιθυμία για φαγητό και συναισθηματικότητα όταν μιλούσαν για φαγητό. Σχεδόν το ένα τρίτο των γονέων της Βόρειας Μακεδονίας παρατήρησαν ότι το παιδί τους πηγαίνει στην τουαλέτα αμέσως μετά το γεύμα, ενώ οι Ιταλοί γονείς παρατήρησαν περισσότερο από άλλους ότι το παιδί τους χρησιμοποιεί καθαρτικά ή διουρητικά.

ενημερώσουν πρώτα την οικογένεια, στη συνέχεια θα στείλουν στον οικογενειακό γιατρό, τον αθλητίατρο και τον αθλητικό διαιτολόγο, ενώ οι Κροάτες προπονητές θα ζητήσουν επίσης τη βοήθεια ψυχολόγων. Παρόλα αυτά, τα δύο τρίτα από αυτούς θεωρούν τους αθλητικούς διαιτολόγους ως την πιο αξιόπιστη πηγή πληροφοριών σχετικά με την αθλητική διατροφή και τις διατροφικές διαταραχές και τους συναδέλφους προπονητές και την αθλητική βιβλιογραφία ως τη λιγότερο αξιόπιστη. Αυτή η έρευνα αποκάλυψε ότι οι αθλητές, οι γονείς και οι προπονητές χρειάζονται εκπαίδευση σχετικά με τις διατροφικές διαταραχές. Οι περισσότεροι από αυτούς γνώριζαν κάπως ή είχαν ακούσει για τις πιο



γνωστές διατροφικές διαταραχές, όπως η νευρική ανορεξία και η νευρική βουλιμία, και δεν γνώριζαν για τις λιγότερο γνωστές μορφές ΕΔ, όπως η νευρική ορθορεξία και η νευρική μεγαλορεξία. Μόνο οι μισοί από τους εκπαιδευτές ήξεραν να περιγράψουν τουλάχιστον τρία συμπτώματα της ΕΔ, γεγονός που είναι ενδιαφέρον επειδή τα δύο τρίτα του συνόλου

4.4. PROJECT SPORTS COMMUNITY AGAINST EATING DISORDERS FUTURE ACTIONS

Αυτή η έρευνα αποκάλυψε σημαντικές πληροφορίες σχετικά με τους πιθανούς κινδύνους για ΣΔ μεταξύ των Ευρωπαίων αθλητών, τις συμπεριφορές κινδύνου που ακολουθούν, καθώς και εκείνες που παρατηρούνται από τους γονείς και τους προπονητές τους. Τα παρουσιαζόμενα ευρήματα της έρευνας συνάδουν με προηγούμενες μελέτες που διεξήχθησαν με ενήλικες αθλητές και καταδεικνύουν ότι, ακόμη και σε ψυχαγωγικό επίπεδο, οι ανταγωνιστικές, σχετικές με τον αθλητισμό πιέσεις συνδέονται με τη συμπεριφορά των αθλητών όσον αφορά τη διατροφή και τον έλεγχο του βάρους και τα συμπτώματα διατροφικών διαταραχών. Τα

των εκπαιδευτών δήλωσαν ότι είναι εκπαιδευμένοι σχετικά με τις διατροφικές διαταραχές.

δεδομένα που αποκτήθηκαν αποτελούν βάση για τον σχεδιασμό ενός εγχειριδίου για τη διαχείριση των διατροφικών διαταραχών μεταξύ των αθλητών, ενώ όλοι οι συμμετέχοντες σημείωσαν επίσης τον προτιμώμενο τρόπο με τον οποίο λαμβάνουν πληροφορίες σχετικά με τις διατροφικές διαταραχές. Οι αθλητές από όλες τις χώρες και οι μισοί από τους γονείς επέλεξαν έναν δικτυακό τόπο/blog, οι γονείς επέλεξαν επίσης τα διαδικτυακά σεμινάρια και τα εγχειρίδια, ενώ οι εκπαιδευτές επέλεξαν κυρίως τις διαβουλεύσεις με εμπειρογνώμονες και τα εργαστήρια.



5. REFERENCES

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.