

# Ípróttaátröskun í úrvalsdeild kvenna í körfuknattleik á Íslandi

---

Björg Guðrún Einarsdóttir

## HUG- OG FÉLAGSVÍSINDASVIÐ

Lokaverkefni til

BA gráðu í sálfræði

Hug- og félagsvísindasvið

Maí 2019

# Ípróttáátröskun í úrvalsdeild kvenna í körfuknattleik á Íslandi

Björg Guðrún Einarsdóttir

12 eininga lokaverkefni  
sem er hluti af  
*Bachelor of Arts-prófi í í sálfræði*

Leiðbeinandi  
Anna Soffía Víkingsdóttir

Sálfræði  
Hug- og félagsvísindasvið  
Háskólinn á Akureyri  
Akureyri, maí 2019

Íþróttáátröskun í úrvalsdeild kvenna í körfuknattleik á Íslandi  
Stuttur titill: Íþróttáátröskun í körfuknattleik  
12 eininga lokaverkefni sem er hluti af Bachelor of Arts-prófi í sálfræði

Höfundarréttur © 2019 Björg Guðrún Einarsdóttir  
Öll réttindi áskilin

Sálfræði  
Hug- og félagsvísindasvið  
Háskólinn á Akureyri  
Sólborg, Norðurslóð 2  
600 Akureyri

Sími: 460 8000

Skráningarupplýsingar:  
Björg Guðrún Einarsdóttir, 2019, B.A. verkefni, sálfræði, hug- og félagsvísindasvið,  
Háskólinn á Akureyri, 54 bls.

Prentun: 2019  
Akureyri, maí, 2019

### Útdráttur

Átraskanir hafa færst í aukana síðustu áratugi og hafa í kjölfarið orðið þekktara málefni. Rannsóknir hafa leitt í ljós að átraskanir hrjá fyrst og fremst ungar konur og eru algengari á meðal kvenfólks en karla. Átröskun meðal íþróttamanna nefnist íþróttátröskun (e. *Anorexia athletica*). Íþróttamenn eru í áhættuhópi vegna átraskana og eru taldir líklegri til þess að þróa með sér átröskun en þeir sem ekki stunda íþróttir. Einnig eru afreksiþróttamenn líklegri til þess að þróa með sér átraskanir heldur en hinn hefðbundni íþróttamaður. Meginmarkmið þessarar rannsóknar var að kanna algengi íþróttátröskunar meðal kvenna í úrvalsdeild í körfuknattleik á Íslandi. Ásamt því var kannað hvort leikmenn myndu fyrir sérstakri pressu um að vera með grannt holdarfar, frá sjálfum sér eða öðrum í íþróttumhverfinu, nánustu aðstandendum eða samfélagsmiðlum. Lögð var fyrir spurningarkönnun með 43 fjölvalsspurningum. Höfundur rannsóknar samdi 11 þeirra en 32 spurningar voru hinn staðlaði Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q). Heildarfjöldi þátttakenda var 34 konur á aldrinum 18 til 31 árs. Helstu niðurstöður rannsóknarinnar eru að algengi íþróttátröskunar meðal kvenna í körfuknattleik á Íslandi er verulega lágt og undir klínískri marktekt. Heildarskor þáttakenda á EDE-Q kvarðanum var að meðaltali 1,09. Skor kvenna í körfuknattleik á EDE-Q voru borin saman við skor EDE-Q úr rannsóknum sem gerðar voru á íslenskum íþróttakonum í handknattleik, fimleikum og ballett, og einnig átröskunarsjúklingum og háskólakonum. T-próf óháðra úrtaka var framkvæmt og niðurstöður leiddu í ljós að konur í körfuknattleik reyndust skora lægra á EDE-Q en aðrar íþróttakonur, átröskunarsjúklingar og háskólakonur. Niðurstöður rannsóknar sýndu einnig að þátttakendur fundu fyrir mikilli pressu frá sjálfum sér um að vera með grannt holdarfar, og einnig fundu þær fyrir mikill pressu frá samfélagsmiðlum um að vera með grannt holdarfar. Þátttakendur fundu ekki fyrir pressu frá liðsfélögum, þjálfara eða fjölskyldu og vinum um að vera með grannt holdarfar.

*Lykilhugtök:* átröskun, íþróttátröskun, pressa um grannt holdarfar, líkamslögun, líkamsþyngd

**Abstract**

Eating disorders (ED) have been increasing in the last few decades as well as they have subsequently become a more known matter. Researches on the matter have shown that ED primarily affects young woman and ED are more common among women than men. ED among athletes is called *Anorexia athletica*. Athletes are at a greater risk when it comes to ED and are considered to be more likely to develop an ED than non-athletes. Elite athletes are considered to be even more likely to develop ED than regular athletes. The main goal of this study was to examine the prevalence of anorexia athletica among female basketball players in the premiere league in Iceland. As well it was examined if the players felt like they were under a certain pressure of being thin from themselves, sports environment, relatives, friends or social media. Participants answered a questionnaire that contained 43 multi-choice questions, 11 questions were made by the author of this current research and 32 questions were the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q). The total number of participants were 34 women at the age of 18 to 31 years old. The results from this study showed that the prevalence of anorexia athletica among female basketball players is very low and not considered to be of clinical severity. The mean score on the EDE-Q global scale was 1,09. A comparison was made with other studies on female athletes in handball, gymnastics, ballett, as well ED patients and female colligate in Iceland. Independent sample T-test was made and the results showed that female basketball players scored lower on the EDE-Q than other female athletes, ED patients and female colligate. The results from this study also showed that the participants were under pressure of being thin from themselves and from social media. Participants did not experience pressure from teammates, coach or family and friends on being thin.

*Keywords:* eating disorder, anorexia athletica, pressure of being thin, body shape, body weight

**Þakkarorð**

Ég vil þakka leiðbeinanda mínum Önnu Soffiu Víkingsdóttur kærlega fyrir góða leiðsögn, liðleika í öllum samskiptum og hvatningu við vinnu verkefnisins. Einnig vil ég þakka tengdamóður minni, Yrsu Hörn Helgadóttur fyrir ábendingar að lagfæringum og maka mínum, Kolbeini Heði Gunnarssyni fyrir aðstoð og ábendingar við þýðingu útdráttar. Ég vil færa Eyþóri Benediktssyni miklar þakkir fyrir prófarkarlestur. Einnig vil ég þakka öllum þeim leikmönnum í úrvaldsdeild kvenna í körfuknattleik á Íslandi fyrir að hafa gefið sér tíma til þess að svara spurningarkönnuninni því án þeirra hefði rannsóknin ekki orðið að veruleika. Að lokum vil ég þakka fjölskyldu minni og maka mínum fyrir ómetanlegan stuðning og hvatningu í gegnum allt námið.

## Efnisyfirlit

Útdráttur.....	i
Abstract.....	ii
Þakkarorð.....	iii
Inngangur.....	1
Átröskun.....	3
Lystarstol.....	4
Einkenni.....	5
Greiningarviðmið DSM-V fyrir lystarstol.....	6
Lotugræðgi.....	7
Einkenni.....	8
Greiningarviðmið DSM-V fyrir lotugræðgi.....	8
Lotuofát.....	9
Átröskun ekki nánar skilgreind.....	11
Íþróttátröskun.....	11
Aðferð.....	16
Þátttakendur.....	16
Mælitæki.....	16
Spurningarlisti.....	16
Eating Disorder Examination-Questionnaire (EDE-Q).....	17
Rannsóknarsnið.....	18
Framkvæmd.....	19
Tölfræðileg úrvinnsla.....	19
Niðurstöður.....	20
EDE-Q spurningarlisti.....	22
Pressa um grannt holdarfar.....	28
Umræður.....	29
Heimildaskrá.....	33
Viðauki A.....	38

Viðauki B .....40

Viðauki C .....44



**Töfluyfirlit**

Tafla 1. Greiningarviðmið DSM-V fyrir lystarstol.....	6
Tafla 2. Greiningarviðmið DSM-V fyrir lotugræðgi .....	9
Tafla 3. Greiningarviðmið DSM-V fyrir lotuofát .....	10
Tafla 4. Greiningarviðmið DSM-V fyrir átröskun ekki nánar skilgreinda .....	11
Tafla 5. Yfirlit yfir líkamsþyngdarstuðul þátttakenda .....	21
Tafla 6. Lýsandi tölfræði úrvalsdeildarkvenna í körfuknattleik á EDE-Q kvarða .....	23
Tafla 7. Lýsandi tölfræði. Samanburður rannsókna á EDE-Q kvarða.....	26
Tafla 8. Tafla áreiðanleika spurningarlistans EDE-Q.....	27

**Myndayfirlit**

Mynd 1. Körfuknattleiksiðkun á viku.....	21
Mynd 2. Aukaæfingar á viku.....	22
Mynd 3. Skor á hömlun.....	25
Tafla 4. Skor á áhyggjur af mataræði.....	25
Mynd 5. Skor á áhyggjur af lögun.....	25
Mynd 6. Skor á áhyggjur af mataræði.....	25
Mynd 7. Heildarskor þátttakenda á EDE-Q kvarða.....	25
Mynd 8. Heildaryfirlit hvaðan þátttakendur finna fyrir pressu um grannt holdarfar.....	28

## Íþróttátröskun í úrvalsdeild kvenna í körfuknattleik á Íslandi.

Á síðustu áratugum hafa, í hinum vestræna heimi, orðið þó nokkuð miklar breytingar á lífstíl og efnahag fólks. Þessar breytingar hafa haft í för með sér aukna offitu, auk þess sem samfélagslegur þrýstingur á að halda sér grönnum hefur færst í aukana. Þessi samfélagslegi þrýstingur er talinn eiga mikinn þátt í aukinni tíðni átraskanana. Umræðan um átraskanir er töluvert meira áberandi í samfélaginu heldur en hún var áður fyrr. En átraskanir eru alvarlegar geðraskanir sem hrjá fyrst og fremst ungar konur (Sigurlaug María Jónsdóttir og Guðlaug Þorsteinsdóttir, 2006).

Svo hægt sé að greina hvort einstaklingur sé með átröskun, hafa ákveðin viðmið verið sett fram. Stuðst er við tvenns konar greiningarkerfi, annars vegar við ICD (e. *International Statistical Classification of Diseases and Health Related Problems*), kallað ICD-10 í daglegu tali og er flokkunarkerfi sem gefið er út af Alþjóðaheilbrigðismálastofnuninni (e. *World Health Organization*) (Sigurlaug María Jónsdóttir og Guðlaug Þorsteinsdóttir, 2006; Embætti landlæknis, 2017). Hins vegar er stuðst við greiningarkerfi ameríska geðlæknafélagsins, DSM (e. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*). Á Íslandi er notast við ICD-10 þegar verið er að flokka geðsjúkdóma en spurningalistar og greiningarviðtöl eru hannaðir eftir DSM greiningarkerfinu. DSM er talið hentugra í tengslum við átraskanir (Sigurlaug María Jónsdóttir og Guðlaug Þorsteinsdóttir, 2006). DSM er hannað til að gefa læknum, sjúklingum, aðstandendum og rannsakendum skýrari og ítarlegri upplýsingar á hverri geðröskun fyrir sig með ákveðnum greiningarviðmiðum (American Psychiatric Association [APA], 2013).

Ákveðnir hópar eru taldir vera í aukinni hættu á að fá átröskun og eru íþróttamenn og afreksíþróttamenn meðal þeirra (Sigurlaug María Jónsdóttir og Guðlaug Þorsteinsdóttir, 2006). Átraskanir meðal íþróttafólks hafa verið að færast í aukana, en þegar íþróttamenn greinast með átröskun er það kallað íþróttátröskun (e. *Anorexia athletica*). Þær rannsóknir sem hafa verið gerðar á íþróttátröskun hafa helst beinst að fagurfræðilegum greinum og þeim greinum þar sem lág þyngd er talin vera kostur. Talið er að þeir íþróttamenn sem stunda fagurfræðilegar greinar séu líklegri til þess að þróa með sér átröskun heldur en þeir íþróttamenn sem stunda liðsíþróttir eins og t.d. körfuknattleik (Joy, Kussman og Nattiv, 2016; Somasundaram og Burgess, 2018). Íþróttátröskun er algengari meðal afreksfólks í íþróttum heldur en hins almenna íþróttamanns (Sundgot-Borgen og Torstveit, 2010; Sudi, Öttl, Payerl, Baumgartl, Tauschmann, og Müller, 2004) og einnig eru íþróttátraskanir algengari á meðal kvenna heldur en karla í íþróttum (Sundgot-Borgen og Torstveit, 2004).

Íþróttaiðkun, eða hreyfing er mikilvæg fyrir líkama og sál, og er öllum holl. Íþróttir eru jafn margar og þær eru fjölbreyttar. Hægt er að stunda bæði einstaklings- og hópíþróttir og eru íþróttir stundaðar af báðum kynjum á öllum aldri. Það ætti því að vera möguleiki fyrir flesta að finna sér íþrótt við sitt hæfi, hvort sem þeir vilja stunda íþróttina eða vera áhugamaður og einungis fylgjast með. Íþróttir gegna einnig því hlutverki að vera góð forvörn en samkvæmt Íþróttasambandi Íslands (ÍSí) er skipulagt íþróttastarf forvörn og dregur úr þeim líkum að unglingar leiðist út í frávíkshæðun. Börn og unglingar sem stunda íþróttir eða aðra hreyfingu sýna síður neikvætt atferli heldur en jafnaldrar sem stunda ekki íþróttir (Íþróttasamband Íslands, e.d.a).

Einstaklingar stunda íþróttir bæði vegna áhuga og einnig vegna þess að margir vilja ná framúrskarandi árangri. Margir ungir drengir eiga til dæmis þann draum að verða atvinnumenn í körfuknattleik og komast í NBA (e. *National Basketball Association*), eða í fótbolta og spila í ensku úrvaldsdeildinni. Að komast í landslið og að fara á stórmót eins og Evrópumót, Heimsmeistaramót og Ólympíuleikana hljómar spennandi. En til þess að verða atvinnumaður eða komast í landslið og fara á stórmót þarf einstaklingur að vera framúrskarandi í sinni íþrótt, hann þarf því að teljast afreksíþróttamaður og vera á meðal þeirra bestu (Íþróttasamband Íslands, e.d.b).

Ísland er lítið land og íbúar landsins eru rétt rúmlega 300.000 en samt sem áður eigum við töluvert mikið af afreksíþróttafólki í hinum fjölmörgu íþróttum. Við eigum atvinnumenn sem stunda sína íþrótt í bestu deildum heims og við eigum einnig frábært landsliðsfólk, bæði í einstaklings- og hópíþróttum sem hefur komist á t.d. Evrópumót, Heimsmeistaramót og Ólympíuleikana. Á Íslandi eigum við t.a.m. frábært körfuknattleiksfólk og á vegum Körfuknattleikssambands Íslands (KKÍ) er leikið í nokkrum deildum meistaraflokka karla og kvenna, ásamt öflugum yngri flokka starfi. KKÍ er með afreksstefnu og markmið til langs tíma sem felur í sér að geta sent bæði A-landslið karla og kvenna á Heimsmeistaramót og Evrópumót. En með því að senda A-landslið og einnig unglingslandslið á erlenda grundu er verið að búa til fyrirmyndir sem stuðla að frekari þátttöku í íþróttinni. Einnig vill KKÍ að körfuknattleiksíþróttin eignist sem flesta atvinnumenn (Körfuknattleikssamband Íslands, e.d.).

Í þessari rannsókn verður fjallað um megingerðir ástraskana og íþróttátröskun. Framkvæmd var rannsókn á körfuknattleikskonum í úrvalsdeild á Íslandi. En úrvalsdeildir karla og kvenna í körfuknattleik eru efstu og jafnframt bestu körfuknattleiksdeildir á Íslandi. Sú rannsóknarspurning sem leitast verður eftir að svara er: *Hvert er algengi íþróttátröskunar á meðal kvenna í úrvalsdeild í körfuknattleik á Íslandi?* Ásamt því verða niðurstöður þessarar rannsóknar bornar saman við niðurstöður úr sambærilegum rannsóknum sem gerðar hafa verið

á Íslandi og beinast að átröskunum meðal kvenna í öðrum íþróttagreinum, háskólakvenna og átröskunarsjúklinga. Einnig verður skoðað hvort þátttakendur finni fyrir sérstakri pressu um að vera með grannt holdarfar.

### Átröskun

Átröskun (e. *Eating disorder*) er alvarlegur langvinnur geðsjúkdómur sem einkennist af þráhyggjukennendum hugsunum einstaklings um mat og gífurlegum ótta við að þyngjast og fitna. Einstaklingar sýna óeðlilegt hegðunarmynstur þegar kemur að mat og eru helteknir af líkamslögun sinni og þyngd. Átröskun getur haft veruleg áhrif á lífsgæði fólks, bæði líkamlega og andlega og getur jafnvel leitt fólk til dauða (Sigurlaug María Jónsdóttir og Guðlaug Þorsteinsdóttir, 2006).

Ástæða þess að einstaklingar þróa með sér átröskun er talin vera flókið samspil erfða og umhverfis, félagslegra og sálfræðilegra þátta (Fairburn og Harrison, 2003; Campbell og Peebles, 2014). Einnig er algengt að átraskanir komi í kjölfar megrunarkúra, en þekkt er að einstaklingur setji sér markmið um að losa sig við nokkur kíló en missir síðan tókin með þeim afleiðingum að hann þróar með sér átröskun (Fairburn og Harrison, 2003).

Birtingamyndir átraskana eru misjafnar og er þeim sem mest þekktar eru, skipt í þrjá meginflokka samkvæmt DSM-V kerfinu: lystarstol (e. *Anorexia nervosa*), lotugræðgi (e. *Bulimia nervosa*) og lotuofát (e. *Binge eating*). Lotuofát hefur nýlega verið viðurkennt sem sérstakur flokkur átraskana innan DSM-V kerfisins (APA, 2013; Campbell og Peebles, 2014). Átröskun sem uppfyllir ekki greiningarviðmið DSM-V fellur undir flokkinn átröskun ekki nánar skilgreind (e. *Other specified or unspecified feeding or eating disorder*). Það getur reynst erfitt að greina sjúkling sem þjáist af átröskun vegna þess að einstaklingar sýna oft mismunandi einkenni. Það er því algengt að sjúklingur flytjist á milli greiningarflokka í sjúkdómsferlinu (Sigurlaug María Jónsdóttir og Guðlaug Þorsteinsdóttir, 2006).

Átraskanir geta hrjáð hvaða einstaklinga sem er á öllum aldri, óháð kyni eða kynþætti. Algengt er að fólk tengi átröskun við kvenfólk og þá sérstaklega fyrirsætur, enda eru konur í meirihluta þeirra sem greinast með sjúkdóminn. Það eru þó einnig karlmenn sem greinast með átraskanir, þá helst ungir karlmenn (APA.org, 2011; Sigurlaug María Jónsdóttir og Guðlaug Þorsteinsdóttir, 2006). Konur eru í meirihluta þeirra sem greinast með lystarstol eða lotugræðgi en kynjahlutfallið er tiltölulega jafnt þegar kemur að lotuofáti (Striegel-Moore, Rosselli, Perrin, DeBar, Wilson, May, og Kraemer, 2009).

Tíðni átraskana í hinum vestræna heimi virðist fara vaxandi og eru konur í vestrænum löndum í meiri áhættuhóp heldur en annarsstaðar. En það ríkir mikil félagsleg pressa á þeim varðandi það að vera léttar og viðhalda grönnum líkama (Fairburn og Harrison, 2003; Sigurlaug María Jónsdóttir og Guðlaug Þorsteinsdóttir, 2006). Það er eflaust óhætt að segja að með tilkomu tækninnar og þeirri samfélagsmiðlavæðingu sem nú ríkir, hafi þessi félagslega pressa aldrei verið meiri en nú á dögum. Samfélagsmiðlar gefa oft á tíðum ranga mynd, glansmynd, af útliti og lífi fólks. Þessar glansmyndir eru taldar mikið áhyggjuefni þar sem þær ýta gjarnan undir óánægju einstaklinga með líkama sinn. En rannsóknir hafa til dæmis sýnt að birting á myndum af svokölluðum „mögrum-líkama“ (e. *thin-ideal*) á samfélagsmiðlum eykur óánægju kvenna með líkama sinn, hefur áhrif á matarvenjur og getur valdið átröskunareinkennum meðal ungra stúlkna og kvenna (Perloff, 2014). Aðrir ákveðnir hópar sem eru í aukinni hættu á að fá átröskun eru til dæmis fyrirsætur, dansarar og afreksfólk í íþróttum (Sigurlaug María Jónsdóttir og Guðlaug Þorsteinsdóttir, 2006).

Batahorfur átröskunarsjúklinga eru misgóðar. En erfitt getur reynst að meðhöndla átraskanir vegna þess að í mörgum tilfellum afneita sjúklingar veikleika sínum og er mjög sjaldgæft að þeir leiti sér aðstoðar sjálfviljugir (Fairburn og Harrison, 2003). Hugræn atferlismeðferð (HAM) hefur sýnt fram á bestan árangur sem meðferð við átröskunum. En einkenni átraskana eru þau sömu í grunninn og greiningarviðmið flokkana eiga meira sameiginlegt heldur en ekki. Flokkarnir eiga sérstaklega sameiginlegt áhyggjur af líkamslögun og þyngd (Jong, Korrelboom, Meer, Deen, Hoek, og Spinhoven, 2016). Þó að HAM hafi sýnt fram á bestan árangur og sé leiðandi meðferð fyrir átraskanir þá nær því miður aðeins helmingur þeirra sjúklinga sem hefja meðferð að ljúka meðferð og ná fullum bata (Cooper og Fairburn, 2011).

## Lystarstol

Lystarstol (e. *Anorexia nervosa*) er einn af undirflokkum átröskunar og einkennist af brenglaðri líkamsímynd þar sem mikil áhersla er lögð á þyngdartap (Sigurlaug María Jónsdóttir og Guðlaug Þorsteinsdóttir, 2006). Lystarstol hefst oftast á unglingsárum eða um 14-18 ára aldur, en meðalaldur þeirra sem greinast með sjúkdóminn er talinn vera 17 ár. Þrátt fyrir að lystarstol geti komið fram hvenær sem er á lífsleiðinni, þá er afar sjaldgæft að sjúkdómurinn hefjist fyrir kynþroska aldur eða eftir fertugt (Sigurlaug María Jónsdóttir og Guðlaug Þorsteinsdóttir, 2006; APA, 2013).

Einstaklingar með lysterstol eru mjög uppteknir af því að hugsa um mat og setja sér ströng viðmið um lága líkamsþyngd og reyna í raun viljandi að létta sig og halda sér grönnum. Til þess að viðhalda lágri líkamsþyngd notast einstaklingar við ýmsar aðferðir. Þeir setja sér strangar reglur um mataræði, eins og til dæmis forðast að borða það sem þeir borðuðu áður fyrr og nutu. Þeir forðast að borða með fjölskyldu og vinum og stunda óhóflega líkamsrækt, framkvæma uppköst eða misnota lyf á borð við hægðalosandi lyf og þvagræsilyf (Campbell og Peebles, 2014). Það er mjög einstaklingsbundið hvaða ytri þættir hrinda sjúkdómnum af stað, en orsakir lysterstols er talið vera samspil erfða og umhverfis. Í flestum tilfellum byrjar lysterstol í kjölfar megrunar, en þar er einmitt helsta markmiðið þyngdartap. Einnig geta áföll innan fjölskyldunnar, dauðsföll, einelti eða veikindi kallað fram lysterstol (Sigurlaug María Jónsdóttir og Guðlaug Þorsteinsdóttir, 2006).

Eitt helsta einkenni lysterstols er trufluð skynjun á líkamslögun og þyngd og leggur einstaklingurinn mikla áherslu á að halda sér grönnum og léttum. Þrátt fyrir að einstaklingur með lysterstol sé komin undir lágmarksþyngd, þá hefur hann ennþá áhyggjur af því að þyngjast. Þegar einstaklingur hefur náð að léttast er það talið merki um mikla sjálfsstjórn og afrek en ef einstaklingur þyngist er það talið vera merki um mikil mistök og stjórnleysi sem í kjölfarið veldur einstaklingnum mikilli vanlíðan (APA, 2013).

Einstaklingar með lysterstol horfast ekki í augu við alvarleika ástandsins og þá skortir innsæi varðandi sinn eigin sjúkdóm. Sjúklingar telja sig ekki þurfa neina aðstoð í sambandi við megrunarárættu. Það er því mjög erfitt að sannfæra sjúkling að undirgangast meðferð og því er mikilvægt að taka mið af upplýsingum frá fjölskyldumeðlimum (Fairburn og Harrison, 2003; Sigurlaug María Jónsdóttir og Guðlaug Þorsteinsdóttir, 2006; APA, 2013). Í mörgum tilfellum eru það fjölskyldumeðlimir eða aðrir aðstandendur sem koma sjúklingnum í hendur fagaðila eftir að hafa tekið eftir líkamlegum einkennum eða að einstaklingur er orðin verulega grannur (APA, 2013).

**Einkenni.** Einkenni lysterstols geta verið bæði líkamleg og andleg. Líkamleg einkenni sem koma fram geta verið tilkomin vegna næringarskorts sem hafa neikvæð áhrif á líffæri viðkomandi og geta þau reynst lífshættuleg. Eitt algengasta einkennið er tíðastopp (e. *Amenrrhea*), en vegna næringarskorts getur það komið fyrir að stúlkur hætti að hafa reglulegar tíðablæðingar (APA, 2013). Dæmi um önnur einkenni eru hjartsláttartruflanir, lágur blóðþrýstingur, óeðlilegar niðurstöður blóðrannsóknna, lágur líkamshiti vegna hægrar blóðrásar, innfallinn kviður og bjúgur, þurr og gulleit húð, fósturhár, höfuðverkur og marblettir (Campbell og Peebles, 2014). Vegna næringarskorts geta einstaklingar með lysterstol orðið fyrir því að

missa beinmassa og þróað með sér beinþynningu og í flestum tilfellum er ekki hægt að leiðrétta slíkt ástand (APA, 2013).

Andleg einkenni eru þunglyndiseinkenni, kvíði, þirringur, mislyndi (e. *lability of mood*), skortur á einbeitingu, áhugi á kynlífi dvínar og einnig er þekkt að sjúklingar glími við svefntruflanir (Fairburn og Harrison, 2003; APA, 2013). Smám saman leiðir þyngdartap sjúklinga til félagslegrar einangrunar. Þessir andlegu fylgikvillar aukast með auknu þyngdartapi og á móti dregur úr þeim við þyngdaraukningu (Fairburn og Harrison, 2003).

**Greiningarviðmið DSM-V fyrir lystarstol.** Við greiningu á lystarstoli þarf að uppfylla ákveðin greiningarviðmið, en greiningarviðmið DSM-V fyrir lystarstol má sjá í töflu 1. Samkvæmt DSM-V eru tilgreind þrjú eftirfarandi greiningarviðmið fyrir lystarstol.

Til þess að útskýra betur hvernig sjúkdómurinn lýsir sér er einnig um tvær megingerðir að ræða ásamt greiningarviðmiðum DSM-V. Annars vegar *takmarkandi gerð* og hins vegar *ofáts/hreinsandi gerð*. Takmarkandi gerð er þegar einstaklingur hefur ekki stundað ofát eða hreinsunaraðferðir (framkallað uppköst, misnotað hægðalosandi lyf, s.s. þvagræsilyf og stólpípur) á síðustu þremur mánuðum. Þyngdartapi er náð fyrst og fremst með megrun, föstu eða mikilli hreyfingu. Ofáts/hreinsunaraðferðin er þegar einstaklingur hefur á síðustu þremur mánuðum stundað reglulega ofát og hreinsunaraðferðir (APA, 2013).

#### Tafla 1

##### *Greiningarviðmið DSM-V fyrir lystarstol*

- 
- A. Einstaklingur takmarkar fæðuinntöku sem verður til þess að hann fær ekki ráðlagðan dagsskammt af orkuríkri fæðu. Þetta leiðir til verulegrar lækkunar á líkamsþyngd miðað við aldur, kyn, þroska og líkamlega heilsu. *Verulega lág þyngd* er skilgreind sem þyngd sem er lægri en stöðluð þyngd fyrir ákveðinn aldur.
  - B. Mikill ótti við að þyngjast eða verða feit/ur, þrátt fyrir að líkamsþyngd sé lág, sem leiðir til hegðunar sem kemur í veg fyrir þyngdaraukningu.
  - C. Trufluð skynjun einstaklings á líkamslögun og þyngd sinni. Líklega tilkomin vegna lélegrar sjálfsmýndar. Einstakling skortir vitneskju um hversu alvarleg núverandi þyngd hans sé.

---

(APA, 2013)



## Lotugræðgi

Lotugræðgi (e. *Bulimia nervosa*) er einn af undirflokkum átröskunar. Lotugræðgi hefst yfirleitt á unglingsárum og nær hámarki við 16-18 ára aldur. Mjög algengt er að unglingar séu uppteknir af líkamslögun, þyngd og útliti. Lotugræðgi er algengari hjá kvenfólki og líkt og hjá lystarstolssjúklingum eru einstaklingar með lotugræðgi helteknir af því að hafa stjórn á líkamsþyngd sinni til að koma í veg fyrir að þeir þyngist (Sigurlaug María Jónsdóttir og Guðlaug Þorsteinsdóttir, 2006). Einstaklingar með lotugræðgi sveiflast á milli þess að takmarka mataræði sitt verulega og framkvæma átköst (APA, 2013).

Átkast er það þegar einstaklingur borðar óhóflega mikið magn af mat og reynir svo að koma í veg þyngdaraukningu með því að framkalla ýmsa óviðeigandi uppbótarhegðun, sem stundum er kölluð hreinsunaraðferð (APA, 2013). Einstaklingur borðar óhóflega mikið magn af mat innan ákveðins tímaramma, yfirleitt á tveimur klst. Um meira magn er að ræða heldur en flestir aðrir myndu borða innan sama tímaramma og við svipaðar aðstæður (Campbell og Peebles, 2014; APA, 2013). Átkastið sem slíkt þarf ekki að eiga sér stað innan sömu staðsetningar. Einstaklingur getur t.d. byrjað átkastið á veitingastað og haldið áfram þegar heim er komið. Að narta í eitthvað yfir allan daginn flokkast ekki undir átkast. Þegar verið er að meta um hvort átkast sé að ræða eða ekki, þarf að hafa í huga aðstæður. Það getur til dæmis talist eðlilegt að borða mikið magn af mat í einni máltíð á hátíðsdögum, en sama magn af mat gæti talist óeðlilegt á virkum dögum (APA, 2013).

Algengt er að neikvæðar tilfinningar ýti undir átkast. Streita einstaklinga (e. *Interpersonal stressor*), megrunarkúrar, neikvæðar tilfinningar tengdar þyngd, líkamslögun og leiði eru einnig þekkt dæmi sem geta ýtt undir átköst (APA, 2013). Einstaklingar með lotugræðgi eru oft í kjörþyngd sem gerir það að verkum að sjúkdómurinn er ekki eins sýnilegur og til dæmis hjá þeim sem þjást af lystarstoli (Sigurlaug María Jónsdóttir og Guðlaug Þorsteinsdóttir, 2006). Fjölskyldumeðlimir taka oft eftir óvenjulegri hegðun einstaklingsins, þ.e.a.s. skapsveiflum, löngum tíma inn á baðherbergi eftir matartíma, óhóflegri líkamsrækt og þegar einstaklingur byrjar allt í einu að fasta (Campbell og Peebles, 2014).

Einstaklingar með lotugræðgi skammast sín fyrir vandamál sín í sambandi við mat og er verulega algengt að þeir reyni að fela einkennin, þ.a.l. geta átköst verið framkvæmd í laumi. Einstaklingar borða stjórnlaust og óhóflegt magn af hitaeningaríkum mat, og stundum varir átkastið alveg þangað til að viðkomandi er farið að líða mjög óþægilega eða er orðið líkamlega illt (APA, 2013). Í kjölfar átkastanna fyllist viðkomandi vanlíðan, fær samviskubit og óttast það að þyngjast (Sigurlaug María Jónsdóttir og Guðlaug Þorsteinsdóttir, 2006). Hann notar því hreinsunaraðferðir til að losa líkamann við þann mat sem neytt hefur verið. Hreinsunaraðferðir

eru framköllun uppkasta, mistnotkun hægða- og þvagræsilyfja og stólpípna. Algengasta hreinsunaraðferðin er þó uppköst en í kjölfar þeirra finnur einstaklingur fyrir miklum létti og þau óþægindi sem voru til staðar minnka og einnig dregur úr ótta einstaklings við það að þyngjast. Til að framkalla uppköst notast einstaklingar oft við fingurna, eða önnur hjálpartæki eins og t.d. tannbursta til að örva kokviðbragðið sem leiðir til þess að einstaklingur kúgast og kastar síðan upp. Eftir ákveðinn tíma geta sumir einstaklingar kastað upp án þess að notast við hjálpartæki (APA, 2013).

**Einkenni.** Einkenni lotugræðgi geta verið margvísleg, bæði líkamleg og andleg. Líkamlegu einkennin geta verið skemmdir í munnholi, á tönnum (glerungseyðing) og meltingarfærum vegna uppkasta, rof á maga eða vélinda, hjartsláttartruflanir, slæmar niðurstöður blóðrannsóknna, skemmdir í beinum (e. *skeletal myopathies*), húðvandamál, röskun á vökva- og saltbúskap (Sigurlaug María Jónsdóttir og Guðlaug Þorsteinsdóttir, 2006; APA, 2013). Einnig geta komið upp óreglulegar tíðablæðingar eða tíðastopp hjá konum en þó er ekki vitað fyrir víst hvort það orsakist vegna þyngdarsveiflu, breytingar á næringarinntöku eða vegna tilfinningalegs ójafnvægis (APA, 2013).

Andlegu einkennin geta verið lágt sjálfsmat, þunglyndi, óyndi eða viðvarandi depurð, geðhvörf II, kvíðaraskanir eða árattu- og þráhyggjuröskun. Einnig geta þeir einstaklingar sem þjást af lotugræðgi sýnt skapsveiflur og er talið að það sé allt að 30% líklegra að þeir sem þjást af lotugræðgi misnoti áfengi eða fíkniefni heldur en þeir sem þjást af öðrum tegundum átröskunar (APA, 2013).

**Greiningarviðmið DSM-V fyrir lotugræðgi.** Við greiningu á lotugræðgi þarf að uppfylla ákveðin greiningarviðmið, en greiningarviðmið DSM-V fyrir lotugræðgi má sjá í töflu 2. Lotugræðgi er einnig skipt upp í fjóra flokka eftir alvarleika sjúkdómsins. Væg lotugræðgi er þegar einstaklingur fær að meðaltali eitt til þrjú átköst í viku þar sem viðkomandi sýnir óviðeigandi hreinsunarhegðun sem kemur í veg fyrir þyngdaraukningu. Miðlungs lotugræðgi er þegar einstaklingur fær að meðaltali fjögur til sjö átköst í viku þar sem viðkomandi sýnir óviðeigandi hreinsunarhegðun sem kemur í veg fyrir þyngdaraukningu. Alvarleg lotugræðgi er þegar um átta til þrettán átköst eiga sér stað í viku og mjög alvarleg lotugræðgi er þegar um fjórtán eða fleiri átköst eiga sér stað í viku þar sem viðkomandi sýnir óviðeigandi hreinsunarhegðun sem kemur í veg fyrir þyngdaraukningu (APA, 2013).

## Tafla 2

*Greiningarviðmið DSM-V fyrir lotugræðgi*

- 
- A. Endurtekin átköst sem einkennast af eftirfarandi þáttum:
- (1) Viðkomandi innbyrðir mikið magn af mat, magn sem talið er vera meira en manneskja í sömu aðstæðum eða á sama tíma myndi nokkurn tíma borða.
  - (2) Viðkomandi skortir sjálfstjórn á matarinntöku á meðan átkast stendur yfir. Hann hefur því ekki stjórn á því hversu mikið hann borðar og getur ekki hætt að borða.
- B. Endurtekin, óviðeigandi hegðun til þess að koma í veg fyrir þyngdaraukningu. Hegðun sem þessi lýsir sér þannig að viðkomandi framkallar uppköst, misnotar hægðalyf, þvagræsilyf eða önnur lyf, viðkomandi fastar eða hreyfir sig óhóflega mikið.
- C. Átköst og óviðeigandi hreinsunarhegðun verða að koma fram að minnsta kosti einu sinni í viku yfir þriggja mánaða tímabil.
- D. Sjálfsmat er undir miklum áhrifum líkamslögunar og þyngdar.
- E. Ofangreind einkenni koma ekki einungis fram á tímabili lystarstols.
- 

(APA, 2013)

**Lotuofát**

Lotuofát (e. *Binge eating disorder*) er ein tegund átröskunar og flokkaðist áður fyrir undir *átröskun ekki nánar skilgreind* (e. *Other specified or unspecified feeding or eating disorder*). Þessi tegund átröskunar er tiltölulega ný af nálinni en það var ekki fyrr en árið 2013 sem DSM gaf formlega út að lotuofát væri sér tegund af átröskun (APA, 2013; Campbell og Peebles, 2014). Röskunin hefst yfirleitt á unglingsárum eða snemma á fullorðinsárum. Þó hafa verið greind tilfelli þar sem lotuofát hefst á seinni fullorðinsárum. Lotuofát gengur í erfðir og er líklegt að ef einstaklingur greinist með lotuofát, hafi annar fjölskyldumeðlimur einnig verið greindur með slíka röskun (APA, 2013).

Lotuofát er í raun svipuð og lotugræðgi. Hér er um að ræða átköst en þó fylgir engin uppbótarhegðun í kjölfar átkastanna (APA, 2013; Dingemans, Bruna, og Van Furth, 2002). Líkt og í lotugræðgi þá einkennist lotuofát af átköstum þar sem einstaklingar borða stórar máltíðir innan ákveðins tímaramma sem eru stærri en aðrir einstaklingar myndu borða yfir sama tíma og í sömu aðstæðum. Á meðan á átkasti stendur getur einstaklingur ekki stjórnað því hve mikið hann borðar né hvenær hann á að hætta. Einstaklingar með lotuofát finna einnig fyrir skömm þegar þeir borða og reyna að fela einkennin (APA, 2013).

Lotuofát snýst ekki um að viðhalda sér grönnum, léttum og takmarka matarinntöku eins og í lysterstoli og lotugræðgi, heldur eru einstaklingar í eðlilegri þyngd og eiga á hættu að geta þróað með sér yfirþyngd eða offitu (Wilson, Wilfley, Agras og Bryson, 2010; APA, 2013). Þegar átkast á sér stað þýðir það ekki endilega að einstaklingur sé svangur eða orkulítill, heldur geta átköstin verið tilkomin vegna tilfinningalegs uppnáms, stjórnleysis, streitu, megrunar, leiða, eða neikvæðrar tífliðningar í garð líkamslögunar eða þyngdar (Mathes, Brownley, Mo, og Bulik, 2009; APA, 2013).

Við greiningu á lotuofáti þarf að uppfylla ákveðin greiningarviðmið, en greiningarviðmið DSM-5 fyrir lotuofát má sjá í töflu 3.

### Tafla 3

#### *Greiningarviðmið DSM-V fyrir lotuofát*

- 
- A. Endurtekin átköst sem einkennast af eftirfarandi þáttum:
- (1.) Viðkomandi innbyrðir mikið magn af mat, magn sem talið er vera meira en manneskja í sömu aðstæðum eða á sama tíma myndi nokkurn tímann borða.
  - (2.) Viðkomandi skortir sjálfstjórn á matarinntöku meðan átkast stendur yfir. Hann hefur því ekki stjórn á því hversu mikið hann borðar og getur ekki hætt að borða.
- B. Átkast einkennist af þremur eða fleiri eftirtöldum atriðum:
1. Að borða hraðar en venjulega.
  2. Að borða það mikið magn af mat að það veldur óþægindum vegna seddu.
  3. Að borða stórar máltíðir þegar viðkomandi er ekki svangur.
  4. Að borða í einrúmi af því viðkomandi skammast sín fyrir hversu mikils matars er neytt.
  5. Að hafa óbeit á sjálfum sér, finna fyrir depurð eða mikilli sektarkennd eftir átkast.
- C. Merki um streitu varðandi lotuofát er til staðar. (e. *Marked distress regarding binge eating is present*)
- D. Átköst þurfa að eiga sér stað, að meðaltali einu sinni í viku í þrjú mánuði.
- E. Lotuofátsröskun felur ekki í sér óviðeigandi hreinsunaraðferðir líkt og á við um lysterstol og lotugræðgi.

---

(APA, 2013)

**Átröskun ekki nánar skilgreind**

Önnur tegund átröskunar er átröskun ekki nánar skilgreind (e. *Other specified or unspecified feeding or eating disorder (EDNOS)*). Í þennan flokk falla þau átröskunar tilfelli þar sem um er að ræða alvarleg veikindi, sem uppfylla samt sem áður ekki greiningarviðmiðin fyrir lysterstol, lotugræðgi eða lotuofát (APA, 2013; Campbell og Peebles, 2014). Greiningarviðmið fyrir óskilgreinda átröskun má sjá í töflu 4.

Tafla 4

*Greiningarviðmið DSM-V fyrir átröskun ekki nánar skilgreind*

- 
1. Ódæmigert lysterstol. *Hér er öllum greiningarviðmiðum lysterstols mætt fyrir utan það að þyngd einstaklings er innan eðlilegra eða rétt fyrir ofan eðlileg mörk.*
  2. Lotugræðgi (með lága tíðni/eða takmarkaðan tíma). *Hér er öllum greiningarviðmiðum lotugræðgi mætt, fyrir utan það að átköst og uppbótarhegðun, að meðaltali, eiga sér stað sjaldnar en einu sinni í viku og í minna en þrjá mánuði.*
  3. Lotuofát (með lága tíðni/eða takmarkaðan tíma). *Hér er öllum greiningarviðmiðum lotuofáts mætt, fyrir utan það að átköst, að meðaltali, eiga sér stað sjaldnar en einu sinni í viku og í minna en þrjá mánuði.*
  4. Hreinsunarröskun (e. *Purging disorder*). *Viðvarandi hreinsunarhegðun til þess að koma í veg fyrir líkamslögun og þyngd (uppköst, mistnokun hægða- og þvagræsilyfja, stólpípur) í fjarveru átkasta.*
  5. Næturát (e. *Night eating syndrome*). *Endurtekin átköst að næturlagi, sem eiga sér stað þegar einstaklingur borðar mikið magn eftir kvöldmat eða þegar einstaklingur vaknar af svefni og fær sér að borða.*
- 

(APA, 2013)

**Íþróttátröskun**

Átraskanir meðal íþróttamanna eru kallaðar íþróttátröskun (e. *Anorexia athletica*) og var fyrst kynnt til sögunnar í kringum 1990 (Sudi o.fl., 2004). Þegar verið er að greina sjúkdóminn eru íþróttamenn taldir vera í sérflokki þar sem þeir uppfylla sjaldan öll einkenni hefðbundins lysterstols eða lotugræðgi (Sundgot-Borgen og Torstveit, 2004).

Auk þeirra samfélagslega krafna um hinn fullkomna (e. *ideal*) líkama, þá eru afreksíþróttamenn einnig undir stöðugri pressu um að bæta frammistöðu sína og uppfylla kröfur íþróttarinnar sem þeir stunda. En það eru ýmist þjálfarar eða jafnvel dómarar sem meta

frammistöðu þeirra daglega. Þessar kröfur geta orðið til þess að íþróttamaður þróar með sér óeðlilegar matarvenjur og átröskun (Sundgot-Borgen og Torstveit, 2010; Byrne og McLean, 2002).

Íþróttátröskun einkennist af hræðslu við að þyngjast eða fitna, þrátt fyrir að íþróttamaður sé undir meðalþyngd. Íþróttamaðurinn stundar fleiri æfingar en nauðsynlegt er og minnkar hitaeiningatöku til þess að þyngjast ekki. Átköst, framkölluð uppköst og notkun þvag- og hægðalosandi lyfja eru einnig önnur einkenni íþróttátröskunar. Íþróttamenn geta einnig sýnt sálfræðileg einkenni sem eru tengd við átraskanir en það eru einkenni á borð við fullkonnunaráráttu, árátu hegðun og háleit markmið. Þessi einkenni eru einmitt þau sem búist er við af þeim íþróttamönnum sem vilja ná árangri (Sundgot-Borgen og Torstveit, 2004).

Engel, Johnson, Powers, Crosby, Wonderlich, Wittrock, og Mitchell (2003) gerðu rannsókn á afreksíþróttamönnum sem beindist að óreglulegu mataræði (e. *disordered eating*). Rannsóknin var gerð á 1445 afreksíþróttamönnum (562 konur og 833 karlar) úr 11 íþróttagreinum (körfuknattleik, fótbolta, blaki, frjálsum íþróttum, sundi, langhlaupi, glímu, fimleikum, skíðum, róðri og tennis) í fyrstu deild (e. *Division I*) í 11 amerískum háskólum. Skoðuð var löngun þátttakenda til að greinast, óánægja með líkama og sjálfsmat. Einnig var skoðuð hegðun í tengslum við mataræði, hreinsunarhegðun (e. *Purge index*), aðhald (e. *Restriction index*) og lotuofát. Niðurstöður þessarar rannsóknar leiddu í ljós að tíðni átraskana hjá konum var hærri en hjá körlum í öllum mælingum rannsóknarinnar. Íþróttamenn sem stunduðu sund, körfuknattleik og fimleika höfðu herra algengi vegna löngunar til að greinast heldur en þeir sem stunduðu fótbolta, langhlaup og glímu. Þeir sem stunduðu frjálssar, langhlaup og glímu höfðu lægsta algengi varðandi óánægju með líkamslögun. Algengi hreinsunarhegðunar og aðhalds var hæst hjá þeim sem stunduðu fimleika og glímu en lægst hjá þeim sem stunduðu körfuknattleik, frjálssar íþróttir, sund, langhlaup og skíði. Þeir sem stunduðu langhlaup voru með hæsta algengi lotuofáts.

Íþróttamenn, bæði konur og karlar, eru í meiri áhættu með að þróa með sér átröskun heldur en konur og karlar sem stunda ekki íþróttir. Einnig er átröskun algengari meðal kvenna í íþróttum heldur en meðal karla í íþróttum (Joy o.fl., 2016; Sundgot-Borgen og Torstveit, 2004). Rannsóknir sýna að átraskanir eru einnig algengari meðal afreksíþróttamanna heldur en hins almenna íþróttamanns (e. *non-professional athlete*) og eru þeir því í meiri hættu á að þróa með sér íþróttátröskun (Sudi o.fl., 2004; Sundgot-Borgen og Torstveit, 2010). Þó svo að hætta á átröskun á meðal íþróttamanna sé fyrir hendi, þá er samt talið að það að vera íþróttamaður sem slíkur sé ekki forsenda þess að íþróttamaðurinn þrói með sér átröskun. Það er hins vegar

talið að umhverfið og sú íþrótt sem viðkomandi íþróttamaður stundar sé forsenda þess að íþróttamaðurinn þrói með sér átröskun (Sudi o.fl., 2004).

Átröskun er breytileg eftir íþróttum en hún er þó algengari í þeim íþróttum sem eru háðar þyngd (t.d. róður, glíma, box), fagurfræðilegum íþróttum (t.d. fimleikar, sund, listskaugar, hlaup og ballett) og íþróttum þar sem lág líkamsþyngd er talin vera kostur (t.d. langhlaup eða hjóltreiddar) heldur en í liðsíþróttum (t.d. fótbolta, körfuknattleik, blaki og tennis) (Joy o.fl., 2016; Somasundaram og Burgess, 2018). Í fagurfræðilegum greinum er útlit talið skipta máli til þess að ná árangri og eru þær greinar því líklegri til að ýta undir ákveðin áhrif. Kvenkyns íþróttamenn í slíku umhverfi eru því sérstaklega í meiri hættu á að þróa með sér óeðlilegar matarvenjur á grundvelli persónulegra einkenna (t.d. fullkomunaráráttu), félagslegra áhrifa (t.d. athugasemdum frá þjálfara) og íþróttastarfseminnar (t.d. mælingar og vigtun) (McGannon og McMahon, 2019).

Byrne og McLean (2002) rannsökuðu algengi átraskana í hópi 263 afreksíþróttamanna í Ástralíu samanborið við 263 einstaklinga sem stunduðu ekki íþróttir. Íþróttagreinunum var skipt í tvo flokka eftir líkamsbyggingu, mögur líkamsbygging (e. *thin-build*) og venjuleg líkamsbygging (e. *normal build*). Íþróttir í flokki magrar líkamsbyggingar voru fimleikar, ballett, róður, dýfingar, sund og langhlaup. Íþróttir í flokki venjulegrar líkamsbyggingar voru tennis, blak, íshokki og körfuknattleikur. Niðurstöður þessarar rannsóknar leiddu í ljós að algengi átraskana var hærra hjá íþróttamönnum heldur en þeim sem stunduðu ekki íþróttir. Algengi var hæst hjá íþróttafólki í flokki magrar líkamsbyggingar, á eftir fylgdi venjuleg líkamsbygging og lægsta algengið var hjá þeim sem stunduðu ekki íþróttir. Einnig leiddu niðurstöður í ljós að algengi var hærra hjá konum heldur en körlum. Á meðal kvenna voru 15% í hópi magrar líkamsbyggingar, 2% í hópi venjulegrar líkamsbyggingar og 1% í hópi þeirra sem ekki stunduðu íþróttir sem mættu greiningarviðmiðum lysterstols eða lotugræðgi. Það voru 16% kvenna í hópi magrar líkamsbyggingar, 7% kvenna í hópi venjulegrar líkamsbyggingar og 5% í hópi kvenna sem stunduðu ekki íþróttir sem mættu greiningarviðmiðum fyrir átröskun ekki nánar skilgreind. Á meðal karla voru 5% í hópi magrar líkamsbyggingar sem sýndu fram á einkenni lysterstols eða lotugræði, og 1% sem mætti viðmiðum átröskunar ekki nánar skilgreind. Ekki voru merki um einkenni átraskana hjá körlum í hópi venjulegrar líkamsbyggingar eða í hópi þeirra sem stunduðu ekki íþróttir.

Sundgot-Borgen og Torstveit (2004) gerðu svipaða rannsókn í Noregi meðal íþróttamanna ( $n=1620$ ) í mismunandi íþróttagreinum og almennings ( $n=1696$ ) sem stundaði ekki íþróttir. En niðurstöður þeirrar rannsóknar leiddu í ljós að átröskun er algengari á meðal þeirra sem stunduðu íþróttir ( $p<0,001$ ). Tíðni karla var hæst í stökk íþróttum (t.d. skíðastökk,

hástökk, langstökk) (22%), á eftir fylgdu þolíþróttir (9%) og boltaíþróttir (5%). Tíðni kvenna var hæst hjá þeim sem stunduðu fagurfræðilegar íþróttir (42%), á eftir fylgdu þolíþróttir (24%), tækniíþróttir (17%) og boltaíþróttir (16%).

Einnig gerðu Thiemann, Legenbauer, Vocks, Platen, Auyeung, og Herpertz (2015) rannsókn á 108 þýskum íþróttakönnum, 42 sem stunduðu fagurfræðilegar greinar og 62 sem stunduðu boltagreinar, samanbórið við 108 konur sem ekki stunduðu íþróttir. Niðurstöður rannsóknar leiddu í ljós að tíðni átraskana var hæst hjá könum sem stunduðu fagurfræðilegar íþróttir (17%), á eftir fylgdu konur sem stunduðu boltaíþróttir (3%) og lægsta tíðni var meðal kvenna sem ekki stunduðu íþróttir (2%).

Áhættuþættir og forsendur þess að íþróttamaður þróar með sér átröskun geta verið margvíslegar. Þyngdarreglur, megrun, pressa um grannt holdarfar eða þyngdartap, persónulegir eiginleikar, að byrja ungur í íþróttum, meiðsli, ofþjálfun og hegðun þjálfara eru allt dæmi um áhættuþætti eða forsendur íþróttátröskunar. Sumir þættir eiga vissulega einnig við sem áhættuþættir hjá þeim sem ekki stunda íþróttir, en talið er að íþróttumhverfið geri það að verkum að íþróttamaður sé viðkvæmari fyrir ofantöldum áhættuþáttum. Íþróttamaður sem verður fyrir meiðslum upplifir t.d. það að geta hvorki æft né keppt, að þyngjast og andlega vanlíðan sem getur í kjölfarið leitt til íþróttátröskunar (Bratland-Sanda og Sundgot-Borgen, 2013). Arthur-Cameselle, Sossin, og Quatromoni (2017) gerðu t.a.m. rannsókn á 12 íþróttakönnum og 17 könum sem ekki stunduðu íþróttir á aldrinum 18 til 24 ára þar sem markmið rannsóknarinnar var að kanna hvaða þættir gætu mögulega ýtt undir átröskun. Þátttakendur komu frá 10 háskólum í Bandaríkjunum og stunduðu íþróttakönurnar frjálssar íþróttir, langhlaup, körfuknattleik, róður, fótbolta eða tennis. Niðurstöður rannsóknarinnar leiddu í ljós að kröfur um góða frammistöðu, vigtanir og meiðsli voru helstu þættir sem ýttu undir einkenni átraskana hjá íþróttakönnum en fjölskylduerfiðleikar, einelti og kynþroski voru helstu þættir sem ýttu undir einkenni átraskana hjá þeim sem ekki stunduðu íþróttir. Lág sjálfsmat, líkamlegar breytingar og hópþrýstingur ýtti einnig undir einkenni átraskana hjá báðum hópum. Það voru 67% íþróttakvenna sem greindu frá því að umhverfi íþróttarinnar ýtti undir einkenni átraskana á meðan 18% þeirra kvenna sem ekki stunduðu íþróttir töldu umhverfi íþróttarinnar vera áhættuþátt. Íþróttakonur greindu einnig frá því að þær myndu fyrir pressu frá bæði þjálfurum og liðsfélögum um líkamsþyngd.

Öfugt við þá sem stunda líkamsrækt til að stuðla að þyngdartapi, breyta líkamslögun og öðrum matarvenjum, þá eru kröfur afreksíþróttamannsins þær að hann verður að bæta getu sína í íþróttinni. Þessar kröfur geta ýtt undir og framkallað hættu á íþróttátröskun. En íþróttamenn reyna að draga úr líkamsþyngd til þess að öðlast þann fullkomna líkama fyrir



ákveðnar íþróttir. Þetta veldur því að íþróttakonur verða mjög uppteknar og áhyggjufullar af líkamsþyngd sinni og geta þróað með sér þ.a.l. óeðlilega matarhegðun. En konur sem stunda fagurfræðilegar íþróttir hafa meiri áhyggjur af líkamsþyngd sinni og sýna óeðlilegri matarhegðun heldur en þær konur sem stunda liðsíþróttir eða þolfimi (Sudi o.fl., 2004). Ekki var talið að þeir íþróttamenn sem stunduðu boltagreinar kæmu til greina sem áhættuhópur fyrir íþróttáátröskun en þó hefur tíðni þeirra íþróttamanna farið vaxandi þegar kemur að átröskunum (Sundgot-Borgen og Torstveit, 2004). Ástæðan fyrir vaxandi tíðni getur verið tilkomin vegna aukinnar áherslu á mælingar sem tengjast vöðvamassa og líkamsþyngd. En við þessar endurteknu mælingar geta íþróttamenn mistúlkað niðurstöður mælingana og í kjölfarið þróað með sér átröskun. Aukin áhersla á útlit þeirra íþróttamanna sem stunda t.d. tennis eða blak hefur einnig valdið þrýsting á íþróttamenn og þeir jafnvel krafðir um að létta sig. Í stað þess að einblína á getu sína í íþróttageininni, þá upplifa konur sig frekar sem kyntákn þar sem keppnisbúningarnir eru oft mjög aðsniðnir og efnislitlir (Sundgot-Borgen og Torstveit, 2004).

Margar erlendar rannsóknir hafa verið gerðar á algengi átraskana. Flestar rannsóknir hafa verið í tengslum við ákveðna hópa eins og kvenna íþróttir, dansara, fyrirsætur eða ungar háskóla konur (Sigurlaug María Jónsdóttir og Guðlaug Þorsteinsdóttir, 2006). Rannsókir sem fjalla um átraskanir í liðsíþróttum eins og boltagreinum á borð við körfuknattleik, fótbolta, handknattleik og blak eru af afar skornum skammti. Flestar rannsóknir snúa að fagurfræðilegum greinum (Sundgot-Borgen og Torstveit, 2004).

Klara Lind Þorsteinsdóttir (2013) kannaði algengi átraskana meðal íslenskra íþróttakvenna í handknattleik ( $n=57$ ), fimleikum ( $n=24$ ) og ballett ( $n=15$ ). Mælitækið sem notast var við var spurningarlistinn Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q). Handknattleikskonurnar voru í úrvaldsdeild í handknattleik, fimleikakonur voru í meistaraflokki en erfitt var að greina hvort dansararnir væru áhuga- eða afreksmenn í ballett. Niðurstöður rannsóknarinnar leiddu í ljós að ekki reyndist vera marktækur munur á algengi átraskana meðal íþróttakvenna í handknattleik, fimleikum og ballett. Í rannsókn Klöru var einnig gerður samanburður á rannsókn Sólveigar Maríu Ólafsdóttur (2011) sem kannaði skor átröskunarsjúklinga ( $n=14$ ) og háskólakvenna ( $n=173$ ) á Íslandi með sama spurningarlista, EDE-Q. Þær niðurstöður leiddu í ljós að íþróttakonur skoruðu hærra á EDE-Q heldur en háskólakonur, en íþróttakonur skoruðu lægra en íslenskir átröskunarsjúklingar á EDE-Q.

Íþróttáátröskun endurspeglar getu og frammistöðu íþróttamannsins. En næringarskortur leiðir til vöntunar á söltum í líkamanum og þyngdartaps bæði á vöðvamassa og fitu sem verður til þess að íþróttamaðurinn getur ekki staðið undir sinni raunverulegu getu (Joy o.fl., 2016). Þeir íþróttamenn sem glíma við íþróttáátröskun eða óeðlilegar matarvenjur þurfa aðstoð frá

fagaðila til þess að koma reglu á mataræði, æfingar, skóla, vinnu og persónulegt líf (Sundgot-Borgen og Torstveit, 2004). Skimun eftir átröskunum, öðrum heilsufarsvandamálum eða sálfræðilegum einkennum ætti því að vera staðlað eftirlit (Joy o.fl., 2016) til þess að koma í veg fyrir íþróttátröskun eða svo hægt sé að veita snemmtæka íhlutun. Það er því mikilvægt að þeir aðilar sem koma að íþróttum hafi fagþekkingu á slíkum málefnum. En þar sem átraskanir yfirhöfuð eru að verða mun þekktari og hafa einnig verið að færast í aukana þá er mun auðveldara fyrir íþróttafólk að leita eftir aðstoð (Sundgot-Borgen og Torstveit, 2010). Íþróttamenn eiga það til að vanmeta óreglulegar matarvenjur og átraskanir. Algengi átraskana á meðal íþróttamanna gæti því verið hærrí en niðurstöður rannsókna benda til (Bratland-Sanda og Sundgot-Borgen, 2013).

## Aðferð

### Þátttakendur

Í rannsókninni tóku þátt 43 íslenskar körfuknattleikskonur sem spila í Úrvaldsdeild kvenna (Dominosdeildin) á Íslandi. Nánar tiltekið er úrtakið á meðal þeirra kvenna sem eru á afreksstigi í körfuknattleik á Íslandi. Við hreinsun á gögnum stóðu eftir 34 þátttakendur. En þeim þátttakendum sem ekki luku við að svara Eating Disorder Examination Questionnaire ( $n=7$ ) í heild var eytt úr gagnasafninu, ásamt þeim þátttakendum sem tilgreindu ekki aldur eða tilgreindu aldur sinn yngri en 18 ára ( $n=2$ ). Þátttakendur voru á aldrinum 18 ára til 31 árs og meðalaldur var 23,5 ár. Engin umbun var veitt fyrir þátttöku í rannsókninni og skilyrðin fyrir þátttöku voru að þátttakendur hefðu náð 18 ára aldri og spiluðu í úrvaldsdeild kvenna í körfuknattleik. Körfuknattleikskonurnar sem tóku þátt í rannsókninni spila með eftirfarandi félagsliðum: Breiðabliki, Haukum, Keflavík, KR, Skallagrími, Snæfelli, Stjörnunni og Val.

### Mælitæki

Við rannsóknina var lagður fyrir spurningarlisti sem innihélt 43 fjölvalsspurningar, 11 þeirra voru samdar af höfundi þessarar rannsóknar og 32 spurningar hins staðlaða Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q).

**Spurningarlisti.** Þær spurningar sem rannsakandi samdi sneru að aldri, körfuknattleiksæfingum og aukaæfingum, áhyggjum af líkamslögun og hvort þátttakendur fyndu fyrir pressu um grannt holdarfar (Viðauki A). Ein spurning sneri að aldri þar sem þátttakendur tilgreindu aldur sinn. Tvær spurningar, sneru að æfingum og aukaæfingum þátttakenda „Hvað æfir þú körfubolta að meðaltali oft í viku, ásamt leikjum?“ (1=1-2 sinnum

í viku?, 2=3-4 sinnum í viku?, 3=5-6 sinnum í viku?, 4=7-8 sinnum í viku?, 5=9 sinnum eða oftár í viku?) og „Fyrir utan fastar körfuboltaæfingar og leiki, hversu oft æfir þú aukalega á viku (hér er um að ræða lyftingar/þrek og/eða einstaklingsæfingar í körfubolta)?” (1=1-2 sinnum í viku?, 2=3-4 sinnum í viku?, 3=5-6 sinnum í viku?, 4=7-8 sinnum í viku?, 5=9 sinnum eða oftár í viku?, 6=Ég æfi ekki aukalega). Fimm spurningar voru fullyrðingar um hvort þátttakendur fyndu fyrir pressu frá annars vegar sjálfum sér eða hins vegar íþróttumhverfi, nánustu aðstandendum eða samfélagsmiðlum um grannt holdafar eins og til dæmis „Ég set pressu á sjálfa mig um grannt holdafar” (1=Mjög ósammála, 2=Frekar ósammála, 3=Hlutlaus, 4=Frekar sammála, 5=Mjög sammála) og „Ég finn fyrir pressu frá liðsfélögum mínum um grannt holdafar” (1=Mjög ósammála, 2=Frekar ósammála, 3=Hlutlaus, 4=Frekar sammála, 5=Mjög sammála). Einnig voru spurningar sem sneru að líkamslögun eins og til dæmis „Ég hef áhyggjur af líkamslögun og þyngd minni” (1=Mjög ósammála, 2=Frekar ósammála, 3=Hlutlaus, 4=Frekar sammála, 5=Mjög sammála).

**Eating Disorder Examination-Questionnaire (EDE-Q).** Til þess að mæla algengi átröskunareinkenna var notast við Eating Disorder Examination-Questionnaire (EDE-Q) (Sjá viðauka B). EDE-Q er 28 atriða sjálfsmatskvarði sem byggir á Eating Disorder Examination (EDE) viðtalinu (Welch, Birgegård, Parling, og Ghaderi, 2011). Eating Disorder Examination er hálfstaðlað greiningarviðtal sem er hannað til þess að meta kjarnaekenni og viðhorf einstaklinga með átraskanir. Þegar notast er við EDE til að greina átraskanir er spurt um síðustu þrjú mánuði svo að niðurstöður séu í samræmi við greiningarviðmiðin úr DSM-V kerfinu (Mond, Hay, Rodgers, Owen, og Beumont, 2004a).

Í EDE-Q beinast spurningar listans að síðustu 28 dögum og eru kjarnaekenni átraskanana metin bæði út frá hegðun og viðhorfum þátttakenda. Sjálfsmatskvarðinn gefur sömu fjóra undirkvarða og EDE viðtalið, þ.e. *hömlun*, *áhyggjur af mataræði*, *áhyggjur af lögun og áhyggjur af þyngd*. Listinn gefur einnig heildarskor sem er meðaltal þessara fjögurra undirkvarða líkt og í EDE viðtalinu (Carter, Stewart, og Fairburn, 2001; Welch o.fl., 2011; Jennings og Phillips, 2017). Þær spurningar sem snúa að hegðun (Q13-Q18) eru metnar með því að þátttakendur svara bæði hversu marga af síðustu 28 dögum hegðun hefur átt sér stað og í hve mörg skipti hegðun hefur átt sér stað. Þegar reiknað er út skor undirkvarða og heildarskor eru spurningar um tíðni hegðunar ekki teknar með (Carter o.fl., 2001; Welch o.fl., 2011). Spurningar EDE-Q sem meta viðhorf er svarað á sjö punkta Likert kvarða (0-6) og er skor upp á fjóra, fimm eða sex túlkað sem hátt og líklegt er að það bendi til klínískrar marktæktar (Carter o.fl., 2001; Mond o.fl. 2004a). Það fer eftir spurningum og undirkvörðum EDE-Q hvað 0-6 merkir en þó hafa tölurnar sömu gildi á öllum undirkvörðum (0=Aldrei/Engar/Alls ekki, 1=1-

5 daga/Stundum/Mjög litlar/Mjög lítið, 2=6-12 daga/Innan við helming/Litlar/Lítið, 3=13-15 daga/Helming/Frekar litlar/Frekar lítið, 4=16-22 daga/Meira en helming/Frekar miklar/Frekar mikið, 5=23-27 daga/Oftast/Miklar/Mikið, 6=Alla daga/Alltaf/Mjög miklar/Mjög mikið).

Svo hægt sé að reikna út skor fyrir undirkvarðann verður þátttakandi að svara yfir helmingnum af atriðum undirkvarðans. Til þess að reikna niðurstöður undirkvarðanna eru svörin á bilinu 0-6 lögð saman fyrir atriðin í hverjum undirkvarða og er síðan fjöldi atriða undirkvarðans deilt í summuna. Það eru fimm atriði á öllum undirkvörðunum nema undirkvarðanum *áhyggjur af lögun*, en þar eru átta atriði. Til að fá heildarskor listans eru lögð saman skor fyrir alla undirkvarðanna og fjöldi undirkvarðanna síðan deilt í summuna (Fairburn, 2008).

Rannsóknir á réttmæti EDE-Q hafa leitt í ljós að um gott samræmi er að ræða á milli EDE viðtalsins og EDE-Q í að meta kjarnaekenni átröskunarsjúklinga meðal almennings, í klínískum úrtökum (e. *Clinical samples*) lystarstols-, lotugræðgi- og lotuofátssjúklinga. EDE-Q hefur einnig sýnt fram á viðunandi innri áreiðanleika (e. *Internal consistency reliability*) og endurprófunaráreiðanleika (e. *test-retest reliability*). En það eru forsendur þess að EDE-Q listinn hefur verið notaður í auknum mæli og einnig notaður sem viðbót við EDE listann í faraldsfræðilegum rannsóknum (e. *descriptive studies*) (Mond, Hay, Rodgers, Owen, og Beumont, 2004b).

Sólveig María Ólafsdóttir (2011) sálfræðingur, þýddi EDE-Q listann yfir á íslensku og kannaði próffræðilega eiginleika listans. Rannsókn hennar leiddi í ljós að próffræðilegir eiginleikar listans í íslenskri þýðingu væru góðir, þ.e.a.s. að um góðan innri áreiðanleika og gott samleitni- og aðgreiniréttmæti var að ræða. Einnig sýndu niðurstöður Sólveigar að íslenska útgáfa EDE-Q listans var í samræmi við það sem fram hefur komið í erlendum rannsóknum EDE-Q listans. Í þessari rannsókn var notast við íslensku útgáfu EDE-Q listans í þýðingu Sólveigar.

### Rannsóknarsnið

Við rannsóknina var stuðst við megindlega rannsóknaraðferð þar sem lagður var spurningarlisti fyrir þátttakendur. Megindlegar rannsóknaraðferðir eru mikið notaðar í félagsvísindum og safna tölulegum gögnum, t.d. með spurningarlistum, vettvangskonnum eða netkönnun sem lagt er fyrir úrtak með það að leiðarljósi að alhæfa um hópinn (Háskóli Íslands, 2014).

Til að reikna út líkamsþyngdarstuðul (e. *Body Mass Index*) þátttakenda var notast við formúluna  $kg/m^2$ . Líkamsþyngdarstuðull er mælikvarði sem í raun skilgreinir hvort einstaklingur sé í undirþyngd, kjörþyngd, ofþyngd eða offitu (Nuttall, 2015).

Til að kanna niðurstöður spurningarlistans, EDE-Q og hvort þátttakendur myndu fyrir pressu um grannt holdarfar var notast við lýsandi tölfræði (e. *Descriptive statistics*). Auk þess var notast við millihópasnið þar sem borið var saman skor EDE-Q spurningarlistans úr þessari rannsókn við niðurstöður úr öðrum rannsóknum þar sem einnig var notast við EDE-Q. Til að skoða hvort munur reyndist á körfuknattleikskonum og samanburðarhópunum var notast við *t*-próf óháðra úrtaka (e. *Independent sample t-test*). *T*-próf óháðra úrtaka er tölfræðipróf sem ber saman meðaltöl tveggja óháðra hópa og segir okkur hvort um marktækan mun sé að ræða á úrtökunum (Field, 2013).

Til að meta áreiðanleika EDE-Q spurningarlistans var notast við Cronbach's Alpha. Cronbach's Alpha mælir innra samræmi prófs eða ákveðins skala, þ.e.a.s. metur hvort það sé samræmi milli svara þátttakenda (Tavakol og Denrick, 2011).

## **Framkvæmd**

Þann 7. mars 2019 voru send út skilaboð í gegnum samfélagsmiðilinn *Facebook* á fyrirlíða þeirra félagslíða sem eru í úrvaldsdeild kvenna í körfuknattleik á Íslandi. Skilaboðin innihéldu hlekk á spurningakönnunina sem fór í gegnum netkönnunarforritið *Survey Monkey*. Fyrirliðar áframsendu skilaboðin á liðsfélaga sína. Áminningarpóstur var sendur út þann 14. mars 2019 og svo aftur viku síðar, 21. mars 2019 til þess að auka mögulega svartíðni spurningakönnunarinnar. Gagnasöfnun hófst þann 7. mars 2019 og lauk þann 22. mars 2019.

Þátttakendum rannsóknarinnar var gert grein fyrir því að markmið rannsóknarinnar væri að skoða algengi átröskunareinkenna innan úrvaldsdeildar kvenna í körfuknattleik á Íslandi og að svörin væru með engum hætti rekjanleg til þátttakenda (Sjá viðauka C).

## **Tölfræðileg úrvinnsla**

Alls voru 43 þátttakendur sem svöruðu spurningarkönnuninni. Gögnin voru flutt frá *Survey Monkey* og yfir í *Excel* þar sem þau voru hreinsuð. Við yfirferð á gögnum var tekin sú ákvörðun að eyða þeim þátttakendum sem ekki luku við að svara EDE-Q spurningarlistanum í heild sinni. Það voru alls 7 þátttakendur sem ekki luku við að svara EDE-Q og voru svör þeirra því ógild og í kjölfarið fjarlægð úr gagnasafninu. Einn þátttakandi tilgreindi ekki aldur sinn og einn þátttakandi tilgreindi aldur sinn undir 18 ára. Var þeim einnig eytt úr gagnasafninu, því

skilyrði fyrir þátttöku í rannsókninni var að þátttakandi hefði náð 18 ára aldri. Eftir stóðu því 34 þátttakendur.

Þegar búið var að hreinsa gögnin í Excel var notast var við tölfræðiforritið *IMB SPSS Statistics 25* við úrvinnslu gagna. Líkamsþyngdarstuðull þátttakenda var reiknaður. Skoðuð var tíðnitafla fyrir breytur til þess að athuga hvort eitthvað athugavert fyndist. Mest var notast við lýsandi tölfræði við skoðun og túlkun á niðurstöðum gagna. EDE-Q undirskarðar voru reiknaðir og í kjölfarið var reiknað heildarskor þátttakenda á EDE-Q. Því næst var notast við Cronbach's Alpha áreiðanleikapróf í þeim tilgangi að mæla áreiðanleika EDE-Q spurningarlistans. Skoðaður var samanburður meðal kvenna í körfuknattleik við aðrar íþróttakonur úr rannsókn Klöru Lindar Þorsteinsdóttur (2013) og einnig meðal kvenna í körfuknattleik við átröskunarsjúklinga og háskólakonur úr rannsókn Sólveigar Maríu Ólafsdóttur (2011). Framkvæmd voru *t*-próf óháðra úrtaka (e. *Independent sample t-test*) til að skoða hvort um marktækan mun væri að ræða milli körfuknattleikskvenna á Íslandi og hópanna sem nefndir eru hér að ofan. Að lokum var skoðuð lýsandi tölfræði um hvort þátttakendur fyndu fyrir pressu um að vera með grannt holdarfar frá sjálfum sér eða frá öðrum.

### Niðurstöður

Meginmarkið þessarar rannsóknar var að skoða hvert algengi íþróttátröskunar er meðal kvenna í körfuknattleik í úrvalsdeild á Íslandi. Skoðað var líkamsþyngdarstuðul þátttakenda, hversu oft þátttakendur iðkuðu körfuknattleik á viku, hvert algengi átröskunareinkenna væri og í samanburði við aðra hópa. Einnig var skoðað hvort þátttakendur fyndu fyrir pressu um að vera með grannt holdarfar frá sjálfum sér eða öðrum.

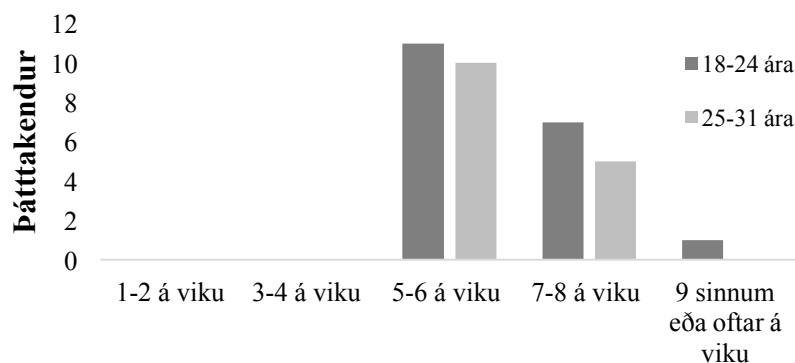
Í töflu 5. er yfirlit yfir líkamsþyngdarstuðul þátttakenda. Einn þátttakandi svaraði ekki spurningu um þyngd og því var ekki hægt að reikna út líkamsþyngdarstuðul fyrir þann tiltekna þátttakenda. Hægt var að reikna út líkamsþyngdarstuðulinn ( $\text{kg/m}^2$ ) hjá 33 þátttakendum af 34. Í töflu 5 má sjá að niðurstöður rannsóknar leiddu í ljós að engir þátttakendur eru undir kjörþyngd né í áhættuhópi fyrir offitu. Meirihluti þátttakenda er í kjörþyngd eða 67% og 11 þátttakendur, eða 33% eru í yfirþyngd.

Tafla 5

*Yfirlit yfir líkamsþyngdarstuðul þátttakenda*

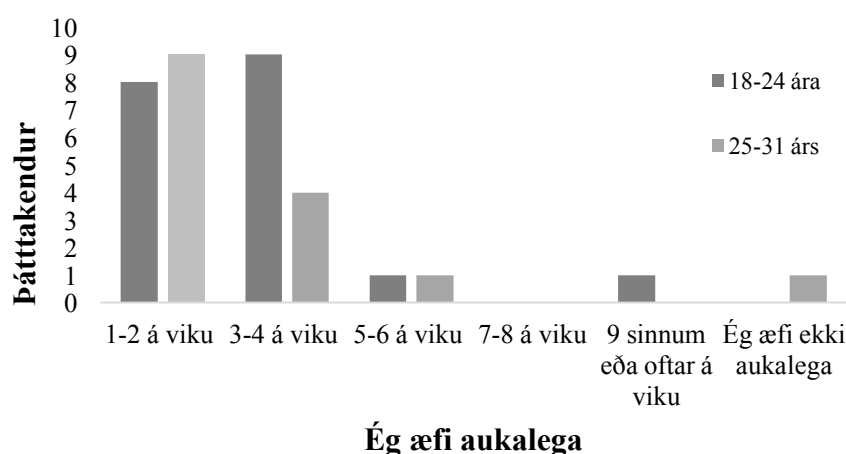
Líkamsþyngdarstuðull	Fjöldi þátttakenda	Hlutfall (%)
Undir kjörþyngd	0	0
Kjörþyngd	22	67
Yfirþyngd	11	33
Offita	0	0
Samtals	33	100

Körfuknattleiksæfingar eru hefðbundnar æfingar þar sem leikmenn mæta á æfingu á ákveðnum tímum til þess að æfa körfuknattleik með liðsfélögum sínum og þjálfara, einnig átti spurningin við ef um körfuknattleiksleiki er að ræða. Aukaæfingar eru þær æfingar þar sem leikmenn fara sjálfir í líkamsrækt eða gera einstaklingsæfingar í körfuknattleik. Á mynd 1 má sjá heildaryfirlit þátttakenda á fjölda körfuknattleiksæfinga og leikja á viku eftir aldri. Flestir þátttakendur, 32,3% yngri leikmanna og 29,5% eldri leikmanna, stunda hefðbundnar körfuknattleiksæfingar og leiki 5-6 sinnum á viku. Einnig eru þó nokkuð margir þátttakendur sem æfa 7-8 sinnum í viku, en það eru 20,5% yngri leikmanna og 14,7% eldri leikmanna. Möguleg ástæða fyrir þessu gæti verið að sú að einhver félagslið fara á hefðbundnar æfingar 2 sinnum á dag. Einnig gæti verið að yngri leikmenn séu að spila leiki og æfa með bæði meistaraflokki og stúlknaflokki. Aðeins einn þátttakandi æfir 9 sinnum eða oftar í viku, og er um að ræða yngri leikmann.

**Ég æfi körfuknattleik og spila leiki**

Mynd 1. Körfuknattleiksiðkun á viku

Þegar litið er til aukaæfinga (sjá mynd 2) hjá yngri leikmönnum má sjá að svipaður fjöldi yngri leikmanna æfir 1-2 sinnum í viku (23,5%) og 3-4 sinnum í viku (26,5%). Flestir eldri leikmenn (26,5%) æfa aukalega 1-2 í viku. Það eru svo 11,8% eldri leikmanna sem æfa 3-4 sinnum í viku. Aðeins einn eldri leikmaður og einn yngri leikmaður æfa aukalega 5-6 sinnum í viku. Einnig má sjá að einn yngri leikmaður æfir aukalega 9 sinnum í viku eða oftar og einn eldri leikmaður sem æfir ekki aukalega



Mynd 2. Aukaæfingar á viku

### EDE-Q spurningarlisti

Í töflu 6 má sjá lýsandi tölfræði á meðaltölum á skori fyrir hvern undirkvarða og einnig heildarskor þátttakenda rannsóknarinnar á EDE-Q spurningalistanum. Undirkvarðarnir voru reiknaðir á 7 punkta Likert kvarða (0-6). Þegar meðaltöl fyrir hvern og einn undirkvarða eru skoðuð má sjá að tveir undirkvarðar hafa hæsta og sama meðaltalið, 1,62, en það eru undirkvarðarir *áhyggjur af lögun* og *áhyggjur af þyngd*. Lægsta meðaltalið er á undirkvarðanum *hömlun*, 0,53 og að lokum er meðaltal undirkvarðans *áhyggjur af mataræði* 0,59. Heildarskor þátttakenda á EDE-Q er að meðaltali 1,09.

Þegar litið er til skekkju þá er um jákvæða skekkju að ræða á öllum undirkvörðunum, sem og á heildarskori. Skekkja undirkvarðanna er á bilinu 0,97-1,83 og skekkjan á heildarskori EDE-Q kvarðans er 1,15. Ef litið er á miðgildi kvarðanna í töflu 6 þá er það lægra en meðaltalið á öllum kvörðum og því er um jákvæða skekkju að ræða.



Lægsta gildi allra undirkvarða er 0 en hæsta gildi undirkvarðanna *hömlunar* og *áhyggjur af mataræði* eru 3. Hæsta gildi undirkvarðans *áhyggjur af lögun* er 6 og einnig er hæsta gildi undirkvarðans *áhyggjur af þyngd* 6.

Tafla 6

Lýsandi tölfraedi úrvalsdeildarkvenna í körfuknattleik á EDE-Q kvarða

EDE-Q kvarði	N	Meðaltal	Miðgildi	Staðalfrávik	Skekkja	Lægsta gildi	Hæsta gildi
Hömlun	34	0,53	0,2	0,8	1,83	0	3
Áhyggjur af mataræði	34	0,59	0,1	0,86	1,44	0	3
Áhyggjur af lögun	34	1,62	0,44	1,46	1,12	0	6
Áhyggjur af þyngd	34	1,62	0,2	1,63	0,97	0	6
<b>Heildarskor</b>	34	1,09	0,76	1,1	1,15	0	4

Þegar litið er til skora þátttakenda á hverjum undirkvarða, þá eru þátttakendur að skora heldur lágt á undirkvörðunum *hömlun* (sjá mynd 3) og *áhyggjur af mataræði* (sjá mynd 4) en skorin dreifast heldur meira á undirkvörðunum *áhyggjur af lögun* (sjá mynd 5) og *áhyggjur af þyngd* (sjá mynd 6).

Á mynd 3 má sjá hvar þátttakendur skora á undirkvarðanum *hömlun*. Þær spurningar EDE-Q listans sem falla undir þann undirkvarða eru eftirfarandi; 1, 2, 3, 4 og 5. Langflestir þátttakendur ( $n=29$ ) skoruðu á bilinu 0-1 á kvarðanum. Tveir þátttakendur skoruðu milli 1,01-2 og þrír þátttakendur skoruðu á bilinu 2,01-3. Enginn þátttakandi reyndist vera með skor yfir 3,01 og hærra.

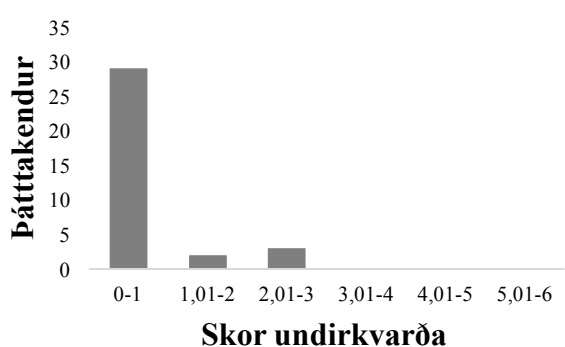
Á mynd 4 má sjá hvar þátttakendur skora á undirkvarðanum *áhyggjur af mataræði*. Þær spurningar EDE-Q listans sem falla undir þann undirkvarða eru eftirfarandi; 7, 9, 19, 20 og 21. Líkt og á undirkvarðanum *hömlun* skoruðu langflestir þátttakendur ( $n=25$ ) á bilinu 0-1. Það voru sex þátttakendur með skor á bilinu 1,01-2 og að lokum voru þrír þátttakendur með skor á bilinu 2,01-3. Enginn þátttakandi reyndist vera með skor yfir 4.

Á mynd 5 má sjá skor þátttakenda á undirkvarðanum *áhyggjur af lögun*. Þær spurningar EDE-Q listans sem falla undir þann undirkvarða eru eftirfarandi; 6, 8, 11, 13, 23, 26, 27 og 28. Hér má sjá að skorið dreifist örlítið meira, en flestir þátttakendur ( $n=14$ ) skora á bilinu 0-1. Því næst eru tíu þátttakendur sem skora á bilinu 1,01-2. Fimm þátttakendur skoruðu á bilinu 2,01-

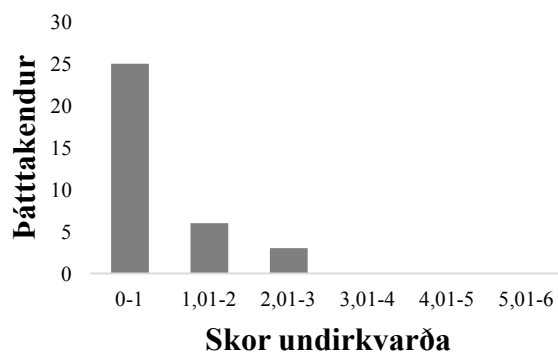
3 og tveir þátttakendur sem skoruðu á bilinu 3,01-4. Að lokum voru svo tveir þátttakendur sem skoruðu á bilinu 4,01-5 og einn þátttakandi sem skoraði á bilinu 5,01-6.

Á mynd 6 má sjá skor þátttakenda á undirkvarðanum *áhyggjur af þyngd*. Þær spurningar EDE-Q listans sem falla undir þann undirkvarða eru eftirfarandi; 8, 12, 22, 24 og 25. Skor þátttakenda dreifast einnig meira á þessum undirkvarða líkt og á undirkvarðanum *áhyggjur af lögum*. Flestir þátttakendur ( $n=17$ ) skoruðu á bilinu 0-1. Sex þátttakendur skoruðu á bilinu 1,01-2 og fimm þátttakendur sem skoruðu á bilinu 2,01-3. Tveir þátttakendur skoruðu á bilinu 3,01-4. Þrír þátttakendur skoruðu á bilinu 4,01-5 og einn þátttakandi skoraði á bilinu 5,01-6.

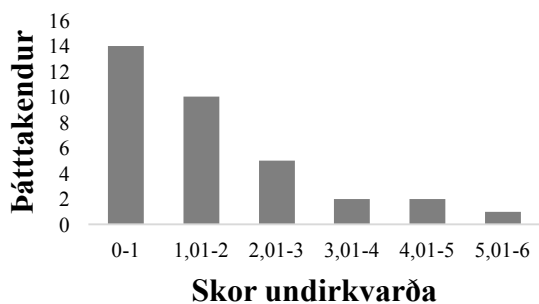
Með þessum niðurstöðum getum við því ályktað að þátttakendur rannsóknar hafi meiri áhyggjur lögum sinni og þyngd heldur en að sýna hömlun og áhyggjur af mataræði. Þegar hins vegar er lítið er til heildarskors þátttakenda á EDE-Q listanum (sjá mynd 7) má sjá að langflestir þátttakenda ( $n=21$ ) skora á bilinu 0-1. Það voru fimm þátttakendur sem skoruðu á bilinu 1,01-2 og einnig voru fimm þátttakendur sem skoruðu á bilinu 2,01-3. Að lokum má sjá að þrír þátttakendur skora á bilinu 3,01-4. Ákveðið var að skoða hvert heildarskor þeirra þriggja þátttakenda væri nákvæmlega, með það að leiðarljósi að sjá hvort einhver af þeim hefði skorað nákvæmlega 4. Skorin voru þó á bilinu 3,4-3,7. Enginn þátttakandi skorar á bilinu 4,01-5 eða 5,01-6. Með þessum niðurstöðum getum við því ályktað að enginn þátttakandi rannsóknar telst til klínískrar marktectar. En skor hærra en 4, 5 eða 6 á EDE-Q spurningarlistanum telst til klínískrar marktectar.



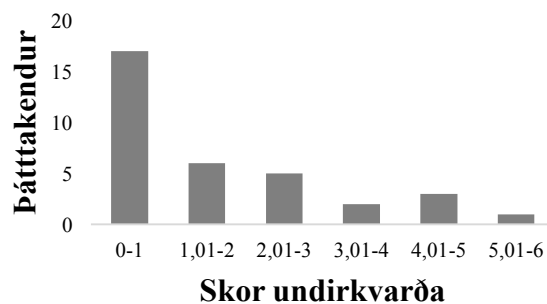
Mynd 3. Skor á Hömlun



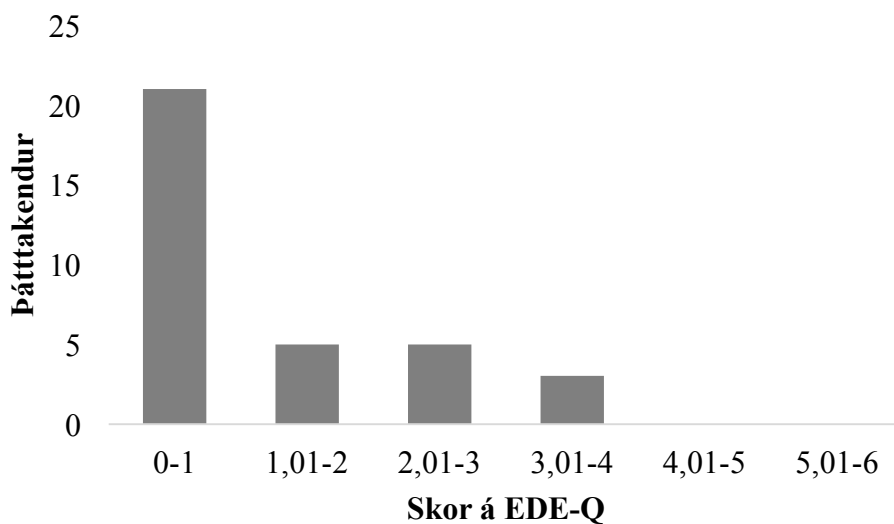
Mynd 4. Skor á Áhyggjur af mataræði



Mynd 5. Skor á Áhyggjur af lögun



Mynd 6. Skor á Áhyggjur af þyngd



Mynd 7. Heildarskor þáttakenda á EDE-Q

Í töflu 7 má sjá niðurstöður úr tveimur rannsóknum sem gerðar hafa verið á Íslandi sem beinast að átröskun. Annars vegar eru það niðurstöður úr rannsókn Sólveigar Maríu Ólafsdóttur (2011) þar sem hún kannaði próffræðilega eiginleika EDE-Q. Þátttakendur úr rannsókn Sólveigar voru íslenskir kvenkyns átröskunarsjúklingar og íslenskar háskóla konur. Hins vegar eru það niðurstöður úr rannsókn Klöru Lindar Þorsteinsdóttur (2013) sem kannaði algengi átröskunareinkenna meðal íþróttakvenna í handknattleik, fimleikum og ballett. Ákveðið var að bera saman niðurstöður úr rannsóknum þeirra Sólveigar og Klöru við niðurstöður úr ofangreindri rannsókn. Í töflu 7 má sjá skor allra rannsókna á EDE-Q kvarða.

Tafla 7

*Samanburður rannsókna á EDE-Q kvarða*

EDE-Q kvarði	Ísl. K.knl. konur (N:34)	Ísl. H.knl. konur (N:57)*	Ísl. Fiml. konur (N:24)*	Ísl. Ballet konur (N:15)*	Ísl. átr. Sjúkl. (N:14)**	Ísl. háskóla konur (N:173)**
Hömlun	0,53	2,11	2,71	2,06	2,60	1,19
Áhyggjur af mataræði	0,59	1,64	1,76	1,33	2,36	0,62
Áhyggjur af lögun	1,62	3,45	3,86	3,08	4,20	2,60
Áhyggjur af þyngd	1,62	2,89	3,06	2,53	3,36	2,14
Heildarskor	1,09	2,52	2,85	2,25	3,13	1,64

\*Rannsókn Klöru Lindar Þorsteinsdóttur, 2013

\*\*Rannsókn Sólveigar Maríu Ólafsdóttur, 2011

Notast var við T-próf óháðra úrtaka til að skoða hvort marktækur munur væri á skori íslenskra kvenna í körfuknattleik og annarra íslenskra íþróttakvenna, þ.e. í handknattleik, fimleikum og ballett. Það reyndist vera marktækur munur á skori íslenskra körfuknattleikskvenna og íslenskra handknattleikskvenna ( $t_{(89)}=-6,06$ ,  $p<0,05$ ). Marktækur munur reyndist einnig vera á skori íslenskra körfuknattleikskvenna og kvenna í fimleikum ( $t_{(56)}=-5,73$ ,  $p<0,05$ ). Einnig reyndist vera marktækur munur á skori íslenskra kvenna í körfuknattleik og kvenna í ballett ( $t_{(47)}=-3,71$ ,  $p<0,05$ ). Með þessum niðurstöðum má því álykta að íslenskar konur í körfuknattleik skora lægra á heildarskori EDE-Q kvarðans heldur en íslenskar íþróttakonur í handknattleik, fimleikum og ballett.

Notast var við T-próf óháðra úrtaka þegar borið var saman skor íslenskra körfuknattleikskvenna við íslenska átröskunarsjúklinga og íslenskar háskólakonur. Það reyndist vera marktækur munur á skori íslenskra kvenna í körfuknattleik og skori íslenskra átröskunarsjúklinga ( $t_{(46)}=-5,06$ ,  $p<0,05$ ). Einnig reyndist vera marktækur munur á skori íslenskra kvenna í körfuknattleik og íslenskra kvenna í háskóla ( $t_{(205)}=-2,59$ ,  $p<0,05$ ). Með þessum niðurstöðum má því álykta að íslenskar konur í körfuknattleik skori lægra en íslenskir átröskunarsjúklingar og íslenskar háskólakonur á EDE-Q.

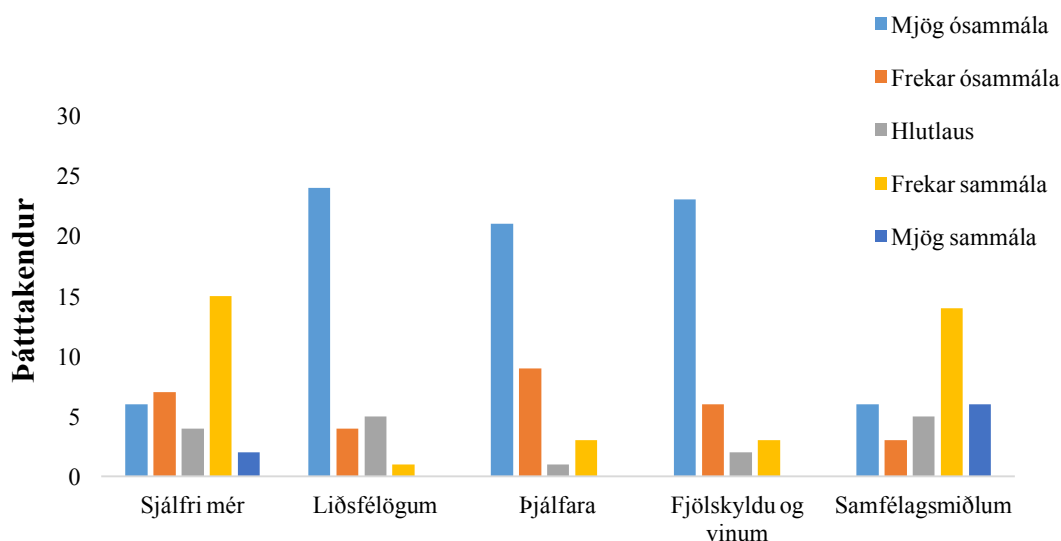
Til að meta áreiðanleika spurningarlistans EDE-Q úr ofangreindi rannsókn var notast við áreiðanleika Cronbach's (e. *Cronbach Alpha*). Niðurstöður sýndu áreiðanleika upp á 0,96 (Sjá töflu 8). Ef áreiðanleiki er 0,7 eða hærri telst hann vera ásættanlegur, ef hann er hærri en 0,9 þá telst hann vera framúrskarandi í sálfræðilegum prófum. Það má því ætla að áreiðanleiki spurningalistans í þessari rannsókn sé framúrskarandi.

Tafla 8

*Tafla áreiðanleika spurningarlistans EDE-Q*

Áreiðanleiki		
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha, áreiðanleiki einstakra prófatriða	Fjöldi atriða
0,96	0,96	22

**Pressa um grannt holdarfar**



**Frá hverjum kemur pressan um grannt holdarfar?**

Mynd 8. Heildaryfirlit yfir hvaðan þátttakendur finna fyrir pressu um að vera með grannt holdarfar.

Í spurningarlista sem rannsakandi samdi voru þátttakendur spurðir hvort og hvaðan þeir myndu finna mestri pressu um að vera með grannt holdarfar. Á mynd 8 má sjá heildaryfirlit yfir hvaðan þátttakendur finna helst fyrir pressu um grannt holdarfar. Meirihluti þátttakenda er mjög ósammála því að pressa um að vera með grannt holdarfar komi frá liðsfélögum ( $n=24$ ), þjálfara ( $n=21$ ) eða fjölskyldu og vinum ( $n=23$ ). Aðeins þrír þátttakendur eru frekar sammála um að pressa komi frá þjálfara um grannt holdarfar og einnig eru þrír þátttakendur frekar sammála um að það komi pressa frá fjölskyldu og vinum. Flestir þátttakendur eru frekar sammála um að finna fyrir pressu frá sjálfum sér ( $n=15$ ) um að vera með grannt holdarfar, eða pressu frá samfélagsmiðlum ( $n=14$ ) um að vera með grannt holdarfar. Einnig eru sex þátttakendur mjög sammála því að pressa komi frá samfélagsmiðlum um að vera með grannt holdarfar. Þegar keyrð var fylgni á aldri þátttakenda og pressu um grannt holdarfar, leiddu niðurstöður í ljós að eftir því sem þátttakendur eldast því minni pressu fundu þeir frá samfélagsmiðlum. Þessar niðurstöður voru þó ómarktækar, eflaust vegna þess að úrtak rannsóknarinnar er heldur lítið.

### Umræður

Meginmarkmið þessarar rannsóknar var fyrst og fremst að kanna algengi íþróttátröskunar meðal kvenna í úrvaldsdeild í körfuknattleik á Íslandi. Ásamt því var kannað hvort leikmenn myndu fyrir sérstakri pressu frá liðsfélögum, þjálfara, fjölskyldu eða vinum, samfélagsmiðlum eða sjálfum sér um að vera grannar. Samtals tóku 43 íslenskar körfuknattleikskonur þátt í rannsókninni og um megindelega rannsókn var að ræða.

Niðurstöður rannsóknarinnar gefa til kynna að 67% íslenskra körfuknattleikskvenna eru í kjörþyngd, en 33% eru í yfirþyngd. Þegar litið er til aukaæfinga eru nokkuð margir leikmenn sem virðast æfa mikið aukalega þrátt fyrir að stunda hinar hefðbundnu körfuknattleiksæfingar og leiki 5-8 sinnum í viku. Íþróttamenn stunda oft fleiri æfingar heldur en nauðsynlegt er, í þeim tilgangi að minnka hitaeiningatöku til að koma í veg fyrir þyngdaraukningu. En íþróttátröskun einkennist meðal annars af hræðslu við að þyngjast eða fitna (Sundgot-Borgen og Torstveit, 2004). Það er því umhugsunarvert hvort þeir leikmenn sem stunda mikið af aukaæfingum geri það í þeim tilgangi að öðlast styrk og verða betri í körfuknattleik, eða í þeim tilgangi til að grenna sig eða viðhalda líkamslögun og þyngd. En þeir íþróttamenn sem vilja ná árangri setja sér háleit markmið (Sundgot-Borgen og Torstveit, 2004).

Helstu niðurstöður rannsóknarinnar sýndu að þátttakendur skoruðu í langflestum tilfellum mjög lágt á EDE-Q kvarðanum og var meðaltal heildarskors þátttakenda 1,09. Þegar litið var til undirkrvarðanna *hömlun* og *áhyggjur af mataræði* voru skorin mjög lág en þau voru heldur dreifðari og hærri á undirkrvörðunum *áhyggjur af lögun* og *áhyggjur af þyngd*. En á þeim undirkrvörðum mátti sjá að nokkrir þátttakendur skoruðu 4 eða herra sem telst vera til klínískrar marktæktar. Þessar niðurstöður styðja við rannsókn Engels o.fl. (2003) þar sem niðurstöður sýndu að íþróttamenn sem stunduðu körfuknattleik sýndu meiri tilhneigingu til að vilja grennast heldur en þeir sem stunduðu aðrar íþróttir á borð við fótbolta og langhlaup. En í þessari sömu rannsókn var tíðni hömlunar lág hjá körfuknattleiks fólki, alveg eins og í ofangreindri rannsókn. Algengi íþróttátröskunar meðal kvenna í körfuknattleik á Íslandi er lágt, en rannsóknir hafa einmitt sýnt að algengi átraskanna virðist vera lágt í liðs- og boltaíþróttum, eins og körfuknattleik, samanborið við fagurfræðilegar íþróttir, eins og t.d. fimleika, ballet, róður og aðrar íþróttir þar sem lág líkamspyngd er talin vera kostur (Joy o.fl., 2016; Somasundaram og Burgess, 2018). Svo niðurstöður þessarar rannsóknar ríma við niðurstöður úr þeim sambærilegu erlendu rannsóknum sem farið var yfir.

Niðurstöður rannsóknar í samanburði við aðrar íslenskar konur leiddu í ljós að marktækur munur reyndist vera á körfuknattleikskonum á Íslandi og öðrum íslenskum íþróttakonum, sem stunduðu handknattleik, fimleika og ballett. Einnig reyndist vera marktækur

munur á íslenskum körfuknattleikskonum og átröskunarsjúklingum, sem og íslenskum körfuknattleikskonum og háskólakonum. Þessar niðurstöður eru ekki í samræmi við fyrri rannsóknir, en miðað við þær rannsóknir hefði mátt búast við því að körfuknattleikskonur og handknattleikskonur væru með svipaðar niðurstöður á heildarskori EDE-Q þar sem um ræðir boltagreinar og liðsíþróttir, en svo var ekki. Niðurstöður samræmast þó fyrri rannsóknum þegar um ræðir marktækan mun meðal kvenna í körfuknattleik annars vegar og kvenna í fimleikum og kvenna í ballett hins vegar. Átröskun er breytileg eftir umhverfi og er talin algengari í íþróttum eins og ballett og fimleikum, frekar en í körfu- og handknattleik (Joy o.fl., 2016; Somasundaram og Burgess, 2018). En þessar niðurstöður styðja því einnig við niðurstöður úr rannsókn Sundgot-Borgen og Torstveit (2004) þar sem fagurfræðilegar greinar sýndu 47% algengi átraskana og þar sem boltaíþróttir sýndu einungis 16% algengi átraskana. Einnig styður þetta við niðurstöður úr rannsókn Thiemann o.fl. (2015) þar sem algengi átraskana mældist hæst 17% í fagurfræðilegum greinum en einungis 3% í boltagreinum. Konur sem stunda fagurfræðilegar íþróttir hafa almennt meiri áhyggjur af líkamsþyngd og lögum, ásamt því að sýna óeðlilega hegðun í mataræði heldur en þær konur sem stunda liðsíþróttir (Sudi o.fl., 2004). Niðurstöður sem sýndu annars vegar marktækan mun meðal kvenna í körfuknattleik og átröskunarsjúklinga, og hins vegar marktækan mun á meðal kvenna í körfuknattleik og kvenna í háskóla, virðast ekki samræmast því sem fyrri rannsóknir hafa sýnt fram á. En í ljós kom að körfuknattleikskonur skorðu lægra heldur en bæði háskólakonur og átröskunarsjúklingar á EDE-Q kvarðanum. Rannsóknir hafa sýnt að íþróttamenn eru í meiri hættu á að þróa með sér átraskanir heldur en þeir sem stunda ekki íþróttir (Joy o.fl., 2016). Niðurstöður úr rannsókn Byrne og McLean (2002) leiddu t.a.m. í ljós að þeir sem stunduðu körfuknattleik hafi hærri algengi átröskunar en þeir sem ekki stunda íþróttir. Möguleg ástæða fyrir þessu gæti þó verið að úrtak þessarar rannsóknar var heldur lítið og einnig ber að hafa í huga að úrtaksaðferðir rannsóknanna eru ólíkar. Konurnar í hópi átröskunarsjúklinga voru t.a.m. allar í eftirliti eða meðferð hjá meðferðaraðila átröskunarteymis, auk þess sem þær höfðu fengið greiningu lystrarstols, lotugræðgis eða átröskun ekki nánar skilgreind (Sólveig María Ólafsdóttir, 2011).

Niðurstöður úr rannsókn Arthur-Cameselle o.fl. (2017) gáfu til kynna að íþróttakonur fyndu fyrir pressu frá bæði þjálfurum og liðsfélögum um líkamslögun og þyngd. En athugasemdir frá þjálfara geta verið hættulegar þar sem íþróttakonur geta þróað með sér óeðlilegar matarvenjur í kjölfarið (McGannon og McMahon, 2019). Niðurstöður þessarar rannsóknar ríma ekki við niðurstöður úr rannsókn Arthur-Cameselle o.fl. (2017), því í ljós kom að lang flestar íslenskar körfuknattleikskonur finna enga sérstaka pressu frá þjálfara eða liðsfélögum um grannt holdarfar. Mesta pressan um að vera með grannt holdarfar kom hins



vegur frá þátttakendum sjálfum. En eins og áður sagði þá setja íþróttamenn sér háleit markmið (Sundgot-Borgen og Torstveit, 2004) og því getur það verið ein ástæða þess að pressa vegur hvað þyngst frá íþróttamanninum sjálfum. Þátttakendur tilgreindu einnig að mesta pressan kæmi frá samfélagsmiðlum. Yngri (18 til 24 ára) leikmenn fundu fyrir meiri pressu frá samfélagsmiðlum heldur en eldri (25 til 31 árs) leikmenn. Rannsakenda fannst það heldur áhugavert þar sem mikil samfélagsmiðlavæðing ríkir nú og geta birtingar á myndum af hinum fullkomna líkama ýtt undir óánægju kvenna með líkama sinn og í kjölfarið valdið átröskunum (Perloff, 2014). Því er forvitnilegt að vita hvað veldur því að yngri leikmenn finna fyrir meiri pressu frá samfélagsmiðlum. Eru yngri leikmenn mögulega að bera sig saman við aðra á samfélagsmiðlum heldur en eldri leikmenn? Eða eyða eldri leikmenn ekki jafn miklum tíma við að skoða samfélagsmiðla og þeir yngri? Það væri áhugavert að dýpka skilning á því hvað það er nákvæmlega sem veldur þessari pressu og af hverju yngri leikmenn virðast finna fyrir meiri pressu frá samfélagsmiðlum.

Við gerð þessarar rannsóknar hefði mátt huga betur að ákveðnum þáttum. Úrtakið var heldur lítið og því getur verið erfitt að fá heildarsýn yfir íþróttátröskun meðal kvenna í úrvaldsdeild í körfuknattleik á Íslandi og getur einnig gefið skakka mynd af því sem raunverulegt er. Niðurstöður rannsóknar hefðu mögulega verið aðrar ef um fleiri þátttakendur hefði verið að ræða. Einnig hefði verið áhugavert að hafa samanburðarhóp úr körfuknattleik, t.d. fyrstu deild kvenna, en rannsóknir hafa sýnt að afreksíþróttamenn þróa heldur með sér íþróttátröskun heldur en hinn almenni íþróttamaður. Samanburð við leikmenn úr stúlknaflökki hefði einnig verið áhugavert að skoða vegna þess að talið er að átröskun hefjist á aldrinum 14-18 ára og er talin hrjá fyrst og fremst ungar konur. Jafnvel hefði verið áhugavert að skoða úrvaldsdeild karla í körfuknattleik þar sem konur eru taldar vera í meiri áhættuhóp vegna átraskana heldur en karlar (Sundgot-Borgen og Torstveit, 2010; Sudi o.fl., 2004, Sigurlaug María Jónsdóttir og Guðlaug Þorsteinsdóttir, 2006; Sundgot-Borgen og Torstveit, 2004). Að lokum hefði verið áhugavert að dýpka skilning á hversu alvarleg pressan frá leikmönnum er á sjálfa sig varðandi grannt holdarfar og einnig hvort birtingarmyndir á hinum fullkomna líkama sé sú pressa sem leikmenn finna fyrir frá samfélagsmiðlum eða eitthvað annað.

Í fyrstu komu boltagreinar ekki til greina sem áhættuhópur fyrir íþróttátröskun. En algengi íþróttátröskunar hefur farið vaxandi meðal þeirra íþróttamanna (Sundgot-Borgen og Torstveit, 2004). Það virðist þó vera, miðað við niðurstöður úr ofangreindri rannsókn, að algengi íþróttátröskunar meðal kvenna í úrvaldsdeild í körfuknattleik á Íslandi sé verulega lágt, en enginn þátttakandi rannsóknar telst til klínískrar marktakar. Eins og áður hefur komið fram þá er úrtakið þó heldur lítið og sýnir því mögulega ekki rétta mynd af raunveruleikanum.

Algengi átröskunareinkenna gæti því mögulega verið hærra en niðurstöður þessarar rannsóknar leiða í ljós. Einnig má hafa í huga að íþróttamenn eiga það til að vanmeta óreglulegar matarvenjur og átraskanir (Bratland-Sanda og Sundgot-Borgen, 2013).

Afar fáar rannsóknir á íþróttátröskun hafa verið gerðar á Íslandi. Rannsakandi telur því að það þurfi að gera frekari rannsóknir á íþróttátröskunum á Íslandi, þ.e.a.s. bæði í körfuknattleik og öðrum íþróttum, hafa úrtökin stærri og bæði meðal kvenna og karla. Einnig telur rannsakandi það vera mikilvægt að veita frekari fræðslu meðal íþróttamanna almennt á átröskunum. Átraskanir eru mjög alvarlegar geðraskanir sem geta leitt til dauða og ljóst er að margir þættir geta ýtt undir einkenni þeirra. Auk þess að margir gera sér ekki grein fyrir alvarleika þeirra.

**Heimildaskrá**

- American Psychological Association (APA). (2011, október). Eating disorders. Sótt 24. febrúar 2019 af <https://www.apa.org/helpcenter/eating>
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5. Útgáfa). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Arthur-Cameselle, J., Sossin, K. og Quatromoni, P. (2017). A qualitative analysis of factors related to eating disorder onset in female collegiate athletes and non-athletes. *Eating Disorders*, 25(3), 199-215. doi: 10.1080/10640266.2016.1258940
- Bratland-Sanda, S. og Sundgot-Borgen, J. (2013). Eating disorders in athletes: Overview of prevalence, risk factors and recommendations for prevention and treatment. *European Journal of Sport Science*, 13(5), 499-508. doi: 10.1080/17461391.2012.740504
- Byrne, S. og McLean, N. (2002). Elite athletes: Effects of the pressure to be thin. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 5(2), 80-94. doi: 10.1016/S1440-2440(02)80029-9
- Campbell, K. og Peebles, R. (2014). Eating Disorders in Children and Adolescents: State of the Art Review. *Pediatrics*, 134(3), 582-592. doi: 10.1542/peds.2014-0194
- Carter, J.C., Stewart, D.A. og Fairburn, C.G. (2001). Eating disorder examination questionnaire: norms for young adolescent girls. *Behaviour Research and Therapy*, 39(5), 625-632. doi: 10.1016/S0005-7967(00)00033-4
- Cooper, Z. og Fairburn, C.G. (2011). The Evolution of “Enhanced” Cognitive Behavior Therapy for Eating Disorders: Learning From Treatment Nonresponse. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18(3), 394-402. doi: 10.1016/j.cbpra.2010.07.007
- Dingemans, A.E., Bruna, M.J. og Van Furth, E.F. (2002). Binge eating disorder: a review. *International Journal of Obesity*, 26(3), 299-307.
- Embætti landlæknis. (2017, 16.01). ICD-10. Sótt 9. mars 2019 af <https://www.landlaeknir.is/tolfraedi-og-rannsoknir/flokkunarkerfi/icd-10/>
- Engel, S.G., Johnson, C., Powers, P.S., Crosby, R.D., Wonderlich, S.A., Wittrock, D.A. og

- Mitchell, J.E. (2003). Predictors of disordered eating in a sample of elite Division I college athletes. *Eating Behaviors*, 4(4), 333-343. doi: 10.1016/S1471-0153(03)00031-X
- Fairburn, C.G. (2008). *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*. New York. Guilford Press.
- Fairburn, C. G. og Harrison, P.J. (2003). Eating disorders. *The Lancet*, 361(9355), 407-416. doi: 10.1016/S0140-6736(03)12378-1
- Field, A. (2013). *Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics* (4. útgáfa). Bretland: SAGE: Publication
- Háskóli Íslands. (2014, 17. september). Aðferðir. Sótt 24. apríl 2019 af <http://fel.hi.is/adferdir>
- Íþróttasamband Íslands. (e.d.a). Forvarnir. Sótt 9. mars 2019 af <http://www.isi.is/fraedsla/forvarnir/>
- Íþróttasamband Íslands. (e.d.b). Afreksstefna ÍSÍ. Sótt 9. mars 2019 af <http://www.isi.is/afreksithrottir/afreksstefna-isi/>
- Jennings, K.M. og Phillips, K.E. (2017). Eating Disorder Examination-Questionnaire (EDE-Q): Norms for Clinical Sample of Female Adolescents with Anorexia Nervosa. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31(6), 578-581. doi: 10.1016/j.apnu.2017.08.002
- Jong, M.D., Korrelboom, K., Meer, I.V.D., Deen, M., Hoek, H.W. og Spinhoven, P. (2016). Effectiveness of enhanced cognitive behavioral therapy (CBT-E) for eating disorders: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 17(2016), 573. doi: 10.1186/s13063-016-1716-3
- Joy, E., Kussman, A. og Nattiv, A. (2016). 2016 upddate on eating disorders in athletes: A comprehensive narrative review with a focus on clinical assessment and management. *British Journal of Sports Medicine*, 50(3), 154-162. doi: 10.1136/bjsport-2015-095735

- Klara Lind Þorsteinsdóttir. (2013). *Átröskunareinkenni meðal íþróttakvenna í ballett, fimleikum og handbolta* (óútgefin BSc ritgerð). Sótt 29. mars af <https://skemman.is/bitstream/1946/16247/1/A%CC%81tro%CC%88skunareinkenni%20a%CC%81%20me%C3%B0al%20i%CC%81%C3%B0ero%CC%81ttakvenna%20i%CC%81%20ballett%2C%20fimleikum%20og%20handbolta.pdf>
- Körfuknattleikssamband Íslands (KKÍ). (e.d.). Afreksstefna. Sótt 9. mars 2019 af <http://www.kki.is/landslid/yngri-landslid/afreksstefna/>
- Mathes, W.F., Brownley, K.A., Mo, X. og Bulik, C.M. (2009). The biology of binge eating. *Appetite*, 52(3), 545-553. doi: 10.1016/j.appet.2009.03.005
- McGannon, K.R. og McMahon, J. (2019). Understanding female athlete disordered eating and recovery through narrative turning points in autobiographies. *Psychology of Sport and Exercise*, 40, 42-50. doi: 10.1016/j.psychsport.2018.09.003
- Mond, J.M., Hay, P.J., Rodgers, B., Owen, C. og Beumont, P.J.V. (2004a). Temporal stability of the Eating Disorder Examination Questionnaire. *International Journal of Eating Disorder*, 36(2), 195-203.
- Mond, J.M., Hay, P.J., Rodgers, B., Owen, C. og Beumont, P.J.V. (2004b). Validity of the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) in screening for eating disorders in community samples. *Behavior Research and Therapy*, 42(5), 551-567. doi: 10.1016/S0005-7967(03)00161-X
- Nuttall, F.Q. (2015). Body Mass Index: Obesity, BMI, and Health: A Critical Review. *Nutrition Today*, 50(3), 117-128. doi: 10.1097/NT.0000000000000092
- Perloff, R.M. (2014). Social Media Effects on Young Women's Body Image Concerns: Theoretical Perspectives and an Agenda for Research. *Sex Roles*, 71(11-12), 363-377. doi: 10.1007/s11199-014-0384-6
- Sigurlaug María Jónsdóttir og Guðlaug Þorsteinsdóttir. (2006). *Átraskanir: einkenni,*

- framvinda, faraldsfræði og tengsl við geðsjúkdóma. *Læknablaðið*, 92(2). Sótt 5. febrúar 2019 af <https://www.laeknabladid.is/2006/02/nr/2241>
- Somasundaram, P. og Burgess, A.M. (2018). The Role of Division III Sports Participation in the Relationship Between Perfectionism and Disordered Eating Symptomology. *Journal of Clinical Sport Psychology*, 12(1), 57-74. doi: 10.1123/jcsp.2017-0013
- Striegel-Moore, R.H., Rosselli, F., Perrin, N., DeBar, L., Wilson, G.T., May, A. og Kraemer, H.C. (2009). Gender Difference in the Prevalence of Eating Disorder Symptoms. *International Journal of Eating Disorders*, 42(5), 471-474. doi: 10.1002/eat.20625
- Sundgot-Borgen, J. og Torstveit, M.K. (2004). Prevalence of Eating Disorders in Elite Athletes Is Higher Than in the General Population. *Clinical Journal of Sport Medicine*, 14(1), 25-32.
- Sundgot-Borgen, J. og Torstveit, M.K. (2010). Aspects of disordered eating continuum in elite high-intensity sports. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 20(2), 112-121. doi: 10.1111/j.1600-0838.2010.01190.x
- Sudi, K., Öttl, K., Payerl, D., Baumgartl, P., Tauschmann, K. og Müller, W. (2004). Anorexia athletica. *Nutrition*, 20(7-8), 657-661. doi: 10.1016/j.nut.2004.04.019
- Sólveig María Ólafsdóttir. (2011). *Próffræðilegir eiginleikar íslenskrar þýðingar Eating Disorder Evaluation-Questionnaire (EDE-Q) og Clinical Impairment Assessment (CIA)* (meistararitgerð). Sótt 29. mars 2019 af <https://skemman.is/bitstream/1946/8799/1/S%C3%B3lveig%20Ritger%C3%B0%20.pdf>
- Tavakol, M. og Denrick, R. (2011). Making sense of Cronbach's alpha. *International Journal of Medical Education*, 2011(2), 53-55. doi: 10.5116/ijme.4dfb.8dfd
- Thiemann, P., Legenbauer, T., Vocks, S., Platen, P., Auyeung, B. og Herpertz, S. (2015).

Eating Disorders and Their Putative Risk Factors Among Female German Professional Athletes. *European Eating Disorder Review*, 23(4), 269-276. doi: 10.1002/erv.2360

Welch, E., Birgegård, A., Parling, T. og Ghaderi, A. (2011). Eating disorder examination questionnaire and clinical impairment assessment questionnaire: General population and clinical norms for young adult women in Sweden. *Behavior Research and Therapy*, 49(2), 85-91. doi: 10.1016/j.brat.2010.10.010

Wilson, G.T., Wilfley, D.E., Agras, W.S. og Bryson, S.W. (2010). Psychological Treatments of Binge Eating Disorders. *Archives of General Psychiatry*, 67(1), 94-101. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2009.170

**Viðauki A**

Spurningarlisti rannsakanda

**Vinsamlegast svaraðu eftirfarandi spurningum. Athugaðu að aðeins einn svarmöguleiki á við hvert svar.**

Vinsamlegast tilgreindu aldur \_\_\_\_\_

1. Hvað æfir þú körfubolta að meðaltali oft í viku, ásamt leikjum?  
1-2 sinnum í viku?  
3-4 sinnum í viku?  
5-6 sinnum í viku?  
7-8 sinnum í viku?  
9 sinnum eða oftar í viku
2. Fyrir utan fastar körfuboltaæfingar og leiki, hversu oft æfir þú aukalega á viku (hér er um að ræða lyftingar/þrek og/eða einstaklingsæfingar í körfubolta)?  
1-2 sinnum í viku  
3-4 sinnum í viku  
5-6 sinnum í viku  
7-8 sinnum í viku  
9 sinnum eða oftar í viku  
Ég æfi ekki aukalega

**Vinsamlegast svaraðu eftirfarandi fullyrðingum. Athugaðu að aðeins einn svarmöguleiki á við hvert svar.**

1. Ég hef áhyggjur af líkamslögun og þyngd minni.  
Mjög ósammála  
Frekar ósammála  
Hlutlaus  
Frekar sammála  
Mjög sammála
2. Ég hef áhyggjur af því hvað öðrum finnst um líkamslögun og þyngd mína.  
Mjög ósammála  
Frekar ósammála  
Hlutlaus  
Frekar sammála  
Mjög sammála



3. Ég set pressu á sjálfa mig um grannt holdafar.
  - Mjög ósammála
  - Frekar ósammála
  - Hlutlaus
  - Frekar sammála
  - Mjög sammála
  
4. Ég finn fyrir pressu frá liðsfélögum mínum um grannt holdafar
  - Mjög ósammála
  - Frekar ósammála
  - Hlutlaus
  - Frekar sammála
  - Mjög sammála
  
5. Ég finn fyrir pressu frá þjálfara mínum um grannt holdafar.
  - Mjög ósammála
  - Frekar ósammála
  - Hlutlaus
  - Frekar sammála
  - Mjög sammála
  
6. Ég finn fyrir pressu frá fjölskyldu og/eða vinum um grannt holdafar.
  - Mjög ósammála
  - Frekar ósammála
  - Hlutlaus
  - Frekar sammála
  - Mjög sammála
  
7. Ég finn fyrir pressu frá samfélagsmiðlum um grannt holdafar
  - Mjög ósammála
  - Frekar ósammála
  - Hlutlaus
  - Frekar sammála
  - Mjög sammála
  
8. Ég tel að líkamsþyngd mín hafi áhrif á getu mína í körfubolta.
  - Mjög ósammála
  - Frekar ósammála
  - Hlutlaus
  - Frekar sammála
  - Mjög sammála







Hver er þyngd þín í dag? .....

Hver er hæð þín? .....

Ef þú ert kona: hefur þú misst úr blæðingar síðustu 3-4 mánuðina? .....

Ef svo er, hversu oft? .....

Hefur þú verið að taka „pilluna“? .....

Eating Disorder Examination Questionnaire í þýðingu Sólveigar Maríu Ólafsdóttur.

**Viðauki C**

Yfirlýsing til þátttakenda

Kæri þátttakandi.

Ég heiti Björg Guðrún Einarsdóttir og stunda nám í Sálfræði við Háskólann á Akureyri. Lokaverkefni mitt felst í því að gera rannsókn á átröskunareinkennum kvenna í körfuknattleik á Íslandi. Gættu þess að lesa spurningar og fyrirmæli vel yfir. Svörin eru ekki með neinum hætti rekjanleg til þátttakanda.

Takk fyrir þáttökuna.