

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

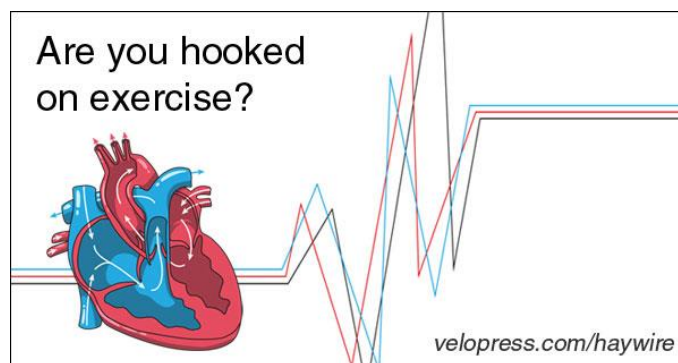
Τμήμα Ιατρικής

Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών:

«Αντιμετώπιση εξαρτήσεων – Εξαρτησιολογία»

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Εξάρτηση από την άθληση»



Επιμέλεια πτυχιακής εργασίας: Αργύρη Ουρανία
Επιβλέπων καθηγητής: Μινέρβα-Μελομένη Μαλλιώρη

Ιωάννινα 2018

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Περίληψη	3
Εισαγωγή	4
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. Εξαρτημένη άσκηση	7
1.1 Ορισμοί	7
1.2 Είδη εξάρτησης	8
1.2.1 Θετική εξάρτηση	9
1.2.2 Αρνητική εξάρτηση	10
1.3 Πιθανές βλάβες	11
1.3.1 Από το παρελθόν στο σήμερα: Η εξέλιξη των ερευνών	12
1.3.2 Η σχέση	13
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. Σκοπός της έρευνας	16
2.1 Μεθοδολογία – Συμμετέχοντες	17
2.2 Ερευνητικό εργαλείο – Ερευνητική διαδικασία	17
2.3 Στατιστική ανάλυση	19
2.4 Μετρήσεις	19
2.4.1 Εξάρτηση από την άθληση	19
2.4.2 Διατροφικές Διαταραχές	22
2.4.3 Άλλες συνήθειες	22
2.4.4 ΕΑΠΤ	22
2.5 Πολιτισμική προσαρμογή του δείγματος	23
2.6 Αποτελέσματα και ανάλυσή τους	24
2.6.1 Περιγραφή του δείγματος	24
2.6.2 Συζήτηση και σύγκριση αποτελεσμάτων	34
2.6.3 Προτάσεις και περιορισμοί στη βιβλιογραφία	43
Βιβλιογραφία	43
Παράρτημα	47

Περίληψη

Ο πρώτος στόχος της μελέτης ήταν η διεύρυνση του ποσοστού εξάρτησης από την άσκηση στους ασκούμενους (άνδρες-γυναίκες) ενός τυπικού γυμναστηρίου και εν προκειμένω στα Ιωάννινα. Δεύτερος στόχος ήταν να εξετάσει το πώς και αν συνδέεται η εξάρτηση από την άθληση, με τις διατροφικές διαταραχές. Ο τρίτος στόχος ήταν να διερευνηθεί η πιθανή συνύπαρξη εξάρτησης από την άθληση με τη χρήση άλλων εξαρτησιογόνων ουσιών, όπως η νικοτίνη και η χρήση συμπληρωμάτων διατροφής. Τέταρτος και τελευταίος στόχος μας ήταν ο έλεγχος της ευαισθησίας του ερωτηματολογίου AUDIT για την αξιολόγηση της εξάρτησης από την άσκηση.

Για την επίτευξη αυτών των στόχων χρησιμοποιήθηκαν 110 ερωτηματολόγια, που δόθηκαν στον ενεργό πληθυσμό, ενός γυμναστηρίου στην πόλη των Ιωαννίνων, ηλικίας 18-65 ετών. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι,

1. και στα δύο φύλα (άντρες και γυναίκες) υπάρχει ένα σημαντικό ποσοστό εξάρτησης από την άσκηση και είναι περίπου στο ίδιο ποσοστό ήπια εξαρτώμενα. Η ηλικιακή ομάδα με την υψηλότερη εξάρτηση από την άσκηση ήταν αυτή των 26-35 ετών (17.86%), ενώ από δημογραφικής άποψης πιο εξαρτημένοι είναι οι απόφοιτοι γυμνασίου ή λυκείου και οι ελεύθεροι επαγγελματίες.
2. Το 17,58% του δείγματος πάσχει από διατροφικές διαταραχές.
3. Ακολούθως, υψηλότερη εξάρτηση εμφανίζουν αυτοί που καπνίζουν λίγο και αυτοί που έχουν λάβει φαρμακευτική αγωγή για μυοσκελετικά προβλήματα.
4. Το ερωτηματολόγιο AUDIT μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την αξιολόγηση της εξάρτησης από την άσκηση.

Λέξεις-κλειδιά: εξάρτηση από την άσκηση, διατροφικές διαταραχές, κάπνισμα, φαρμακευτική αγωγή

Εισαγωγή

Η άσκηση έχει πολλαπλά οφέλη για το άτομο, τόσο στον τομέα της σωματικής όσο και της ψυχικής του υγείας και για τον λόγο αυτόν εκλαμβάνεται ως μία θετική συμπεριφορά.

Ωστόσο, υπάρχουν περιπτώσεις κατά τις οποίες οι ασκούμενοι χάνουν τον έλεγχο, με αποτέλεσμα να γίνεται πλέον λόγος για «εξάρτηση από την άσκηση»: «πρόκειται, δηλαδή, για την επιθυμία του ατόμου για σωματική άσκηση αναψυχής, που, όμως, οδηγεί σε ανεξέλεγκτη υπερβολική άσκηση και εκδηλώνεται με φυσιολογικά και / ή ψυχολογικά συμπτώματα» (Hausenblas&Downs, 2000a:90). Σε αρκετές μελέτες έχει προσδιοριστεί ότι σημαντικό ποσοστό μεταξύ των ατόμων που αθλούνται υπερβολικά, παρουσιάζει σημεία εξάρτησης από την άθληση. Η τελευταία μπορεί να ειπωθεί με δύο τρόπους: είτε ως «θετική» εξάρτηση -επειδή παράγει ψυχολογικά και φυσιολογικά οφέλη- είτε ως «αρνητική» εξάρτηση -όπου η εξάρτηση από την άσκηση δεν είναι στην πραγματικότητα πολύ διαφορετική από μία χημική εξάρτησή άλλης συμπεριφορική εξάρτηση- αν και ο όρος «εξάρτηση» από μόνος του έχει συνήθως μία αρνητική έννοια.

Όσον αφορά στην αρνητική πλευρά της εξάρτησης και συγκεκριμένα στον τομέα της υγείας, συχνά η υπερβολική σωματική άσκηση συνυπάρχει με διάφορες διατροφικές διαταραχές. Όπως τονίζουν οι Yatesetal (1994:958) «η δίαιτα και η άσκηση είναι ‘αδελφικές δραστηριότητες’ όσον αφορά στην αιτιολογία και ότι μια σοβαρή επένδυση σε μία από αυτές είναι πιθανό να συνοδεύεται από μια ανησυχία για την άλλη». Με άλλα λόγια, οι υπερβολικά ασκούμενοι μπορούν να υποδιαιρεθούν σε τουλάχιστον δύο ομάδες: εκείνοι για τους οποίους η άσκηση έχει ένα ιδιαίτερα φορτισμένο ψυχολογικό νόημα και εκείνους για τους οποίους δεν ισχύει κάτι τέτοιο. Έτσι, η διάθεση του ασκούμενου ως προς την άσκηση μπορεί να είναι το «κλειδί» για τη σύνδεση της προβληματικής σχέσης ανάμεσα στην άσκηση και τις διατροφικές διαταραχές (Ackard, Brehm and Steffe, 2002:33).

Αναμφισβήτητα, η περαιτέρω διερεύνηση της σχέσης των δύο αυτών καταστάσεων θα μπορούσε να δώσει ενδιαφέροντα στοιχεία για τησυννοσηρότητα

τους, καθώς και πολύτιμα στοιχεία, που θα βοηθήσουν στη διαφορική διάγνωση μεταξύ τους.

Στον τομέα της ψυχολογίας, δεδομένου ότι η σωματική άσκηση σχετίζεται γενικά με την καλή ψυχολογική υγεία, παρουσιάζει ιδιαίτερο κλινικό ενδιαφέρον η μελέτη της σχέσης της υπερβολικής σωματικής άσκησης με την παρουσία ψυχολογικών συμπτωμάτων. Μελέτες έχουν δείξει ότι πίσω από αυτήν τη διαταραχή μπορεί να υποκρύπτονται συμπτώματα νευρωτισμού, ψύχωσης, υπομανίας, παρορμητικότητας και εξωστρέφειας. Ο κατάλογος αναφορικά με τις αρνητικές συνέπειες που επιφέρει η εξαντλητική άσκηση είναι μακρύς. Πέραν, λοιπόν, των προαναφερθέντων, αυτός μπορεί να περιλαμβάνει, επίσης, το υπερβολικό άγχος και την κατάθλιψη, -ιδίως αν τα άτομα που ασκούνται εντατικά δεν βλέπουν τα επιθυμητά αποτελέσματα-, χαμηλή αυτοεκτίμηση και έντονη ανησυχία για το βάρος τους (Τσώλη, 2012)¹.

Η εξάρτηση από την άσκηση οδηγεί εν τέλει σε εθισμό, που πολλές φορές μπορεί να συγκριθεί με εκείνον που παρατηρείται σε συμπεριφορές, οι οποίες σχετίζονται με τα ναρκωτικά, το αλκοόλ, το διαδίκτυο κ.τ.λ.. Όπως όλοι οι εθισμοί, μάλιστα έτσι και ο εθισμός στην άσκηση βλάπτει σοβαρά την υγεία: ο κατάλογος των βλαβών είναι μακρύς και περιλαμβάνει μεταξύ άλλων μυοσκελετικούς τραυματισμούς, βλάβες στο καρδιαγγειακό σύστημα, αλλά και στη γονιμότητα.

Οι θεωρίες που έχουν αναλύσει και υποστηρίζει τον άμεσο βιολογικό τρόπο με τον οποίο η φυσική δραστηριότητα προκαλεί το αίσθημα της ικανοποίησης είναι: **(α) η υπόθεση της θερμογένεσης**, που υποστηρίζει ότι η άσκηση αυξάνει και ενισχύει τη θερμοκρασία του σώματος και αυτό έχει σαν αποτέλεσμα τη μείωση του μυϊκού τόνου και του σωματικού άγχους, **(β) η υπόθεση των κατεχολαμινών**, σύμφωνα με την οποία η φυσική άσκηση αυξάνει τα επίπεδα της προσοχής και της καλής διάθεσης, συμβάλλει στον έλεγχο των κινήσεων και επηρεάζει θετικά το ενδοκρινολογικό και το καρδιοαναπνευστικό σύστημα μέσω της ντοπαμίνης, της επινεφρίνης και της νορεπινεφρίνης και **(γ) η υπόθεση των ενδορφινών**, η οποία υποστηρίζει ότι η φυσική δραστηριότητα και η άσκηση παράγουν ενδογενείς μορφίνες και αυτές με τη σειρά τους προάγουν και ενισχύουν τα θετικά και ευχάριστα συναισθήματα.

¹<http://www.tovima.gr/science/article/?aid=464838> (ανακτήθηκε 17/3/2018)

Τα ερευνητικά ερωτήματα, τα οποία μας απασχόλησαν στην παρούσα εργασία, είναι τα εξής: -Ποιο είναι το ποσοστό εξάρτησης, των ατόμων ενός τυπικού γυμναστηρίου, από την άσκηση; -Ποια είναι η συσχέτιση της εξάρτησης από την άσκηση με τις διατροφικές διαταραχές (βλ. βουλιμία, ανορεξία) και -Πώς και αν συνυπάρχουν, η εξάρτηση από την άθληση με τη χρήση άλλων εξαρτησιογόνων ουσιών (βλ. νικοτίνη) και τη χρήση συμπληρωμάτων διατροφής;-Τέλος ποια η ευαισθησία του εργαλείου AUDIT στον εντοπισμό της εξάρτησης από την άθληση;

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. Εξαρτημένη άσκηση

Η άσκηση θεωρείται τόσο σωματικά όσο και ψυχολογικά ευεργετική για την υγεία (Bouchard et al., 1994). Ωστόσο, λίγοι άνθρωποι μπορεί ν' ασκούνται χωρίς περιορισμούς και σε επίσημους βαθμούς, προτρέποντας τους ερευνητές να συμφωνήσουν ότι η άσκηση μπορεί σε ορισμένες περιπτώσεις να γίνει εθιστική (Griffiths, 1997). Ο επιπολασμός της εξάρτησης από την άσκηση είναι πολύ σπάνιος στην πραγματικότητα (Veale, 1987, Szabo, 2000), αλλά όταν είναι παρούσα, οι αρνητικές συνέπειές της μπορεί να είναι καταστροφικές (Tery, Szabo and Griffiths, 2004:489). Όταν, λοιπόν, για κάποιους ανθρώπους η άσκηση γίνει εμμονή, τότε κάνουμε λόγο για «εξάρτηση από την άσκηση», που ορίζεται ως «μια διαδικασία που αναγκάζει ένα άτομο ν' ασκείται παρά τα εμπόδια και έχει ως αποτέλεσμα σωματικά και ψυχολογικά συμπτώματα, όταν αυτό αποσύρεται από την άσκηση» (Hurst, Hale, Smith and Collins, 2000:431).

1.1 Ορισμοί

Η απλή άσκηση, λοιπόν, μπορεί να εξελιχθεί σε εθισμό για ορισμένους και ο καθορισμός εθιστικών συμπεριφορών είναι, σε γενικές γραμμές, πολύπλοκος. Στο παρελθόν, οι ορισμοί του εθισμού περιορίζονταν στην κατάποση φαρμάκων και οινοπνεύματος. Πιο πρόσφατα, ορισμένες συμπεριφορές αντιμετωπίζονται ως δυνητικά εθιστικές μεταξύ των οποίων και η άσκηση (Griffiths, 1997, 2002 στο Tery, Szabo and Griffiths, 2004:489).

Ο όρος «εξάρτηση από την άσκηση» χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά για να περιγράψει περιπτώσεις «υπερανάλληψης» σε άσκηση από μεσήλικες κυρίως άντρες που συνέχισαν να τρέχουν παρά τους τραυματισμούς και τις άλλες επιπλοκές, που είχαν (Little 1969). Αυτή η παρατήρηση ενισχύθηκε από τη δυσκολία πρόσληψης συμμετεχόντων για να μελετήσουν τις συνέπειες της στέρησης της άσκησης στον ύπνο (Baekeland, 1970). Οι συμμετέχοντες δεν ήθελαν ν' απέχουν από την άσκηση, ακόμη και αν τους προσφέρονταν χρήματα. Ο Baekeland υποστήριξε ότι οι συμμετέχοντες ήταν εξαρτημένοι από την άσκηση εξαιτίας της ανικανότητάς τους ν' απέχουν από αυτήν. Ανέφερε, επίσης, ότι οι συμμετέχοντες παρουσίασαν πιθανά

συμπτώματα απόσυρσης που αποδεικνύονται από το αυξημένο άγχος, την ανησυχία, τη σεξουαλική ένταση και τον μειωμένο ύπνο (Allegre, Souville, Therme&Griffiths, 2006:631-632).

Παραδοσιακά, μπορούμε να κατανοήσουμε την εξάρτηση από την άσκηση ως μια διαδικασία που κάνει το άτομο να δεσμεύεται σε αυτήν, παρά μια εμφανή δυσκολία, όπως μια βλάβη ή μια ασθένεια που κανονικά θα το εμπόδιζε να ασκηθεί. Αυτή η εξάρτηση μπορεί να οδηγήσει σε φυσιολογικές και/ή ψυχολογικές διαταραχές (Modoiotetal., 2011:255).

Επιπλέον, οι Hausenblas και Downs (2002a:90) όρισαν την εξάρτηση από την άσκηση ως μια «λαχτάρα για τη σωματική δραστηριότητα στον ελεύθερο χρόνο, που οδηγεί σε ανεξέλεγκτη υπερβολική συμπεριφορά άσκησης και που εκδηλώνεται με φυσιολογικά ή/και ψυχολογικά συμπτώματα».

Τέλος, η εξάρτηση από την άσκηση έχει οριστεί ως «σωματική δραστηριότητα μ' ένα κανονικό αρχικά χρονοδιάγραμμα μία φορά ή περισσότερο ημερησίως, αλλά το άτομο ξεκινά να δίνει σταδιακά στην άσκηση αυξημένη προτεραιότητα έναντι άλλων δραστηριοτήτων» (De CoverleyVeale 1987 στο Adams and Kirkby, 1997:53). Αυτός ο ορισμός, που προτάθηκε από τον De CoverleyVeale (1987, 1995), έχει αποκτήσει και τη μεγαλύτερη αναγνωσιμότητα, καθώς περιλαμβάνει τόσο βιοϊατρικές (π.χ. ανοχή) όσο και ψυχοκοινωνικές προοπτικές (παρέμβαση στην κοινωνική και επαγγελματική λειτουργία) (Allegre, Souville, Therme&Griffiths, 2006:640).

Με βάση τις παρατηρήσεις αυτές, η έννοια της εξάρτησης από την άσκηση εμπίπτει στο γενικό πεδίο εξάρτησης -ένα πεδίο που έχει περιγραφεί ως κατάσταση «εννοιολογικού χάους» (Shaffer 1997). Αυτό τονίζεται από τις πολυάριθμες επίμαχες συζητήσεις στο πεδίο του εθισμού και της εξάρτησης, συμπεριλαμβανομένων βασικών θεμάτων, όπως είναι ο ορισμός (Morse 2004 στο Allegre, Souville, Therme&Griffiths, 2006:632).

1.2 Είδη εξάρτησης

Έχουν εξετασθεί τρία κριτήρια στη σχέση μεταξύ εθισμού και ασθένειας (Heyman 1996). Το πρώτο κριτήριο είναι ο βαθμός στον οποίο υπάρχει ένα αξιόπιστο μοτίβο σημείων και συμπτωμάτων. Το δεύτερο κριτήριο είναι ο βαθμός στον οποίο τα

εν λόγω σημεία και συμπτώματα θέτουν σε κίνδυνο την ευημερία. Το τρίτο κριτήριο είναι ο βαθμός στον οποίο τα σημεία και τα συμπτώματα είναι ακούσια. Ωστόσο, η εξάρτηση δεν περιορίζεται στη κατάχρηση εξαρτησιογόνων ουσιών αλλά μπορεί να περιλαμβάνει και συμπεριφορικές εξαρτήσεις (Orford 1985, Holden 2001, Griffiths 2005). Με τη διεύρυνση του πεδίου των εξαρτήσεων, δραστηριότητες, όπως το υπερβολικό παιχνίδι, ο τζόγος (Griffiths 1995), οι διατροφικές διαταραχές (Davis and Claridge 1998), η υπερβολική χρήση του Διαδικτύου (O'Reilly 1996), η υπερβολική άσκηση, έχουν τη δυνατότητα να περιγραφούν ως εθισμοί. Παρά τις πολλές ομοιότητες μεταξύ χημικών και συμπεριφοριστικών εθισμών, υπάρχουν και άλλες τόσες διαφορές (Marks 1990, Griffiths 2005). Από τις πρώτες μελέτες, που έγιναν σχετικά με την υπερβολική άσκηση, υπήρξε αυξημένο ενδιαφέρον για την εξάρτηση από την άσκηση (Allegre, Souville, Therme & Griffiths, 2006:632).

Σε μια προσπάθεια να εκτιμηθεί η εξάρτηση από την άσκηση, οι μελετητές έχουν χρησιμοποιήσει διαφορετικές μεθόδους, όπως ποιοτικές συνεντεύξεις (π.χ. Sachs και Pargman 1979, Bamberetal, 2000, Cox και Orford 2004) και μελέτες περιπτώσεων (Cripps 1995, Griffiths 1997) (π.χ. Ogdenetal, 1997, Loumidis and Wells 1998, Terryetal, 2004). Πέρα από αυτή τη μεθοδολογική ποικιλομορφία, οι εννοιολογικοποιήσεις της εξάρτησης από την άσκηση, έχουν αναφερθεί συστηματικά στη βιβλιογραφία. Κάθε νέος ορισμός ή μέτρο παρέχει κάποια πρόοδο στο περιεχόμενο της εξάρτησης από την άσκηση (Allegre, Souville, Therme & Griffiths, 2006:632).

1.2.1 Θετική εξάρτηση

Καθώς η άσκηση γενικά αποτελεί μια ευεργετική διαδικασία, αυτό το φαινόμενο περιγράφηκε από τους Carmack και Martens (1979) ως «θετική εξάρτηση» (Adams and Kirkby, 1997:53). Η εξάρτηση από την άσκηση ορίστηκε για πρώτη φορά ως «θετική εξάρτηση», επειδή θεωρήθηκε ότι παράγει ψυχολογικά και φυσιολογικά οφέλη (Glasser 1976). Για τον Glasser, η εξάρτηση από την άσκηση ήταν μια ευχάριστη δραστηριότητα που παρήγαγε εξαιρετική ευχαρίστηση (ευφορία), αυξημένη πνευματική δύναμη και εξασφάλιζε μυστική αυτοπεποίθηση. Η γενική σκέψη ήταν ότι ακόμα και η υπερβολική άσκηση κάνει τους ανθρώπους να «νιώθουν καλά». Η αντίληψη ότι η θετική εξάρτηση δεν κυριαρχεί στη ζωή του ανθρώπου και

οι συνέπειές της είναι ευεργετικές έρχονται βέβαια σε αντίθεση με την επιβλαβή χημική εξάρτηση (Allegre, Souville, Therme&Griffiths, 2006:633).

Για να γίνει καλύτερα αντιληπτή η έννοια της «θετικής εξάρτησης» χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της εις βάθος συνέντευξης, προκειμένου να εξεταστεί η έννοια της εξάρτησης από την άσκηση σε 12 ενήλικες άρρενες δρομείς (ηλικίας 23 έως 48 ετών) (Sachs and Pargman 1979). Σε αυτή τη μελέτη, η εξάρτηση της άσκησης ορίστηκε ως «τα άτομα που παρουσιάζουν ψυχολογική και/ή φυσιολογική εξάρτηση από ένα τακτικό πείραμα θεραπείας. Σε αυτά τα άτομα η ανεκπλήρωτη ανάγκη ή η επιθυμία να τρέξουν παράγει συμπτώματα στέρησης». Για τους Sachs και Pargman, η απόσυρση (δηλαδή το άγχος, η ενοχή, η ανησυχία, η δυσφορία και ο ερεθισμός) ήταν ένα σημαντικό χαρακτηριστικό της εξάρτησης από την άσκηση. Αυτά τα συμπτώματα εμφανίζονται συνήθως μετά από μια περίοδο 24 έως 36 ωρών κατά τη διάρκεια της οποίας τα άτομα δεν θα μπορούν να τρέξουν (Sachs and Pargman 1979 στο Allegre, Souville, Therme&Griffiths, 2006:633).

Η έννοια του «θετικού εθισμού» (Glasser, 1976), που πιθανώς εισήχθη για την αντιστάθμιση των αρνητικών συνεπειών του εθισμού στην άσκηση (βλ. Griffiths, 1997), συνεχίζει να παράγει εννοιολογική και λειτουργική σύγχυση, π.χ. μεταξύ της εμμονής και της δέσμευσης (Carmack&Martens, 1979), της εξάρτησης και της υγιεινής συνήθειας (Sachs&Pargman, 1979), του εμμονικού και του υποχρεωτικού ασκούμενου (Conboy, 1994) κ.ο.κ. (Aidman and Woollard, 2003:225).

1.2.2 Αρνητική εξάρτηση

Η εξάρτηση από την άσκηση έχει, επίσης, αναφερθεί ως «αρνητική εξάρτηση» (Hailey and Bailey 1982, Morgan 1979), νοσηρή άσκηση (Chalmers, 1985), φανατισμό της γυμναστικής (Little, 1979), αθλητική νεύρωση (Little, 1969) και υποχρεωτική λειτουργία (Yates et al, 1983) (Adams and Kirkby, 1997:53).

Σε αντίθεση με τον γενικά θετικό ορισμό της εξάρτησης από την άσκηση, ο Morgan (1979) παρουσίασε το τρέξιμο ως «wonderdrug» (φάρμακο, δηλαδή, στην πληγή) και εισηγήθηκε τον ορισμό για τον «αρνητικό εθισμό». Για τον Morgan, «η εξάρτηση είναι παρούσα αν ικανοποιούνται δύο απαιτήσεις: πρώτον, το άτομο πρέπει ν' απαιτεί καθημερινή άσκηση για να υπάρξει ή ν' αντιμετωπίζει την καθημερινότητα: ο δρομέας δεν μπορεί να ζήσει χωρίς να τρέξει. Δεύτερον, εάν

απέχει από την άσκηση, το άτομο εκδηλώνει διάφορα συμπτώματα απόσυρσης (π.χ. κατάθλιψη, άγχος ή ευερεθιστότητα)» (Morgan, 1979:61). Για τον Morgan, η εξάρτηση από την άσκηση δεν ήταν πραγματικά διαφορετική από μία χημική εξάρτηση (Allegre, Souville, Therme&Griffiths, 2006:634)

Ο Morgan περιγράφει περαιτέρω την εξάρτηση της άσκησης από την άποψη της ανοχής και της απόσυρσης. Η ευφορία, που σχετίζεται με τη λειτουργία, θα μπορούσε να διατηρηθεί αυξάνοντας τη δοσολογία. Τα συμπτώματα απόσυρσης (δηλαδή η κατάθλιψη, το άγχος και η ευερεθιστότητα) συνοδεύονταν από ανησυχία, αϋπνία και γενικευμένη κατάσταση κόπωσης όταν τα άτομα δεν μπορούσαν να τρέξουν. Επιπλέον, οι εξαρτημένοι δρομείς ανησυχούν λιγότερο για εξωτερικά θέματα (όπως η οικογένεια ή η δουλειά τους) και συνέχισαν να τρέχουν παρά τα ιατρικά προβλήματα. (Allegre, Souville, Therme&Griffiths, 2006:634).

1.3 Πιθανές βλάβες

Πολλές είναι οι βλάβες, που μπορεί να υποστεί ο ανθρώπινος οργανισμός, από την υπερβολική άσκηση, αφού είναι γεγονός πως ορισμός στην άσκηση βλάπτει σοβαρά την υγεία. Οι πιο συχνές βλάβες είναι οι μυοσκελετικοί τραυματισμοί, που μπορεί να περιλαμβάνουν μόνιμες βλάβες στα οστά, τους τένοντες και τους συνδέσμους, ευαισθησία σε λοιμώξεις, όπως, επίσης, το άτομο να νιώθει συνεχώς κουρασμένο και εξαντλημένο, καθώς η υπερβολική άσκηση οδηγεί σε κατάρρευση το ανοσοποιητικό σύστημα. Επιπλέον, «θύμα» της εξαντλητικής άσκησης μπορεί να πέσει και το καρδιαγγειακό σύστημα, η λεγόμενη «καρδιοπάθεια λόγω γυμναστικής» ή πιο γνωστή ως «φαινόμενο του Φειδιππίδη» (Τσώλη, 2012)².

Η υπερβολική άσκηση, όμως, αναφέρεται ευρέως ότι συνυπάρχει με τις διατροφικές διαταραχές. Πράγματι, πολλά από τα αναφερόμενα χαρακτηριστικά της εξάρτησης από την άσκηση είναι, επίσης, κοινά στους πάσχοντες από διατροφικές διαταραχές. Η έννοια της «δευτερεύουσας εξάρτησης από την άσκηση» έχει χρησιμοποιηθεί για να περιγράψει περιπτώσεις υπερβολικής άσκησης που συνδιάζεται με διατροφικές διαταραχές (Bamber, Cockerill and Carroll, 2000)³.

²<http://www.tovima.gr/science/article/?aid=464838> (ανακτήθηκε 17/3/2018)

³<http://bjsm.bmj.com/content/34/2/125> (ανακτήθηκε 29/3/2018)

Η προέλευση αυτής της συζήτησης πιθανότατα χρονολογείται από ένα έγγραφο των Yates, Leehey και Shisslak (1983), το οποίο εξέτασε τους δεσμούς μεταξύ των διατροφικών διαταραχών και της άσκησης. Στη μελέτη αυτή, οι υποχρεωτικοί δρομείς εμφανίζονταν παρόμοιοι με τους ανορεκτικούς ασθενείς όσον αφορά το οικογενειακό υπόβαθρο, την κοινωνικοοικονομική κατάσταση και τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας. Αυτά τα χαρακτηριστικά περιελάμβαναν πτυχές όπως η έκφραση του θυμού, η τελειομανία και η υψηλή αυτοεκτίμηση, η τάση για κοινωνική απομόνωση, η ανοχή στον πόνο και η σωματική δυσφορία και η τάση προς την κατάθλιψη. Αμφότερα τα σύνδρομα (υποχρεωτική λειτουργία και νευρική ανορεξία) αντικατοπτρίζουν παρόμοια αιτιολογικά και ψυχολογικά χαρακτηριστικά και θα μπορούσαν ενδεχομένως να θεωρηθούν ως «αδελφές δραστηριότητες» (Allegre, Souville, Therme&Griffiths, 2006:636).

1.3.1 Από το παρελθόν στο σήμερα: Η εξέλιξη των ερευνών

Ένα μικρό αλλά συναρπαστικό σώμα κλινικών στοιχείων οδήγησε ορισμένους ερευνητές στο συμπέρασμα ότι η σωματική δραστηριότητα μπορεί να καταλαμβάνει έναν πιο κεντρικό ρόλο στην ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών (Davis, Kennedy, Ravelski and Dionne, 1994:957). Ήδη από τις αρχές της δεκαετίας του 1970, η κατάχρηση έχει περιγραφεί ως ένα εξέχον και διαδεδομένο χαρακτηριστικό στην αιτιολογία, ανάπτυξη και διατήρηση διατροφικών διαταραχών (Beumont, Arthur, Russell&Touyz, 1994, Brewerton, Stelfson, Hibbs, Hodges&Cochrane, 1995, Bruch, 1973, Davis, 1997, Davisetai., 1997, Touyz, Beumont, &Hoek, 1987 στο CalogeroandPedrotty, 2004:274).

Το γεγονός αυτό κέντρισε το ενδιαφέρον των ερευνητών, που από τη δεκαετία του '90 έκαναν σημαντικές έρευνες για τη σχέση μεταξύ της ψυχαναγκαστικής άσκησης τόσο μεταξύ διατροφικών διαταραγμένων ασθενών όσο και μη κλινικών ομάδων (Davis, 2000 στο Meyeretal., 2011:174).

Στις πρώτες έρευνες, που έγιναν, υπήρξε μια διαμάχη σχετικά με τη σχέση μεταξύ της υπερβολικής άσκησης και των διατροφικών διαταραχών: ένα κεντρικό τμήμα της διαμάχης αυτής περιελάμβανε τις κοινότητες μεταξύ εκείνων που ασκούνταν υπερβολικά και εκείνων που είχαν περιοριστικές διατροφικές διαταραχές (δηλ. νευρική ανορεξία ή νευρική βουλιμία). Ενώ μερικές μελέτες έχουν υποδείξει μία σχέση μεταξύ αυτών που ασκούνται υπερβολικά με τις διατροφικές

διαταραχές (Brehm & Steffen, 1998, Epling & Pierce, 1988, Imm & Pruitt, 1991, Katz, 1986, Nudelman, 1989, Pasman & Thompson, 1988, Selby, Weinstein & Bird, 1990, Yates, Leehey & Shisslak, 1983, (Iannos & Tiggeman, 1997, Nudelman, Rosen & Leitenberg, 1988, Owens & Slade, 1987, Weight & Noakes, 1987), άλλες δεν έχουν αποδείξει αυτή τη σχέση. Τα αντικρουόμενα αποτελέσματα των μελετών αυτών μπορεί να σχετίζονται με τους υπό εξέταση πληθυσμούς ή με τη μέθοδο ταυτοποίησης των υπερβολικά ασκούμενων (Ackard, Brehm and Steffe, 2002:32).

Προηγούμενες μελέτες που δεν έβρισκαν ομοιότητες συνέκριναν συχνά τα συμπεριφορικά και ψυχολογικά χαρακτηριστικά των μικρών, ομοιογενών, αλλά εξαιρετικά επιλεκτικών ομάδων (δηλαδή των μαραθωνοδρόμων και των ψυχικά διαταραγμένων ασθενών). Ενώ πιο πρόσφατες μελέτες που χρησιμοποίησαν συγκριτικές ομάδες που προέρχονται από παρόμοιους πληθυσμούς, αναφέρουν κοινά σημεία μεταξύ των υπερβολικά ασκούμενων και των διατροφικά διαταραγμένων ατόμων (Ackard, Brehm and Steffe, 2002:32).

Μία βασική διαπίστωση της μελέτης των Steffen και Brehm (1999) ήταν η εξής: δεν είναι η ποσότητα άσκησης, αλλά μάλλον η αρνητική συναισθηματικότητα που σχετίζεται με τη δραστηριότητα, η οποία μπορεί να συνδέει την άσκηση με τις διατροφικές διαταραχές. Με άλλα λόγια, οι υπερβολικά ασκούμενοι μπορούν να υποδιαιρεθούν σε τουλάχιστον δύο ομάδες: εκείνοι για τους οποίους η άσκηση έχει ένα ιδιαίτερα φορτισμένο ψυχολογικό νόημα και εκείνους για τους οποίους δεν υπάρχει κάτι τέτοιο. Έτσι, η διάθεση του ασκούμενου προς την άσκηση μπορεί να είναι το «κλειδί» για τη σύνδεση της προβληματικής σχέσης ανάμεσα στην άσκηση και τις διατροφικές διαταραχές (Ackard, Brehm and Steffe, 2002:33).

1.3.2 Η σχέση

Βάσει των εμφανών ψυχολογικών ομοιοτήτων μεταξύ αυτών που χαρακτηρίζονται ως υπερβολικά ασκούμενοι και εκείνων με διατροφικές διαταραχές, η Yates και οι συνάδελφοί της ισχυρίστηκαν ότι η διαίτα και η άσκηση είναι «αδελφικές δραστηριότητες» όσον αφορά στην αιτιολογία και ότι μια σοβαρή επένδυση σε μία από αυτές είναι πιθανό να συνοδεύεται από μια ανησυχία για την άλλη (Yates, 1991, Yates et al., 1992 στο Davis, Kennedy, Ravelski and Dionne, 1994:958).

Αξίζει να σημειωθεί ότι η κατάχρηση στην άσκηση μπορεί να προηγηθεί της έναρξης των διατροφικών διαταραχών και είναι ένα από τα τελευταία συμπτώματα που υποχωρούν, γεγονός που υποδηλώνει ότι δεν είναι απλώς δευτερογενής σαν προσπάθεια απώλειας βάρους (Crisp, Hsu, Harding&Hartshorn, 1980, Davis κ.ά., 1997, Davis, Kennedy, Ravelski&Dionne, 1994, Kron, Katz, Gorzynski, &Weiner, 1978 στο CalogeroandPedrotty, 2004:274).

Ο Sacks (1987) υποστηρίζει ότι ενώ οι δύο συμπεριφορές μπορούν να υπάρχουν ανεξάρτητα, εντούτοις, αμφότερες μοιράζονται μια «κεντρική ναρκισσιστική δυναμική» και υποκινούνται από ένα ισχυρό στοιχείο τελειοποίησης: για τον ασκούμενο αυτό εκδηλώνεται στην επιδίωξη των σωματικών επιδόσεων-αποτελεσματικότητας, ενώ στην περίπτωση της ανορεξίας εκδηλώνεται με την επιδίωξη της φυσικής ελκυστικότητας (Davis, Kennedy, Ravelski and Dionne, 1994:958).

Με βάση τις εκτεταμένες κλινικές παρατηρήσεις, ο Crisp (1967) κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η δίαιτα διευκολύνει τη γενικευμένη ψυχαναγκαστική συμπεριφορά, έτσι ώστε η άσκηση, όπως και διάφορες άλλες δραστηριότητες, μπορεί να γίνουν ακούσια στερεοτυπικές, τελετουργικές και υπερβολικές, απλά ως συνέπεια της διαταραχής. Σημείωσε επίσης ότι η ανάγκη για αδιάκοπη άσκηση τείνει να μειώνεται όταν οι ασθενείς επανατροφοδοτούνται. Σε βιολογικό επίπεδο, πρόσφατη έρευνα έχει εμπλέξει την ανεπάρκεια της σεροτονίνης (επίσης συχνή συνέπεια του υποσιτισμού) με την ανάπτυξη ψυχαναγκαστικών συμπεριφορών (βλ. Holden, 1990; Barr et al. 1992; Kaye et al., 1993 στο Davis, Kennedy, Ravelski and Dionne, 1994:958).

Ίσως η πιο προκλητική υπόθεση σχετικά με τη σχέση μεταξύ της φυσικής δραστηριότητας και της δίαιτας να είναι αυτή που πρότειναν οι Erling&Pierce (1988, 1992). Ισχυρίζονται ότι για πολλούς ασθενείς, η ανορεξία δεν είναι νευρική, αλλά φυσιολογικώς μεσολαβούμενη έκβαση που είναι πιθανόν να επηρεάζει εκείνους που υποβάλλονται ταυτόχρονα σε σημαντική μείωση της πρόσληψης τροφής και σε υψηλά επίπεδα ενεργειακής δαπάνης (βλέπε Lowe, 1993). Ο υποσιτισμός και η υπερβολική άσκηση καθίστανται αμοιβαία ενισχυτικές συμπεριφορές που είναι αυτοπεριοριζόμενες και ανθεκτικές στην αλλαγή. Υποστηρίζουν ότι οι κοινωνικοπολιτιστικές ανάγκες μπορούν να προκαλέσουν μια κατάσταση περιορισμού της τροφής (π.χ. δίαιτα για να χάσουν βάρος), η οποία μπορεί στη

συνέχεια να προκαλέσει αύξηση της σωματικής δραστηριότητας, εάν υπάρχει η δυνατότητα άσκησης. Η δραστηριότητα που προκαλείται από τη στέρση θα καταστείλλει περαιτέρω την όρεξη και συνεπώς αρχίζει ο κύκλος απώλειας βάρους. Η ισχύς του επιχειρήματός τους στηρίζεται στην υπόθεση ότι η σχέση μεταξύ δραστηριότητας και όρεξης είναι αμοιβαία. Συγκεκριμένα, υποστηρίζουν ότι η πρόσληψη τροφής μειώνεται μετά την άσκηση και ότι, ενόψει του περιορισμού της τροφής, η σωματική δραστηριότητα αυξάνεται (Davis, Kennedy, Ravelski and Dionne, 1994:958).

Τα συνδυασμένα αποτελέσματα της μελέτης των Davisetal (1994) υποστηρίζουν έντονα την υπόθεση ότι ο αθλητισμός και η συνεχής συμμετοχή στην άσκηση μπορούν να διαδραματίσουν έναν παθογόνο ρόλο στην εμφάνιση και τη διατήρηση των διατροφικών διαταραχών, τουλάχιστον μεταξύ των σοβαρά ασθενών που απαιτούν έντονη νοσοκομειακή περίθαλψη. Για παράδειγμα, το εύρημα ότι περισσότεροι από τους μισούς ασθενείς συμμετείχαν σε κανονικές αθλητικές ή σωματικές ασκήσεις πριν ξεκινήσουν δίαιτα και ότι, κατά μέσο όρο, οι ασθενείς ήταν πιο σωματικά δραστήριοι πριν από την εμφάνιση της νευρικής ανορεξίας, είναι παράγοντες που μετριάζουν την αντίληψη ότι η παρατηρούμενη υπερδραστηριότητα μεταξύ των διατροφικά διαταραγμένων γυναικών είναι απλώς μια συμπεριφορά που ξεκίνησε ως απόκριση σε μια παθολογική κίνηση για ν' αποκτήσει η γυναίκα λεπτό σώμα και στον φόβο της απόκτησης βάρους. Για τον λόγο αυτόν, οι γυναίκες αθλήτριες διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο απ' ότι συνήθως ν' αναπτύξουν διατροφικές διαταραχές (βλ. Burckes-Miller&Black, 1991, Davis, 1992 Davis, Kennedy, Ravelski and Dionne, 1994:964). Στον τομέα αυτόν, έχουν γίνει πολλές έρευνες, προκειμένου να δοθεί απάντηση στο ερώτημα «γιατί οι γυναίκες αθλήτριες διατρέχουν μεγάλο κίνδυνο να εμφανίσουν διατροφικές διαταραχές». Πολλοί παράγοντες παίζουν ρόλο μεταξύ των οποίων όμως, η προδιάθεση της μεταβλητότητας της προσωπικότητας ή της οικογενειακής αλληλεπίδρασης μπορεί να είναι πρωταρχική. Επομένως, η συμμετοχή σε αθλήματα που ευνοούν την ελαστικότητα μπορεί να είναι συνέπεια προϋπάρχοντων προβλημάτων στο φαγητό ή θα μπορούσε να είναι συμπτωματική. Επιπλέον, η συμμετοχή σε συγκεκριμένα αθλήματα (βλ. ρυθμική γυμναστική) μπορεί να προκαλεί εν μέρει τις διατροφικές διαταραχές (414).

Μια άλλη κοινωνική επιρροή που ασκεί σημαντική δύναμη στις γυναίκες είναι η τρέχουσα τρέλα για τη γυμναστική, καθώς μεταξύ άλλων υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις ότι η προβολή της σωματικής δραστηριότητας από πλευράς των μέσων μαζικής ενημέρωσης έχει αυξηθεί την τελευταία εικοσαετία (Wisemanetal., 1992 στο Davis, Kennedy, Ravelski and Dionne, 1994:964).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. Σκοπός της έρευνας

Ο πρωταρχικός στόχος της έρευνας μελέτης είναι η διερεύνηση του ποσοστού εξάρτησης από την άθληση, που παρατηρείται στους αθλούμενους (άνδρες-γυναίκες) σ' ένα τοπικό γυμναστήριο στα Ιωάννινα.

Με βάση τις γνώσεις μας, μέχρι σήμερα δεν υπάρχουν αρκετές μελέτες που να έχουν διερευνήσει τη συχνότητα εμφάνισης της εξάρτησης από την άσκηση στην Ελλάδα γενικά και στα Ιωάννινα ειδικότερα. Επομένως, ο πρώτος σκοπός αυτής της μελέτης ήταν η εκτίμηση του επιπολασμού της εξάρτησης από την άσκηση στους ασκούμενους ενός τυπικού γυμναστηρίου στην πόλη των Ιωαννίνων.

Ο δεύτερος στόχος της μελέτης ήταν να εξετάσει το πώς συνδέεται και αν η εξάρτηση από την άθληση με τις διατροφικές διαταραχές. Για τη διερεύνηση αυτού του δεδομένου, ο ερευνητής έλαβε υπόψη του ότι η υπερβολική άσκηση αναφέρεται ευρέως πως συνυπάρχει με τις διατροφικές διαταραχές. Πράγματι, πολλά από τα αναφερόμενα χαρακτηριστικά της εξάρτησης από την άσκηση είναι, επίσης, κοινά στους πάσχοντες από διατροφικές διαταραχές. Η έννοια της «δευτερεύουσας εξάρτησης από την άσκηση» έχει χρησιμοποιηθεί για να περιγράψει περιπτώσεις υπερβολικής άσκησης που σχετίζονται με διατροφικές διαταραχές (Bamber, Cockerill and Carroll, 2000)⁴.

Τρίτος σκοπός της εργασίας ήταν να διερευνήσει τη συνύπαρξη εξάρτησης από την άθληση με τη χρήση άλλων εξαρτησιογόνων ουσιών, όπως η νικοτίνη και η χρήση συμπληρωμάτων διατροφής. Σημαντική είναι η επίδραση που ασκεί η άσκηση στη διακοπή του καπνίσματος, καθώς σύμφωνα με τα αποτελέσματα σχετικών ερευνών, που είναι ενθαρρυντικά, η άσκηση χρησιμοποιείται ως μέσο περιορισμού ή και σε πολλές περιπτώσεις διακοπής του καπνίσματος. Επιπλέον, όσον αφορά στα συμπληρώματα διατροφής οι απόψεις δίστανται, καθώς οι μεν υποστηρίζουν ότι

⁴<http://bjsm.bmj.com/content/34/2/125>

είναι άχρηστα και πως είναι επαρκής μια ισορροπημένη διατροφή ενώ οι δε, τονίζουν ότι η υγιεινή διατροφή είναι δύσκολο να επιτευχθεί χωρίς τα συμπληρώματα. Στην Ευρώπη τα συμπληρώματα διατροφής ορίζονται ως «τα παρασκευάσματα, όπως δισκία, κάψουλες ή υγρά παρασκευάσματα, τα οποία απαρτίζονται ή περιέχουν μικροθρεπτικά ή μακροθρεπτικά συστατικά και/ή εδώδιμες ύλες, που καταναλώνονται σε δόσεις επιπρόσθετα στην καθημερινή διατροφή. Τα τροφικά συμπληρώματα αποτελούνται από βιταμίνες, μέταλλα και ιχνοστοιχεία. Περιέχουν πεπτίδια, αμινοξέα και συνδυασμούς αζώτου, έλαια, λιπαρά οξέα και τους εστέρες τους, φυτικές ίνες και άλλα συστατικά, φυτικά, ζωικά ή μικροβιακής προέλευσης, όπως επίσης και προϊόντα ζύμωσης ή σε αφυδατωμένη μορφή ή συμπυκνωμένη, είτε σε μορφή εκχυλίσματος».

Τέταρτος στόχος της μελέτης ήταν η δοκιμή και ο έλεγχος ευαισθησίας του ερωτηματολογίου AUDIT στο πεδίο της εξάρτησης από την άσκηση. Βιβλιογραφικά δεν υπάρχει κάποιο δεδομένο για την δοκιμή αυτού του εργαλείου στο συγκεκριμένο πεδίο. Οπότε υποθέτουμε ότι τα αποτελέσματα θα είναι χρήσιμα όσον αφορά τη πιθανή χρήση του συγκεκριμένου διαγνωστικού εργαλείου σε μελλοντική μελέτη του φαινομένου.

Η σπουδαιότητα της έρευνας έγκειται στο ότι τα τελευταία χρόνια γίνεται πολύς λόγος για την εξάρτηση από την άσκηση και συνεπώς μπορεί να συνεισφέρει και αυτή από την πλευρά της στη μελέτη α) των παραγόντων εκείνων, που επηρεάζουν αυτήν τη σχέση και β) των επιπτώσεών της στην υγεία των ασκούμενων, που, όμως, είναι εξαρτημένοι. Επίσης, ένα πεδίο που δεν έχει διερευνηθεί αρκετά - τουλάχιστον στην Ελλάδα- έχει να κάνει με το συνδυασμό νικοτίνης και εξάρτησης από την άθληση.

2.1 Μεθοδολογία - Συμμετέχοντες

Όλος ο ενεργός εγγεγραμμένος πληθυσμός από τη 1^η Δεκεμβρίου του 2017 έως την 31^η Ιανουαρίου του 2018 ενός γυμναστηρίου στην πόλη των Ιωαννίνων προσκλήθηκε να συμμετέχει στη μελέτη, που διενεργήθηκε στο προαναφερόμενο διάστημα. Συνολικά συμπεριλήφθησαν σε αυτήν 110 άτομα.

Το εν λόγω γυμναστήριο παρέχει πολλά είδη άσκησης, αφού περιλαμβάνει πολεμικές τέχνες, ομαδικά προγράμματα (βλ. Crossfit, TRX, yoga, pilates), bodybuilding και πολλά όργανα γυμναστικής. Να σημειωθεί ότι όλοι οι ενεργοί

εγγεγραμμένοι αθλητές, που κλήθηκαν να λάβουν μέρος στην έρευνα, ήταν ηλικίας 18-65 ετών.

Τα γυμναστήρια μπορούν να οριστούν ως χώροι fitness, που παρέχουν το περιβάλλον και τις οδηγίες για την εφαρμογή προγραμμάτων σωματικής άσκησης (Rossi and Tirapegui, 2016:432).

2.2 Ερευνητικό εργαλείο – Ερευνητική διαδικασία

Η μέθοδος που επέλεξε να χρησιμοποιήσει ο ερευνητής είναι αυτή του ερωτηματολογίου με ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής. Το ερωτηματολόγιο στις δειγματοληπτικές έρευνες αποτελεί το μέσο εκείνο, που χρησιμοποιείται για τη μέτρηση των διαφόρων κοινωνικών και οικονομικών χαρακτηριστικών του μελετώμενου δείγματος και η ακρίβεια του υλικού που πρόκειται να συγκεντρωθεί είναι σε άμεση συνάρτηση με την ακρίβεια της μέτρησης του χρησιμοποιούμενου ερωτηματολογίου (Δαουτόπουλος, 2004:111).

Ο ερευνητής κατέφυγε στη χρήση του ερωτηματολογίου, καθώς βοηθά στην ποσοτική ανάλυση, επιτρέποντάς μας να συλλέξουμε τα δεδομένα που μας ενδιαφέρουν και οδηγώντας μας στη διεξαγωγή συμπερασμάτων. Η συλλογή των δεδομένων έγινε με τη βοήθεια ενός εντύπου, στο οποίο τόσο οι ερωτήσεις όσο και οι απαντήσεις είναι στο μεγαλύτερο μέρος τους προκαθορισμένες (Νόβα-Καλτσούνη, 2006:47).

Τα ερευνητικά ερωτήματα, στα οποία κλήθηκαν να απαντήσουν οι συμμετέχοντες, ήταν τα εξής:

1. Ποιο είναι το ποσοστό εξάρτησης από την άσκηση στον πληθυσμό ενός τυπικού γυμναστηρίου;
2. Ποια είναι η συσχέτιση της εξάρτησης από την άσκηση με διατροφικές διαταραχές (π.χ. βουλιμία, ανορεξία);
3. Ποια είναι η συνύπαρξη εξάρτησης από την άθληση με τη χρήση άλλων εξαρτησιογόνων ουσιών (π.χ. νικοτίνη) και χρήση συμπληρωμάτων διατροφής;
4. Κατά πόσο μπορεί το ερωτηματολόγιο AUDIT να εντοπίσει την διαταραχή εξάρτησης από την άσκηση.

Στο βασικό στάδιο της έρευνας οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια της έρευνας ατομικά, αφού πρώτα έλαβαν την έγγραφη διαβεβαίωση ότι η συμμετοχή τους στην έρευνα ήταν εθελοντική και ότι μπορούσαν να διακόψουν ανά πάσα στιγμή.

Συγκεκριμένα, στο πλαίσιο της συλλογής των δεδομένων με το ερωτηματολόγιο, τηρήθηκε πιστά το δικαίωμα που οφείλει να έχει το άτομο στην ιδιωτικότητα, σύμφωνα με το νόμο 2472/1997. Αυτός αναφέρεται στην προστασία του ατόμου από την επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και ορίζει ότι «το άτομο είναι ελεύθερο να καθορίσει το χρόνο, την έκταση και τις συνθήκες κάτω από τις οποίες θα δώσει ή όχι προσωπικές πληροφορίες (στάσεις, πεποιθήσεις, συμπεριφορές, απόψεις, αρχεία). Η δηκτικότητα προστατεύεται, εάν το άτομο ενημερώνεται και συναινεί να συμμετάσχει σε μια μελέτη και εθελοντικά μοιράζεται προσωπικές πληροφορίες με τον ερευνητή⁵.

Αξίζει να σημειωθεί πως πολύ σημαντικό ήταν στην παρούσα έρευνα το γεγονός ότι η συμμετοχή των αθλητών ήταν εθελοντική και η προσέγγισή τους έγινε κατά τη διάρκεια του χρόνου που αφιέρωναν στη σωματική τους άσκηση. Τέλος, το ερωτηματολόγιο συνοδευόταν από ένα εισαγωγικό κείμενο, το οποίο και ενημέρωνε τον υποψήφιο συμμετέχοντα επακριβώς για τον σκοπό της έρευνας και την ερευνητική διαδικασία, που θ' ακολουθηθεί.

2.3 Στατιστική ανάλυση

Για την ανάλυση των δεδομένων ο ερευνητής επέλεξε να χρησιμοποιήσει το πρόγραμμα Stata 10.0 (StataCorporation: StataReferenceManual, 2007). Το Stata είναι ένα ολοκληρωμένο πακέτο στατιστικού λογισμικού, που παρέχει όλα όσα χρειάζεται ο ερευνητής για την ανάλυση δεδομένων, τη διαχείριση δεδομένων και τη δημιουργία γραφικών. Τα πλεονεκτήματά του σε σχέση με άλλα παρόμοια εργαλεία είναι ότι προσφέρει στα χέρια του ερευνητή εκατοντάδες στατιστικά εργαλεία και ότι τα χαρακτηριστικά διαχείρισης δεδομένων του Stata παρέχουν πλήρη έλεγχο όλων των τύπων δεδομένων⁶.

⁵http://www.dpa.gr/portal/page?_pageid=33,19052&_dad=portal&_schema=PORTAL (ανακτήθηκε 29/3/2018)

⁶<https://www.stata.com/why-use-stata/> (ανακτήθηκε 29/3/2018)

2.4 Μετρήσεις

Το ερωτηματολόγιο περιλάμβανε δημογραφικά στοιχεία (φύλλο, ηλικία, εκπαίδευση και εργασία) και στοιχεία σχετικά με το είδος και την συχνότητα της άσκησης (όπως ο αριθμός των ωρών που ασκούνταν κάθε εβδομάδα και τον τρόπο άσκησης). Η έρευνα περιλαμβάνει τέσσερις διαφορετικούς τρόπους άσκησης α)αερόβια άσκηση(τρέξιμο, ποδήλατο), β) βάρη γ) συμμετοχή σε ομαδικά προγράμματα (crossfit,TRX,pilates κτλ.) και δ) πολεμικές τέχνες.

2.4.1 Εξάρτηση από την άθλησηDSM-5

Το DSM (Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών) είναι το εγχειρίδιο αναφοράς που χρησιμοποιούν οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας και οι γιατροί για τη διάγνωση ψυχικών διαταραχών στις Ηνωμένες Πολιτείες. Δημοσιεύθηκε για πρώτη φορά το 1952 και η πιο πρόσφατη έκδοση αυτού του κειμένου αναφοράς είναι η 5^η έκδοση(DSM-5), που δημοσιεύτηκε το 2013

Τα κριτήρια του DSM-V θα ερωτηθούν στους συμμετέχοντες στο πλαίσιο της μελέτης με προσωπική συνέντευξη βασισμένη στην κλινική συνέντευξη SCID από ψυχολόγο με μετεκπαίδευση στην εξαρτησιολογία μετά από κατάλληλη προσαρμογή στην διατύπωση των ερωτήσεων ώστε να αφορούν την σωματική άσκηση ως συμπεριφορά αντί για ουσίες. (Michael B. First, M.D., Janet B. W. Williams, Ph.D., Rhonda S. Karg, Ph.D., and Robert L. Spitzer, M.D 2016).

Τα 11 διαγνωστικά κριτήρια του DSM-5 χωρίζονται σε τέσσερις κύριες κατηγορίες.

1. Απώλεια ελέγχου
2. Κοινωνική δυσλειτουργία
3. Κίνδυνος χρήσης
4. Φαρμακολογικοί δείκτες (ανοχή και απόσυρση)

Αναλυτικότερα, προσαρμόστηκαν για να μετρήσουν την εξάρτηση από την άσκηση ως εξής:

α. Διαταραχή ελέγχου:

1. Συχνά ασκούμε (αθλούμαι) για μεγαλύτερες χρονικές περιόδους από όσο θα ήθελα
2. Θα ήθελα να μειώσω το πόσο ασκούμε ή έχω προσπαθήσει να μειώσω το πόσο ασκούμε αλλά δεν τα κατάφερα
3. Μεγάλο μέρος του χρόνου μου δαπανάται στο να ασκούμε
4. Έχω έντονη ή σφοδρή επιθυμία ή παρόρμηση για σωματική άσκηση

β. Κοινωνική απόσυρση

5. Έχω συνεχή ενασχόληση με τη σωματική άσκηση που οδηγεί σε αποτυχία εκπλήρωσης άλλων υποχρεώσεων στην εργασία, στο σχολείο ή στο σπίτι
6. Συνεχίζω τη σωματική άσκηση παρά την ύπαρξη επίμονων ή επαναλαμβανόμενων κοινωνικών ή διαπροσωπικών προβλημάτων που οφείλονται ή επιδεινώνονται από αυτήν
7. Εγκαταλείπω ή μειώνω σημαντικές κοινωνικές, επαγγελματικές ή ψυχαγωγικές δραστηριότητες εξαιτίας της σωματικής άθλησης

γ. Επικίνδυνη χρήση

8. Επαναλαμβάνω ασκήσεις ακόμα και αν είναι σωματικά επικίνδυνες
9. Υποτροπιάζω σε σωματική άσκηση παρά την επίγνωση ότι υπάρχει επίμονο ή υποτροπιάζον σωματικό ή ψυχολογικό πρόβλημα, το οποίο είναι πιθανό να έχει προκληθεί ή επιδεινωθεί από τη σωματική μου άσκηση

δ. Φαρμακολογικοί δείκτες: Ανοχή και απόσυρση

10. Ανοχή (tolerance) που χαρακτηρίζεται από:
 - α) Έχω ανάγκη για εμφανώς αυξημένη σωματική άσκηση για την επίτευξή του επιθυμητού αποτελέσματος

β) Δεν ικανοποιούμαι με τη συνεχιζόμενη άσκηση της ίδιας συχνότητας.

11. Έχω παρατηρήσει κατά το διάστημα αποχής μου από την σωματική άσκηση στερητικά συμπτώματα (π.χ ανησυχία, ταχυπαλμίες, εφίδρωση κτλ)

Το DSM-5 χρησιμοποιεί μια κλίμακα διαστάσεων για να εκτιμήσει τη σοβαρότητα του εθισμού. Αυτή η κλίμακα βασίζεται στον συνολικό αριθμό των συμπτωμάτων που ταιριάζουν στα διαγνωστικά κριτήρια. Η κλίμακα κυμαίνεται από ήπια έως μέτρια έως σοβαρή. Οι κλινικοί γιατροί περιλαμβάνουν αυτόν τον κώδικα σοβαρότητας ως μέρος της διάγνωσης. Γενικά, δύο έως τρία συμπτώματα υποδεικνύουν μια ήπια διαταραχή της χρήσης ουσιών. Τέσσερα έως πέντε συμπτώματα θα πρέπει κανονικά να ονομάζονται μέτρια διαταραχή της χρήσης ουσιών. Εάν υπάρχουν έξι ή περισσότερα συμπτώματα, αυτό θα χαρακτηριζόταν ως σοβαρή διαταραχή χρήσης ουσιών.

2.4.2 Διατροφικές Διαταραχές

Η παρουσία διατροφικών διαταραχών θα μετρηθεί με το εργαλείο SCOFF (Morgan, Reid, & Lacey, 1999). Το ερωτηματολόγιο SCOFF χρησιμοποιεί ένα ακρωνύμιο σε μια απλή δοκιμασία πέντε ερωτήσεων που σχεδιάστηκε για χρήση από μη επαγγελματίες για να εκτιμήσει την πιθανή παρουσία μιας διατροφικής διαταραχής. Το αρχικό ερωτηματολόγιο SCOFF σχεδιάστηκε για χρήση στο Ηνωμένο Βασίλειο, οπότε το αρχικό ακρωνύμιο προσαρμόστηκε για χρήστες στις Ηνωμένες Πολιτείες και τον Καναδά. Το "S" στο SCOFF σημαίνει "Sick", το οποίο στα Αγγλικά σημαίνει επιθυμία να κάνετε εμετό. Στην αμερικανική αγγλική και καναδική αγγλική γλώσσα είναι συνώνυμη με την "άρρωση". Το "O" χρησιμοποιείται στο ακρωνύμιο για να δηλώσει "μία πέτρα". Μια "πέτρα" είναι μια Imperial μονάδα βάρους που ισοδυναμεί με 6,35 kg. μετρικό βάρος και 14 λίβρες. Τα γράμματα στο πλήρες ακρωνύμιο είναι λέξεις-κλειδιά στις ερωτήσεις τα οποία είναι : Άρρωστος (Sick), Έλεγχος (Control), «πέτρα» (O=14 lbs./6.5 kg.), Λίπος (Fat), Τροφή (Food). Όσων αφορά την ερμηνεία των αποτελεσμάτων κάθε θετική απάντηση μετράει μία μονάδα. Δύο η περισσότερες μονάδες υποδηλώνουν την ύπαρξη διατροφικών διαταραχών.

2.4.3 Άλλες συνήθειες

Επιπλέον το ερωτηματολόγιο περιελάμβανε ερωτήσεις σχετικά με τη χρήση και τη συχνότητα χρήσης νικοτίνης καθώς και χρήση συμπληρωμάτων διατροφής τα οποία είχαν ταξινομηθεί σε τέσσερις κατηγορίες (πρωτεΐνες, λιποδιαλυτές, συμπληρώματα για αύξηση αντοχής και συμπληρώματα για αύξηση όγκου). Πρόσθετα οι ασκούμενοι ερωτήθηκαν για το αν έχουν λάβει φαρμακευτική αγωγή ή αν είχαν επισκεφθεί ειδικό για α) μυοσκελετικά προβλήματα β) ψυχολογικά προβλήματα γ) προβλήματα με το γαστρεντερικό δ) Άλλα προβλήματα, καθώς και αν έχουν λάβει συμβουλή από κάποιον ειδικό για μείωση ή αύξηση της συχνότητας της άσκησης.

2.4.4 ΕΕΑΙΤ

Επίσης χρησιμοποιήθηκε το εργαλείο Excessive Exercise Addiction Identification Test (ΕΕΑΙΤ) μετά από κατάλληλη προσαρμογή των ερωτήσεων του AUDIT (Saunders et al., 1993) για την άθληση αντί για την χρήση αλκοόλ. Θα μελετηθεί η ευαισθησία και ειδικότητα του εργαλείου ΕΕΑΙΤ ως εργαλείο διαλογής (screening) για την διάγνωση της εξάρτησης από την Άσκηση (ΕΞ.ΑΣ). Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 10 ερωτήσεις (Πίνακας 1). Οι τρεις πρώτες ερωτήσεις αφορούν την ποσότητα και συχνότητα άσκησης, οι τρεις επόμενες αφορούν την εξάρτηση και οι τέσσερις τελευταίες σχετίζονται με τα προβλήματα που προκαλεί η υπερβολική άσκηση.

2.5 Πολιτισμική προσαρμογή του εργαλείου.

Για την κατάλληλη προσαρμογή των DSM-5 κριτηρίων διαταραχής χρήσης ουσιών στο φαινόμενο της εξάρτησης από την άσκηση δημιουργήθηκαν δύο focusgroup στα οποία συμμετείχε το προσωπικό του γυμναστηρίου (γυμναστές), έμπειροι αθλητές και δύο ειδικοί επί των εξαρτήσεων. Οι ομάδες αυτές είχαν στόχο τη συζήτηση των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου, ώστε να εξασφαλιστεί η μέγιστη εγκυρότητα κατανόησης του νοήματος των ερωτήσεων (content validity) (Fitzpatrick, A., 1983) και η συμφωνία στην κατανόηση των εννοιών αυτών μεταξύ των συμμετεχόντων (face validity) (Stephen, P., 1979).

Μέτρηση της αξιοπιστίας και εγκυρότητας του ερωτηματολογίου

Τα ερωτηματολόγια Scoff και ΕΕΑΙΤπου χρησιμοποιήθηκαν για την διεξαγωγή και την συλλογή των δεδομένων της έρευνας ελέγχθηκαν για την αξιοπιστία τους.

Η αξιοπιστία αφορά το κατά πόσο μία δοκιμασία ή έρευνα αναδεικνύει το πραγματικό μέγεθος του υπό μελέτη χαρακτηριστικού. Η αξιοπιστία προκύπτει μέσω την επαναληπτικότητα ενός αποτελέσματος. Όταν συμβαίνει αυτό, τότε μπορεί να τεκμηριωθεί πως το εργαλείο υπολογίζει σε πολύ μεγάλο βαθμό την πραγματική τιμή του εξεταζόμενου χαρακτηριστικού. Ποιο γνωστός τρόπος για την εκτίμηση της αξιοπιστίας είναι ο υπολογισμός της τιμής του συντελεστή εσωτερικής συνέπειας *alpha* (*a*) του *Cronbach*. Τιμές αξιοπιστίας μεγαλύτερες της τιμής 0,70 θεωρούνται αποδεκτές (DeVaus, 2007).

Η ανάλυση αξιοπιστίας που εκτελέστηκε είχε ως αποτέλεσμα συντελεστή αξιοπιστίας Cronbach Alpha μεγαλύτερο του 0.70, βάσει του οποίου διαπιστώνεται ικανοποιητική εσωτερική συνέπεια αξιοπιστίας των ερωτηματολογίων και επιβεβαιώνονται τα ευρήματα προηγούμενων ερευνών.

2.6 Αποτελέσματα και ανάλυση τους

2.6.1 Περιγραφή του δείγματος

Όπως φαίνεται από τον Πίνακα 1, το δείγμα μας αποτελείται στην πλειοψηφία του από άνδρες (57.66%), ηλικίας από 18 έως 25 ετών (41.28%), απόφοιτους ΤΕΙ ή Πανεπιστημίου (45.05%) και ελεύθερους επαγγελματίες (30.63%). Ακόμα, το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτώμενων δήλωσαν μη καπνιστές (52.25%), ενώ από αυτούς που καπνίζουν, το 44.14% καπνίζει από 2 έως 4 φορές την εβδομάδα. Τέλος, περισσότεροι από τους μισούς ερωτώμενους δεν παίρνουν συμπληρώματα διατροφής (59.46%), δεν έχουν λάβει κάποια φαρμακευτική αγωγή (53.15%) και δεν έχουν λάβει κάποια συμβουλή για τη μείωση της σωματικής άσκησης (67.57%).

Πίνακας 1

	N	%
Φύλο		
Άνδρες	64	57,66

Γυναίκες	47	42,34
Ηλικία		
1=18-25	45	41,28
2=26-35	28	25,97
3= 36-45	24	22,02
4=46-65	12	21,01
Μορφωτικό επίπεδο		
Απόφοιτος/Απόφοιτη Δημοτικού ή Λυκείου	34	30,63
3= ΤΕΙ-Πανεπιστήμιο	50	45,05
4 = Μεταπτυχιακό Διδακτορικό	27	24,32
Είδος εργασίας		
1=Δημόσιος υπάλληλος	30	27,03
2=Ιδιωτικός υπάλληλος...	22	19,82
3= Ελεύθερος επαγγελματίας...	34	30,63
4=Οικιακά	14	12,61
5=Φοιτητής/τρια ή Άνεργος	11	9,91
Κάπνισμα		
0=Μη καπνιστές	58	52,25
1= Πολύ (περισσότερα από 15 τσιγάρα/ημέρα)	4	3,60
2=Αρκετά (10-15 τσιγάρα/ημέρα)	5	4,50
4=Λίγο (0-10 τσιγάρα/ημέρα)	34	30,63
5=Πρώην καπνιστής/ρια	10	9,01
Συχνότητα καπνίσματος		
1=1-2 φορές/εβδομάδα	16	14,41
2=2-4 φορές/εβδομάδα	49	44,14
3=4-6 φορές/εβδομάδα	36	32,43
4=Περισσότερο από 6 φορές/εβδομάδα	10	9,01
Συμπληρώματα Διατροφής		
0=Δεν χρησιμοποιώ	66	59,46
1=Λιποδιαλυτές	5	4,50
2=Πρωτεΐνες	31	27,93
4=Συμπληρώματα για αύξηση αντοχής	9	9,11
Φαρμακευτική αγωγή		
0=Ποτέ	59	53,15

1=Μυοσκελετικά	26	23,42
2=Ψυχολογικά	3	2,70
3=Γαστρεντερικά	3	2,70
4=Άλλο	20	18,02
Συμβουλή για μείωση σωματικής άσκησης		
1=Όχι	75	67,57
2=Ναι	15	13,51
3=ναι, να αυξήσω την άσκηση	19	17,12
4=Άλλο	2	1,80

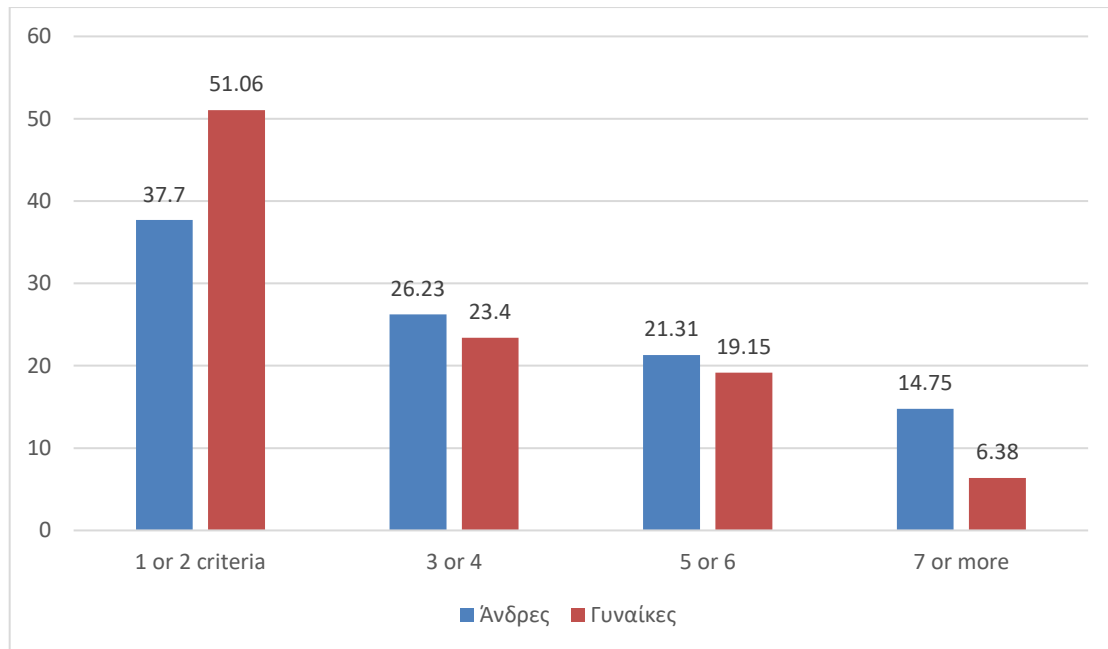
ΕπιπολασμόςDSM-κριτηρίων διαταραχών χρήσης ουσιών προσαρμοσμένων στην άθληση ανά φύλο

Ο Πίνακας 2 παρουσιάζει τα ποσοστά και τις συχνότητες ανά φύλο σε κάθε κριτήριο εξάρτησης από την άσκηση. Συνολικά, όπως φαίνεται στα δεδομένα, από τους άνδρες το 37.7% δεν είναι καθόλου εξαρτημένο (1-2 κριτήρια), 26.23% εμφανίζει ήπια εξάρτηση (3-4 κριτήρια), 21.31% μέτρια εξάρτηση (5-6 κριτήρια) ενώ 14.75% σοβαρή εξάρτηση (πάνω από 7 κριτήρια). Αντιθέτως, τα ποσοστά αυτά είναι μικρότερα στις γυναίκες, με 51.06% να μην είναι εξαρτημένο από την άσκηση, 23.4% να εμφανίζει ήπια εξάρτηση, 19.15% μέτρια εξάρτηση και μόλις 6.38% σοβαρή εξάρτηση. Παρά ταύτα, δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση του φύλου των ερωτώμενων με το επίπεδο της εξάρτησης από την άσκηση.

Πίνακας 2: ΕπιπολασμόςDSM-κριτηρίων διαταραχών χρήσης ουσιών προσαρμοσμένων στην άθληση ανά φύλο

DSM Criterion	Άνδρες		Γυναίκες		Σύνολο	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
1) Συχνά ασκούμε (αθλούμαι) για μεγαλύτερες χρονικές περιόδους από ότι θα ήθελα.	12	18.75	8	17.02	20	18.02
2) Θέλοντας να μειώσω το πόσο ασκούμε ή έχω προσπαθήσει να μειώσω τη σωματική άσκηση αλλά δεν τα κατάφερα.	0	0	2	4.26	2	1.82
3) Μεγάλο μέρος του χρόνου μου δαπανάται so να ασκούμε.	19	20.16	12	25.53	31	28.18
4) Έχω έντονη επιθυμία η παρόρμηση για σωματική άσκηση	37	59.68	26	55.32	63	57.80
5) Έχω συνεχή ενασχόληση με τη σωματική άσκηση πού	8	12.70	7	14.89	15	13.64

με οδηγεί σε αποτυχία εκπλήρωσης άλλων υποχρεώσεων στην εργασία, στο σπίτι ή στο σχολείο.						
6) Συνεχίζω τη σωματική άσκηση παρά την ύπαρξη επίμονων η επαναλαμβανόμενων διαπροσωπικών προβλημάτων που οφείλονται σε αυτή	18	28.57	11	23.40	29	26.36
7)Εγκαταλείπω η μειώνω σημαντικές και σημαντικές κοινωνικές και ψυχαγωγικές δραστηριότητες εξαιτίας της σωματικής άσκησης.	21	32.81	9	19.15	30	27.03
8) Επαναλαμβάνω ασκήσεις ακόμα και αν είναι σωματικά επικίνδυνες	16	25.40	8	17.02	24	21.82
9) Υποτροπιάζω σε σωματική άσκηση παρά την επίγνωση ότι υπάρχει υποτροπιάζουσα σωματικό ή ψυχολογικό πρόβλημα το οποίο είναι πιθανό να προκληθεί η να επιδεινωθεί από τη σωματική άσκηση.	16	25.40	3	6.38	19	17.27
10α) έχω ανάγκη για εμφανώς αυξημένη σωματική άσκηση για την επίτευξη του επιθυμητού αποτελέσματος.	41	66.13	28	59.57	69	63.30
10β)ανοχή: μη ικανοποίηση από συνεχιζόμενη άσκηση ίδιας έντασης	30	47.62	19	40.43	49	44.55
11Έχω παρατηρήσει κατά το διάστημα αποχής μου από τη σωματική άσκηση στερεητικά συμπτώματα(ανησυχία,ταχυπαλμιές,εφύδρωσηκτλ)	18	28.57	12	25.53	30	27.27
1 or 2 criteria	23	37.70	24	51.06	47	43.52
3 or 4	16	26.23	11	23.40	27	25
5 or 6	13	21.31	9	19.15	22	20.37
7 or more	9	14.75	3	6.38	12	11.11



Δημογραφικές μεταβλητές και επίπεδα εξάρτησης

Ο παρακάτω Πίνακας 3 δείχνει το βαθμό εξάρτησης σε συσχέτιση με τα δημογραφικά στοιχεία των ερωτώμενων. Συγκεκριμένα, η ηλικιακή ομάδα με την μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσει εξάρτηση από την άθληση ήταν από 18 έως 25 ετών (35.6%), μεγαλύτερη πιθανότητα εμφανίζουν και οι ερωτώμενοι που είναι μεταπτυχιακοί ή διδακτορικοί (34,6) καθώς και οι απόφοιτοι γυμνασίου ή λυκείου (33,3%), όπως και οι δημόσιοι υπάλληλοι (.40%) έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα σε σχέση με αλλά επαγγέλματα να εμφανίσουν εξάρτηση από την άθληση. Ακολούθως, υψηλότερη πιθανότητα εμφανίζουν αυτοί που καπνίζουν λίγο (0-10 τσιγάρα την ημέρα) (32,4%) σε σχέση με αυτούς που καπνίζουν πολύ. Επιπρόσθετα αυτοί που έχουν λάβει φαρμακευτική αγωγή για μυοσκελετικά προβλήματα (62,5) είναι πιο πιθανό να εμφανίσουν εξάρτηση σε σχέση με όσους δεν έχουν λάβει ποτέ κάποιο φαρμακευτική αγωγή. Τέλος όσοι λαμβάνουν λιποδιαλυτές (80%) καθώς και όσοι προτιμούν την αερόβια άσκηση είναι πιο πιθανό να εμφανίσουν εξάρτηση σε αντίθεση με όσους λαμβάνουν αλλά ειδή συμπληρωμάτων διατροφής και όσους έχουν επιλέξει άλλο είδος άσκησης.

.Επίσης, από το ερωτηματολόγιο Scoff μπορεί να ειπωθεί πως όσοι παρουσιάζουν διατροφικές διαταραχές, έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν

εξάρτηση από την άθληση(84,6) σε σχέση με αυτούς που δεν εμφανίζουν διατροφικές διαταραχές.

Πίνακας 3 Δημογραφικές μεταβλητές και επίπεδα εξάρτησης

<i>5 or more DSM-5 addiction symptoms adjusted in excessive exercise</i>	N / %	<i>OR προσαρμοσμένοι κατά φύλο ηλικία (95% Διάστημα Εμπιστοσύνης)</i>
Φύλο		
Άρρεν	22 36.1%	1.0
Θύλη	12 25.5%	0.5 (0.2 – 1.3)
Ηλικιακή ομάδα		
1=18-25	16 35.6%	1.0
2=26-35	8 28.6%	0.6 (0.2-1.8)
3= 36-45	7 31.8%	0.7 (0.2 – 2.2)
4=46-65	3 27.3%	0.5 (0.2 – 1.3)
Μορφωτικό επίπεδο		
Απόφοιτος/Απόφοιτη Δημοτικού ή Λυκείου	11 33.3%	1.0
3= ΤΕΙ-Πανεπιστήμιο	14 28.6%	0.8 (0.3 – 2.2)
4 = Μεταπτυχιακό Διδακτορικό	9 34.6%	1.2 (0.4 – 3.8)
Επάγγελμα		
1=Δημόσιος υπάλληλος	12 40%	1.0
2=Ιδιωτικός υπάλληλος...	5 23.8%	0.4 (0.1 – 1.7)
3= Ελεύθερος επαγγελματίας...	12 36.4%	0.9 (0.2 – 3.8)
4=Οικιακά	3 23.1	0.4 (0.1 – 2.9)
5=Φοιτητής/τρια ή Άνεργος	2 18.2%	0.5 (0.1 – 2.9)
Είδος άσκησης		
1 ΑΕΡΟΒΙΑ	21 35%	1.0
2 ΒΑΡΗ	4 25%	0.5 (0.1-1.9)
3 ΠΟΛΕΜΙΚΕΣ ΤΕΧΝΕΣ	9 29%	0.9 (0.3 -2.7)
Συμπληρώματα διατροφής		
Κανένα	15 23.1%	1.0
1=Λιποδιαλυτές	4 80%	21.3 (1.9 – 240)
2=Πρωτεΐνες	9 31%	1.4 0.5 – 3.8
4=Συμπληρώματα για αύξηση αντοχής	6 66.7%	7.4 1.5-36.8
Κάπνισμα		
1= Πολύ(περισσότερα από 10 τσιγάρα/ημέρα)	2	1.0

	22.2%	
4=Λίγο (0-10 τσιγάρα/ημέρα)	11 32.4%	2 (0.3 – 11.6)
5=Πρώην καπνιστής/ρια	1 11.1%	0.4 (0.1 – 9.9)
Φαρμακευτική αγωγή		
0=Ποτέ	12 20.7%	1.0
1=Μυοσκελετικά	15 62.5%	7.7 (2.5 – 23.4)
2=Ψυχολογικά	0	-
3=Γαστρεντερικά	0	-
4=Άλλο	7 35%	2.3 (0.7 – 7.2)
Scoff		
<2	22 23.7%	1.0
2 or more	11 84.6%	3.8 (1.5 – 9.8)

OR1= sex adjusted logistic regression

OR2=multivariate logistic regression

Διαγνωστικά χαρακτηριστικά κριτηρίων ανά διάγνωση

Από τα αποτελέσματα προκύπτει πως η πιθανότητα για αρνητική πρόβλεψη είναι πάντα μικρότερη από ότι για θετική εκτός από την πρόβλεψη των 2 κριτηρίων που αφορούν την απουσία εξάρτησης για τα άτομα με 5 κριτήρια και πάνω. Ομοίως αλλά με μικρότερες πιθανότητες, είναι η πρόβλεψη σε άτομα που επιβεβαιώνουν πάνω από 7 κριτήρια και χαρακτηρίζονται από σοβαρή εξάρτηση. Τέλος, συνολικά, η πιθανότητα εμφάνισης ατόμων με σοβαρή εξάρτηση από την άσκηση είναι κατά πολύ μικρότερη από την εμφάνιση ατόμων με μέτρια εξάρτηση.

Διαγνωστικά χαρακτηριστικά καθενός κριτηρίου ξεχωριστά για την διάγνωση συμμετεχόντων που παρουσιάζουν 1) τουλάχιστον μέτρια (5 DSMcriteria τουλάχιστον), ή 2) σοβαρή εξάρτηση από την άθληση (7 DSMcriteria τουλάχιστον)

	5 criteria or more Prevalence = 31.48%			7 criteria or more Prevalence =11.11%		
DSM Criterion	Negative Predictive value	Positive Predictive value	ROC	Negative Predictive value	Positive Predictive value	ROC

1) Συχνά ασκούμε (αθλούμαι) για μεγαλύτερες χρονικές περιόδους από ότι θα ήθελα.	76.14	65	0.64	92.05	25	0.63
2) Θέλοντας να μειώσω το πόσο ασκούμε ή έχω προσπαθήσει να μειώσω τη σωματική άσκηση αλλά δεν τα κατάφερα.	69.81	100	0.52	90.57	100	0.58
3) Μεγάλο μέρος του χρόνου μου δαπανάται so να ασκούμε.	84.62	73.33	0.76	98.72	36.67	0.85
4) Έχω έντονη επιθυμία η παρόρμηση για σωματική άσκηση	84.78	43.55	0.66	95.65	16.13	0.64
5) Έχω συνεχή ενασχόληση με τη σωματική άσκηση που με οδηγεί σε αποτυχία εκπλήρωσης άλλων υποχρεώσεων στην εργασία, στο σπίτι ή στο σχολείο.	77.42	86.67	0.67	95.70	53.33	0.79
6) Συνεχίζω τη σωματική άσκηση παρά την ύπαρξη επίμονων η επαναλαμβανόμενων διαπροσωπικών προβλημάτων που οφείλονται σε αυτή	85	78.57	0.78	100	42.86	0.91
7)Εγκαταλείπω η μειώνω σημαντικές και σημαντικές κοινωνικές και ψυχαγωγικές δραστηριότητες εξαιτίας της σωματικής άσκησης.	81.25	67.86	0.71	97.50	35.71	0.82
8) Επαναλαμβάνω ασκήσεις ακόμα και αν είναι σωματικά επικίνδυνες	78.82	69.57	0.68	94.12	30.43	0.70
9) Υποτροπιάζω σε σωματική άσκηση παρά την επίγνωση ότι υπάρχει υποτροπιάζουσα σωματικό ή ψυχολογικό πρόβλημα το οποίο είναι πιθανό να προκληθεί η να επιδεινωθεί από τη σωματική άσκηση.	78.65	78.95	0.69	94.38	36.84	0.72
10α) έχω ανάγκη για εμφανώς αυξημένη σωματική άσκηση για την επίτευξη του επιθυμητού αποτελέσματος.	95	47.06	0.72	100	17.65	0.70
10β)ανοχή: μη ικανοποίηση από συνεχιζόμενη άσκηση ίδιας έντασης	71.67	35.42	0.54	88.33	10.42	0.48
11Έχω παρατηρήσει κατά το διάστημα αποχής μου από τη σωματική άσκηση στερητικά συμπτώματα(ανησυχία, ταχυπαλμίες, εφίδρωση κτλ)	76.92	53.33	0.64	93.59	23.33	0.67

Στον παραπάνω πίνακα φαίνονται οι αρνητικές τιμές πρόβλεψης(NPV) και οι θετικές τιμές πρόβλεψης(PPV) για κάθε διαγνωστικό κριτήριο ξεχωριστά. Οι θετικές και αρνητικές προγνωστικές τιμές (PPV και NPV αντίστοιχα) είναι οι αναλογίες θετικών και αρνητικών αποτελεσμάτων σε στατιστικές και διαγνωστικές δοκιμές που είναι πραγματικά θετικά και αληθινά αρνητικά αποτελέσματα αντίστοιχα(Fletcher, RobertH. Fletcher,SuzanneW. 2005).Με βάση τη θεωρία αυτή, τα αποτελέσματα

δείχνουν πως, οι ερωτώμενοι με μέτρια ΕΞ.ΑΣ. εμφανίζουν μεγαλύτερη θετική προγνωστική ικανότητα στα κριτήρια 2,5 και 6. Συγκεκριμένα το κριτήριο 2 (θέλουν να μειώσουν τη σωματική άσκηση αλλά δεν το πετυχαίνουν) εμφανίζει 100% πιθανότητα θετικής πρόβλεψης, και ακολούθως το κριτήριο 5 με πιθανότητα θετικής πρόβλεψης 86.67% (μπορούν να συνεχίσουν την άθληση παρά τα προβλήματα με την εργασία, το σχολείο ή τις οικογενειακές/κοινωνικές υποχρεώσεις) και κατά 78.57% το κριτήριο 6 (ο εθισμός μπορεί επίσης να ενδείκνυται όταν κάποιος συνεχίζει τη σωματική άσκηση παρά τα διαπροσωπικά προβλήματα λόγω της χρήσης). Αντιθέτως το κριτήριο με τη μικρότερη πιθανότητα να καταχωρηθεί ως θετικό και να είναι ψευδώς θετικό είναι το κριτήριο 10^α (οι ερωτώμενοι δήλωσαν πως δεν ικανοποιούνται από συνεχιζόμενη άσκηση ίδιας έντασης) με ποσοστό 35.4%. Όσον αφορά τα NPV μεγαλύτερη ειδικότητα φαίνεται να εμφανίζουν τα κριτήρια, 10^α 95% και 6 με 85% πιθανότητα να καταχωρηθεί ως αρνητικό και να είναι σωστό. Αντιθέτως το κριτήριο 2 εμφανίζει το μικρότερο NPV (61,81) συγκριτικά με τα υπόλοιπα διαγνωστικά κριτήρια.

Επιπρόσθετα, οι ερωτώμενοι με σοβαρή εξάρτηση από την άσκηση εμφανίζουν υψηλότερες θετικές τιμές πρόβλεψης (PPV) στα διαγνωστικά κριτήρια 2 και 5. Αναλυτικότερα το κριτήριο 2 (πως θέλουν να μειώσουν τη σωματική άσκηση αλλά δεν μπορούν) με 100% πιθανότητα θετικής πρόβλεψης, και ακολουθεί το κριτήριο 5 (οι άνθρωποι μπορούν να συνεχίσουν την σωματική άσκηση παρά τα προβλήματα με την εργασία, το σχολείο ή τις οικογενειακές/κοινωνικές υποχρεώσεις) με ποσοστό 53.3%. Αντιθέτως, μικρότερο ποσοστό θετικής πρόβλεψης εμφανίζουν το κριτήριο 4 (οι πόθοι τους είναι τόσο έντονοι που είναι δύσκολο να σκεφτούν τίποτα άλλο) 16.13% και το κριτήριο 10β (χαμηλή ικανοποίηση από συνεχιζόμενη άσκηση ίδιας έντασης) 10.4%. Επίσης τα κριτήρια που εμφανίζουν μεγαλύτερα ποσοστά αρνητικής πρόβλεψης είναι τα κριτήρια 6 και 10^α με 100% πιθανότητα και τα δύο, ενώ αυτό που παρουσιάζει μικρότερη πιθανότητα να καταγράφει ως αρνητικό ενώ είναι θετικό, είναι το κριτήριο 10β με ποσοστό 88,33.

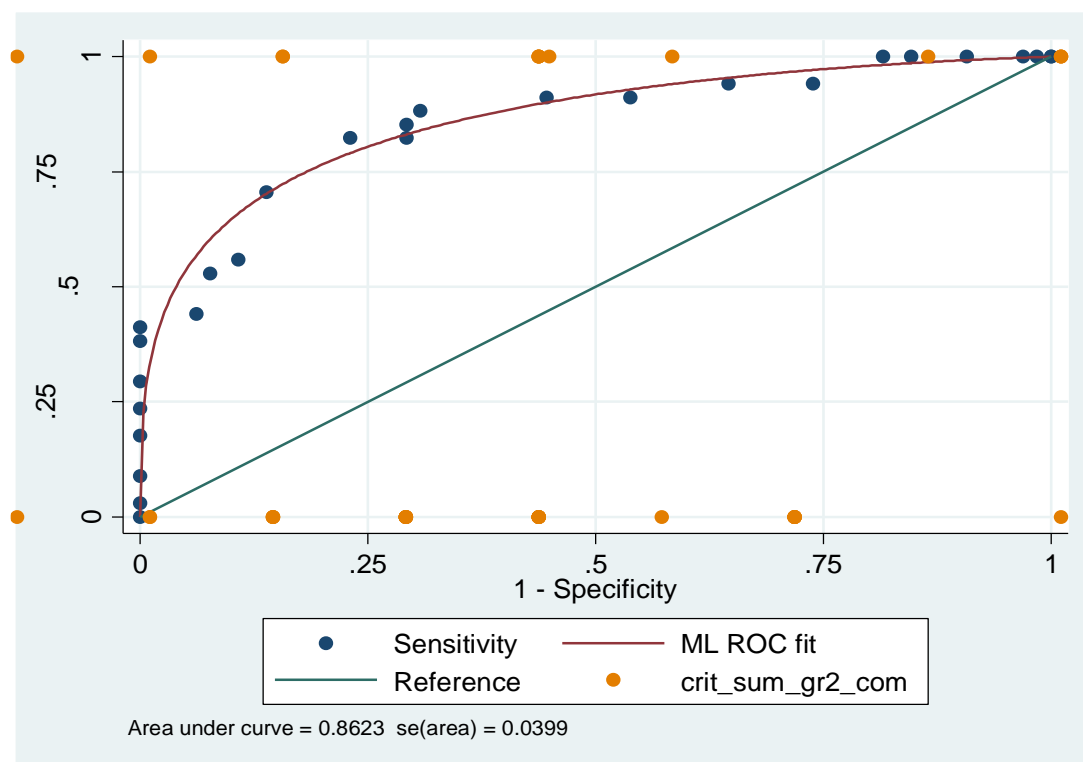
Συμπερασματικά κριτήρια που εμφανίζουν μεγαλύτερη θετική προγνωστική ικανότητα και στα δύο επίπεδα ΕΞ.ΑΣ είναι τα κριτήρια 2 και 5. Ενώ το κριτήριο 10β παρουσιάζει τη χαμηλότερη θετική προγνωστική τιμή και στα δύο επίπεδα εξάρτησης. Επιπλέον κοινά είναι και τα κριτήρια με το μεγαλύτερο ποσοστό αρνητικής πρόβλεψης τα οποία είναι τα κριτήρια 10^α και 6 αντίστοιχα. Τέλος όσον

αφορά τα κριτήρια με το χαμηλότερο ποσοστό αρνητικής πρόβλεψης διαφέρουν ως προς το επίπεδο βαρύτητας της εξάρτησης, έτσι στη μέτρια εξάρτηση να είναι το κριτήριο 2 ενώ στη σοβαρή το κριτήριο 10β.

	<i>5 DSM</i>	<i>7 DSM</i>
<i>ROC</i>	0.86	0.87
<i>z-ROC</i>	4.94	3.32
<i>Cut off</i>	.77	.80

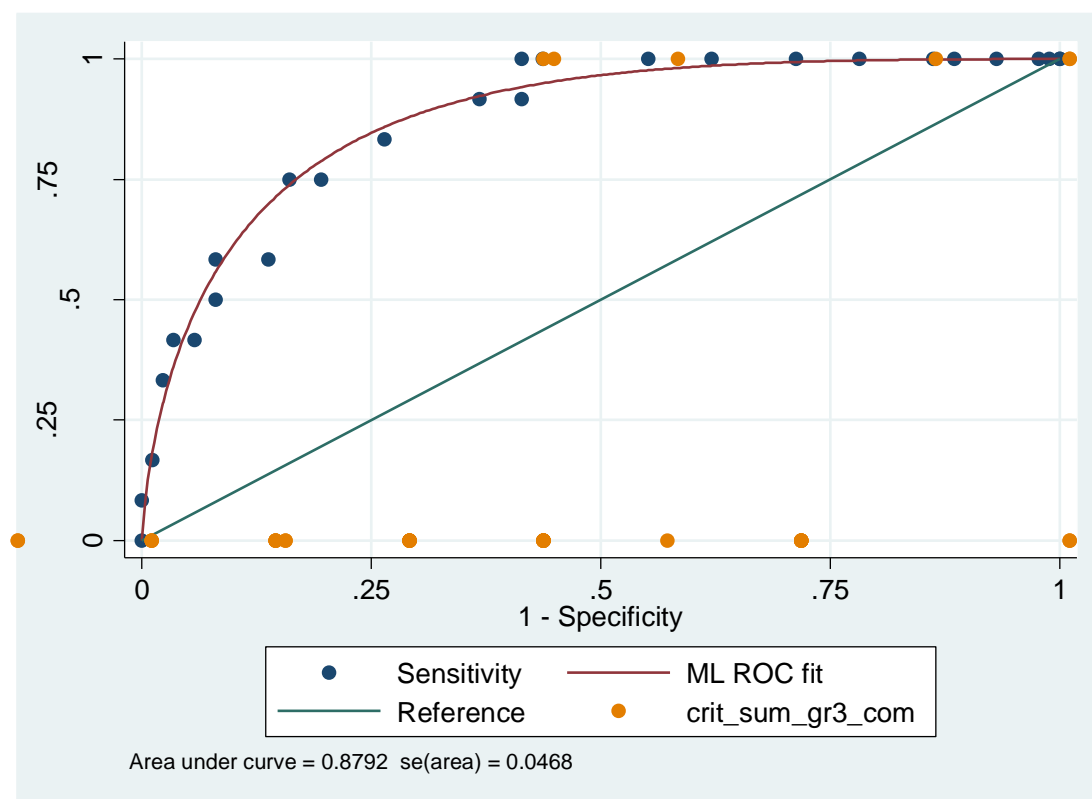
Επίσης, όπως φαίνεται από τον παραπάνω πίνακα και τις καμπύλες ROC, μεγαλύτερος αριθμός κριτηρίων διαφοροποιεί και την καμπύλη ROC του ΕΕΑΙΤ, με τις καμπύλες και τις δύο περιπτώσεις να παρουσιάζουν σημαντικά αποτελέσματα ($p < 0.05$).

ΕΕΑΙΤ – DSM 5 OR MORE CRITERIA



Σύμφωνα με την παραπάνω απεικόνιση της συνολικής διακριτικής ικανότητας του νέου ερωτηματολογίου ΕΕΑΙΤ για 5 ή περισσότερα DSM κριτήρια φαίνεται ότι τιμές που είναι μεγαλύτερες του διαγνωστικού ορίου (cutoff 0,77) θεωρούνται ότι πληρούν 5 ή περισσότερα κριτήρια ΕΞ.ΑΣ ενώ αυτές οι οποίες βρίσκονται κάτω από το Δ.Ο θεωρούνται ως φυσιολογικές δηλαδή μη πληρώντας 5 ή περισσότερα κριτήρια κατά DSM. Επιπλέον από την περιοχή κάτω από την καμπύλη ROC (0,8623) φαίνεται ότι η ικανότητα διάκρισης αυτού του μοντέλου είναι πολύ καλή.

ΕΕΑΙΤ – DSM 7 OR MORE CRITERIA



Σύμφωνα με την παραπάνω απεικόνιση της συνολικής διακριτικής ικανότητας του νέου ερωτηματολογίου ΕΕΑΙΤ για 7 ή περισσότερα DSM κριτήρια φαίνεται ότι τιμές που είναι μεγαλύτερες του Δ.Ο (cutoff 0,80) θεωρούνται ότι πληρούν 7 ή περισσότερα κριτήρια ΕΞ.ΑΣ ενώ αυτές οι οποίες βρίσκονται κάτω από το Δ.Ο θεωρούνται ως φυσιολογικές δηλαδή μη πληρώντας 5 ή περισσότερα κριτήρια κατά DSM. Επιπλέον από την περιοχή κάτω από την καμπύλη ROC (0,8792) φαίνεται ότι η ικανότητα διάκρισης αυτού του μοντέλου είναι πολύ καλή.

Επίσης, και οι δύο καμπύλες παρουσιάζουν περισσότερο από 85% κάτω από την καμπύλη, γεγονός που σημαίνει πως τα δύο γκρουπ (5 και πάνω κριτήρια, 7 και πάνω κριτήρια) διαφοροποιούνται αναφορικά με το DSM, χωρίς να παρουσιάζουν σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ τους. Επομένως, είτε αναφερόμαστε σε μέτρια, είτε σε σοβαρή εξάρτηση από την άθληση υπάρχει διαφοροποίηση του ΕΕΑΙΤ.

2.6.2 Συζήτηση και σύγκριση αποτελεσμάτων

Η κατηγοριοποίηση των συμμετεχόντων θα γίνει σε τρεις κατηγορίες: α) στην εξαρτώμενη, β) στην ανεξάρτητη συμπτωματική ομάδα και γ) στην ανεξάρτητη ασυμπτωματική ομάδα. Η κατηγοριοποίηση σε μία από τις τρεις ομάδες δημιουργείται από ένα εγχειρίδιο βαθμολόγησης, που αποτελείται από κανόνες απόφασης ροής, στους οποίους τα στοιχεία ή οι συνδυασμοί στοιχείων καθορίζουν εάν ένα άτομο θα ταξινομηθεί στην εξαρτώμενη, συμπτωματική ή ασυμπτωματική περιοχή σε καθένα από τα επτά DSM κριτήρια. Τα άτομα που ταξινομούνται στη συνιστώμενη περιοχή σε 3 ή περισσότερα από τα κριτήρια DSM ταξινομούνται ως εξαρτημένη από την άσκηση. Η εξαρτώμενη περιοχή λειτουργεί ως δείκτης βαθμολογίας 5 ή 6 γι' αυτό το στοιχείο. Τα άτομα που βαθμολογούνται στην περιοχή με 3 έως 4 ταξινομούνται ως συμπτωματικά. Τα άτομα αυτά θεωρητικά θεωρείται ότι διατρέχουν κίνδυνο για εξάρτηση από την άσκηση. Τέλος, τα άτομα που βαθμολογούνται στην περιοχή από 1 έως 2 ταξινομούνται ως ασυμπτωματικά (HausenblasandDowns, 2002:5).

Όσον αφορά στα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος, η πλειοψηφία αυτού αποτελούνταν από άντρες (σε ποσοστό 57,66%) έναντι του 42,34%, που ήταν γυναίκες. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες ήταν νέοι, ηλικίας 18-25 ετών, σε ποσοστό 41,28%, ενώ το υπόλοιπο ποσοστό υποδιαιρείται στις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες σχεδόν ισόποσα. Όσον αφορά στο μορφωτικό επίπεδο των συμμετεχόντων, η πλειοψηφία είχε τελειώσει κάποιο ΤΕΙ ή κάποιο τμήμα πανεπιστημίου (σε ποσοστό 45,05%) και ακολουθούν οι απόφοιτοι δημοτικού/λυκείου (σε ποσοστό 30,63%) και οι έχοντες κάποιο μεταπτυχιακό ή διδακτορικό (σε ποσοστό 24,32%). Σχετικά με το είδος της εργασίας, οι περισσότεροι ήταν ελεύθεροι επαγγελματίες (30,63%) και δημόσιοι υπάλληλοι (27,03%), ενώ ακολουθούν οι ιδιωτικοί υπάλληλοι (19,82%), όσοι κάνουν οικιακά (12,61%) και οι φοιτητές ή άνεργοι (9,91%).

Κάπνισμα

Λίγο περισσότεροι από τους μισούς (σε ποσοστό 52,25%) δήλωσαν ότι δεν είναι καπνιστές, το 1/3 (ποσοστό 30,63%) ότι κάνει από 0-10 τσιγάρα την ημέρα, το 9,01% ότι ήταν πρώην καπνιστές και το 4,50% ότι κάνει αρκετά τσιγάρα (10-15) την ημέρα. Η πλειοψηφία καπνίζει 2-4 φορές την εβδομάδα (44,14%), το 1/3 (32,43%) καπνίζει 4-6 φορές την εβδομάδα, το 14,41% 1-2 φορές την εβδομάδα και το 9,01% περισσότερο από 6 φορές την εβδομάδα.

Οι Lejouyeux, Guillot, Chalvin, Petit και Lequen (2012:29) διεξήγαγαν μία έρευνα σε αθλητικό κατάστημα στο Παρίσι, το οποίο είχε πολλά είδη που σχετίζονταν με τη σωματική άσκηση (π.χ. συλλογικά αθλήματα, τένις, αεροβική γυμναστική, bodybuilding). Η έρευνα έγινε με τη χρήση ερωτηματολογίου και σε αυτήν προσκλήθηκαν να λάβουν μέρος όλοι οι πελάτες, ηλικίας 18 ετών και άνω, που έφταναν στο ταμείο για να πληρώσουν για τις αγορές τους. Όλες οι συνεντεύξεις έγιναν προσωπικά από τον ίδιο ερευνητή και η διαδικασία διήρκεσε τέσσερις μήνες, από τον Ιανουάριο έως τον Απρίλιο του 2010.

Οι ερευνητές βρήκαν ότι η σχέση μεταξύ εξάρτησης από την άσκηση και εξάρτησης από τη νικοτίνη είναι περίπλοκη. Οι εξαρτημένοι από την άσκηση ανησυχούν για τη σωματική τους υγεία και τείνουν να είναι πιο ενήμεροι από τους μη εξαρτημένους για τις επιπτώσεις της νικοτίνης. Ωστόσο, η έρευνα δεν επιβεβαίωσε ένα προηγούμενο αποτέλεσμα που βρέθηκε μεταξύ των πελατών ενός γυμναστηρίου, που υποδήλωνε ότι οι εθισμένοι στην άσκηση καπνίζουν σημαντικά λιγότερο από τους ελέγχους. Η κατανάλωση της νικοτίνης και ο βαθμός εξάρτησης από τη νικοτίνη ήταν ισοδύναμη στις ομάδες ED+ και ED- (Lejouyeux, Guillot, Chalvin, Petit και Lequen, 2012:83).

Επιπλέον, σύμφωνα με στοιχεία από το πανεπιστήμιο της Θεσσαλίας και όπως επισημαίνει ο Γ. Θεοδωράκης «η συστηματική άσκηση μπορεί να προκαλέσει αύξηση της αυτοπεποίθησης του ατόμου και να το βοηθήσει να κόψει το κάπνισμα, ν' αντιμετωπίσει αποτελεσματικά τα συμπτώματα της στέρησης, που προκαλείται από

την εξάρτηση από τη νικοτίνη»⁷. Στο πλαίσιο αυτό, η έρευνα της Θ. Τζατζάκη (2016:19) καταδεικνύει ότι η εφαρμογή ενός προγράμματος άσκησης μέτριας έντασης (55-60%) μπορεί να συνεισφέρει στην αλλαγή της συμπεριφοράς του καπνίσματος και να οδηγήσει σε αυξημένα ποσοστά συνεχούς αποχής από το κάπνισμα στους ενήλικες. Αυτή ήταν και η πρώτη έρευνα που βασίστηκε σε προγράμματα μέτριας έντασης, αφού οι προγενέστερες χρησιμοποίησαν προγράμματα έντονης έντασης (Marcus et al., 1999).

Ωστόσο, ελάχιστες είναι οι έρευνες που έχουν εξετάσει την αντίστροφη σχέση, αυτή δηλαδή της εξάρτησης από τη νικοτίνη και της φυσικής δραστηριότητας. Μία εξ' αυτών είναι η μελέτη των Lorpinzi και Walker (2015)⁸, οι οποίοι βρήκαν ότι δεν υπήρχε συσχέτιση μεταξύ της εξάρτησης από τη νικοτίνη και της παθολογικής συμπεριφοράς για τις νεαρές ηλικιακές ομάδες. Εντούτοις, μεταξύ των καπνιστών ηλικίας 50 ετών και πάνω, εκείνοι με τη μεγαλύτερη εξάρτηση από τη νικοτίνη ασχολήθηκαν με περισσότερο καθιστική συμπεριφορά και λιγότερο φυσική δραστηριότητα.

Παρατηρήθηκε, πάντως, ότι ενώ υπήρχαν αρκετές μελέτες για τη σχέση νικοτίνης και άσκησης, δεν υπήρχαν μελέτες για τη συσχέτιση της νικοτίνης με την εξάρτηση από την άσκηση.

Συμπληρώματα διατροφής

Περισσότεροι από τους μισούς (59,46%) δήλωσαν ότι δεν χρησιμοποιούν συμπληρώματα διατροφής, ενώ το 27,03% ότι παίρνει πρωτεΐνες, το 9,11% ότι παίρνει συμπληρώματα για αύξηση της αντοχής και το 4,5% ότι καταναλώνει λιποδιαλύτες.

Το αποτέλεσμα αυτό έρχεται σε αντίθεση με τα όσα υποστήριξε η Moberg (2017:18), η οποία έκανε μία έρευνα σχετικά με τη χρήση και τη μη χρήση των αθλητικών συμπληρωμάτων από άτομα που ασκούνταν σε γυμναστήρια, στην οποία συμμετείχαν 85 ασκούμενοι. Από αυτούς, το 66% ήταν γυναίκες και το 34% ήταν άνδρες, ηλικίας από 19 έως 71 ετών. Συνολικά, το 68% (66% γυναίκες και 72%

⁷http://lab.pe.uth.gr/psych/index.php?option=com_content&view=article&id=237:2016-01-08-10-29-50&catid=44:-a-&lang=el&Itemid= (ανακτήθηκε 18/4/2018)

⁸<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4382772/> (ανακτήθηκε 18/4/2018)

άνδρες) δήλωσε ότι χρησιμοποιεί τακτικά αθλητικά συμπληρώματα, ενώ δεν εντοπίζεται σημαντική σχέση μεταξύ του φύλου και της χρήσης συμπληρωμάτων.

Και στην περίπτωση αυτή τα συμπληρώματα που περιέχουν πρωτεΐνη έλαβαν τη μεγαλύτερη προτίμηση σε ποσοστό 62%, ενώ ακολουθούν τα συμπληρώματα βιταμινών και ανόργανων συστατικών, τα αμινοξέα και τα ενεργειακά ποτά ήταν άλλα δημοφιλή προϊόντα. Οι πιο συνηθισμένοι λόγοι, που το έκαναν, ήταν για να συμπληρώσουν τη διατροφή τους, όταν ήταν απαραίτητο (42%) και να διασφαλίσουν ότι η πρόσληψη πρωτεΐνης (32%) και βιταμινών και ανόργανων συστατικών (31%) ήταν επαρκής. Επιπλέον, η ταχύτερη ανάκαμψη, η οικοδόμηση μυών και η ύπαρξη βολικών συμπληρωμάτων ήταν σημαντικές αιτίες για τους ερωτώμενους (Moberg, 2017:27).

Παρόμοια ήταν και τα αποτελέσματα των Lacerda, F., Carvalho, W., Hortegal, E., Cabral, N. και Veloso, H. (2015)⁹, που διενήργησαν μία έρευνα μεταξύ 2011 και 2012, για τους ασκούμενους σε γυμναστήρια στο Sao Luis, πρωτεύουσα του κράτους Maranhao, στη βορειοανατολική Βραζιλία. Σε αυτήν προσκλήθηκαν τα 21 γυμναστήρια, που βρίσκονταν στο Σάο Λούις, και συμμετείχαν τα 17. Τα κριτήρια ένταξης για τους χρήστες του γυμναστηρίου στο δείγμα ήταν: να είναι μέλος του γυμναστηρίου και ν' ασκείται δύο ή περισσότερες φορές την εβδομάδα. Τα κριτήρια ένταξης δεν περιελάμβαναν το φύλο, την ηλικία ή την κοινωνική τάξη. Το τελικό δείγμα περιελάμβανε 723 άτομα που ασκούσαν στα γυμναστήρια.

Η χρήση συμπληρώματος αναφέρθηκε σε ποσοστό 64,7% επί του δείγματος. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες ήταν άνδρες (52,6%), ηλικίας 20-39 ετών (74,4%). Τα συμπληρώματα που βασίζονται σε πρωτεΐνες και αμινοξέα ήταν τα πιο συχνά χρησιμοποιούμενα (12,0%) και ακολουθούσαν όσα ήταν πλούσια σε μικροθρεπτικά συστατικά (4,6%) και πλούσια σε υδατάνθρακες (3,5%). Από το 64,7% των συμμετεχόντων που ανέφεραν χρήση συμπληρωμάτων, το 34,4% έκανε ταυτόχρονη χρήση πολλαπλών τύπων.

Οι παράγοντες που είχαν σημαντικές συσχετίσεις με τη χρήση συμπληρωμάτων ήταν άνδρες ($p=0,013$), δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης ($p = 0,046$) ή κάτοχοι μεταπτυχιακού ($p=0,026$). Όσον αφορά στην αυτο-αντίληψή τους για το

⁹<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4587819/> (ανακτήθηκε 18/4/2018)

βάρος αυτή ήταν ως ιδανική ($p=0.006$) ή κάτω από την ιδανική ($p < 0.001$), κάπνιζαν ($p < 0,001$), ασκούνταν από έναν έως έξι μήνες ($p=0,005$), από επτά μήνες έως έναν χρόνο ($p=0,006$) ή περισσότερο από έναν χρόνο ($p < 0,001$). ($p=0,003$) ή περισσότερο από πέντε ($p=0,007$) φορές την εβδομάδα, η προπόνηση άνω των δύο ωρών ανά συνεδρία ($p=0.020$) και η αυτό-αντιληπτή ένταση ήταν κρίνονταν ως μέτρια ($p=0,001$) ή έντονη ($p < 0,001$).

Αντίθετα, η χρήση συμπληρωμάτων διατροφής δεν συσχετίστηκε σημαντικά με την ηλικία ($p=0,678$), τον τύπο απασχόλησης ($p=0,941$), το κίνητρο για άσκηση ($p=0,083$) ή τη διατροφική αυτό-αντίληψη ($p=0,237$). Οι μεταβλητές που παρέμειναν στο τελικό μοντέλο ήταν η αυτό-αντίληψη του βάρους ως ιδανικού ($p < 0.001$) και κάτω από το ιδανικό ($p < 0.001$), το κάπνισμα ($p < 0.001$), η άσκηση για επτά μήνες έως ένα έτος ($p=$ ή περισσότερο από ένα έτος ($p < 0.001$), η προπόνηση για περισσότερες από δύο ώρες ανά συνεδρία ($p=0.053$) και η αυτό-αντιληπτή ένταση ως μέτρια ($p=0.024$) ή έντονη ($p=0.001$).

Φαρμακευτική αγωγή

Οι μισοί και πλέον (53,15%) δήλωσαν ότι δεν έχουν λάβει ποτέ φαρμακευτική αγωγή, στο πλαίσιο της άσκησής τους, το 23,42% ότι έλαβε για μυοσκελετικά προβλήματα, το 18,02% ότι έλαβε για άλλους λόγους, ενώ σε ποσοστό 2,70% έλαβαν φαρμακευτική αγωγή για γαστρεντερολογικά προβλήματα και ψυχολογικούς λόγους.

Αξίζει να σημειωθεί ότι η φυσιολογική βάση για την εξάρτηση από την άσκηση και την υψηλή ανοχή του πόνου στα εξαρτημένα άτομα έχει συνδεθεί με τη δραστικότητα πεπτιδίων οπιοειδών στο κεντρικό νευρικό σύστημα. Ένας αριθμός ερευνητών (Fraiolietal., 1980, Coltetal., 1981b, Carret κ.ά., 1981. Howlettetal., 1984) έχουν επιδείξει αξιοσημείωτες αυξήσεις των πεπτιδίων οπιούχου πλάσματος κατά τη διάρκεια της άσκησης, η οποία φαίνεται ωστόσο να είναι σχετικά μη ειδική απόκριση σε οξύ στρες. Τα περιφερικά οπιοειδή πεπτίδια είναι σχετικά αδιαπέραστα από τον αιματοεγκεφαλικό φραγμό και συνεπώς δεν μπορούν να εμπλακούν στις οξείες αλλαγές της διάθεσης, στην υψηλή ανοχή του πόνου ή ως ενισχυτικό για την εξάρτηση από την άσκηση (Veale, 1987:737).

Όσον αφορά στη ψυχολογία, τα πολύ χαμηλά ποσοστά κατανάλωσης αγωγής μπορούν να εξηγηθούν από το εξής: η σωματική άσκηση έχει αναγνωριστεί από

καιρό ως αποτελεσματική θεραπεία κατά των διαταραχών της διάθεσης, ιδιαίτερα της μείζονος κατάθλιψης. Οι κυτταρικοί μηχανισμοί, όπως η ρύθμιση προς τα επάνω των ενήλικων νευρογενέσεων, θεωρήθηκαν ως σημαντικός ρυθμιστής της διάθεσης μετά την άσκηση. Οι πρόσφατες εξελίξεις στους μοριακούς μηχανισμούς, οι οποίοι διέπουν την νευρογένεση που ρυθμίζεται από την άσκηση έχουν διευρύνει την κατανόησή μας στην πλαστικότητα του εγκεφάλου σε φυσιολογικές και παθολογικές καταστάσεις και επομένως καλύτερη διαχείριση των διαφορετικών ψυχιατρικών διαταραχών (Yuan, Paes, Arias-Carrión, Ferreira Rocha, deSá Filho and Machado, 2015:1309).

Επιπλέον, η σωματική δραστηριότητα βελτιώνει την ποιότητα ζωής των ασθενών με μη ψυχιατρικές παθήσεις, όπως η περιφερική αρτηριακή αποφρακτική ασθένεια και η νομυαλγία, ενώ βοηθά, επίσης, στην ανακούφιση τέτοιων διαφορετικών καταστάσεων, όπως η αποχή από τη νικοτίνη και η εμμηνόπαυση (Peluso and Guerra de Andrade, 2005)¹⁰.

Τέλος, σχετικά με τη λήψη φαρμακευτικής αγωγής για γαστρεντερολογικούς λόγους, η φυσική δραστηριότητα αυξάνει την παλινδρόμηση, καθώς πολλές έρευνες έδειξαν ότι η έντονη σωματική δραστηριότητα ενισχύει τα οξέα του στομάχου και τα οδηγεί στον οισοφάγο. Επίσης, μία έρευνα έδειξε τρεις φορές περισσότερα γαστρικά οξέα στον οισοφάγο όσων ασκούνταν και συνεπώς οι ασκούμενοι θα πρέπει να λαμβάνουν προφυλάξεις, όταν ασκούνται¹¹.

Συμβουλή για μείωση άσκησης

Το 67,57% δήλωσε ότι δεν το έχουν συμβουλευτεί ποτέ για το αν πρέπει να μειώσει τη σωματική άσκηση, ενώ αντίθετα το 17,12% δήλωσε ότι δέχτηκε συμβουλή και μάλιστα για ν' αυξήσει την άσκηση. Το 13,51% απάντησε, επίσης, θετικά και το 1,80 απάντησε κάτι άλλο.

Συμπεράσματα

Τα δύο φύλα δηλώνουν σε σημαντικό ποσοστό πως είναι εξαρτημένα από την άσκηση -και μάλιστα οι γυναίκες σε μικρότερο ποσοστό από τους άντρες-, ενώ

¹⁰http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1807-59322005000100012&script=sci_arttext

¹¹<https://www.neakriti.gr/article/ygeia/1500472/pos-voithaei-i-askisi-stin-gastroisofagiki-palindromisi-hrisimes-sumvoules/> (ανακτήθηκε 18/4/2018)

αμφότερα τα φύλα εμφανίζουν περίπου ίδιο ποσοστό όσον αφορά στην ήπια εξάρτηση. Η αλήθεια είναι πως τα ποσοστά αυτά είναι εντυπωσιακά, καθώς όλοι μας έχουμε στο μυαλό μας την σωματική άσκηση ως κάτι θετικό για την σωματική και την ψυχική μας υγεία. Παρόλα αυτά όλοι έχουμε στο μυαλό μας άτομα να σπαταλούν άπειρες ώρες στο γυμναστήριο, προκειμένου ν' αποκτήσουν το σώμα των ονείρων τους. Προφανώς, όμως, δεν έχουν την γνώση και την ικανότητα να βάλουν κάποια όρια, τα οποία μπορούν να μην ξεπεράσουν.

Από δημογραφικής απόψεως, αυτοί οι οποίοι είναι πιο πιθανό να εμφανίσουν εξάρτηση από την άσκηση είναι οι νεαροί άνδρες, ηλικίας 18-25 ετών σε ποσοστό 35,66% και ακολουθούν με παρόμοια ποσότητα άλλα ηλικιακά γκρουπ. Το ποσοστό αυτό μπορεί να δικαιολογηθεί από το γεγονός ότι πρόκειται για μία ηλικία κατά την οποία οι άνθρωποι δίνουν μεγάλη σημασία στην εξωτερική τους εμφάνιση και ως εκ τούτου οι επισκέψεις τους στο γυμναστήριο είναι πιο συχνές.

Επίσης, όσοι είναι μεταπτυχιακοί ή διδακτορικοί (34,6) καθώς και οι απόφοιτοι γυμνασίου ή λυκείου (33,3%) , γεγονός που μπορεί να συνδέεται με την ανεργία και ως εκ τούτου τη διάθεση περισσότερου χρόνου για προπόνηση.

Οι δημόσιοι υπάλληλοι (40%) και οι ελεύθεροι επαγγελματίες (36,4) είναι αυτοί που βρίσκονται πιο ψηλά στη λίστα εμφάνισης εξάρτησης από την άσκηση, γεγονός που πιθανώς οφείλεται στο ότι επιλέγουν να αφιερώνουν τον ελεύθερο χρόνο τους στη γυμναστική.

Επίσης, υψηλότερη πιθανότητα να εμφανίσουν εξάρτηση έχουν αυτοί που καπνίζουν 0-10 τσιγάρα ανά ημέρα, (32,4%) σε σχέση με αυτούς που καπνίζουν πολύ, που προφανώς έχουν αντιληφθεί ότι άσκηση και κάπνισμα δεν πάνε μαζί, ενώ ακολουθούν αυτοί που καπνίζουν περισσότερο από 10 τσιγάρα ημερησίως (σε ποσοστό 22,2%), στοιχείο, πάντως, που είναι εντυπωσιακό.

Τέλος, αυτοί που έχουν λάβει φαρμακευτική αγωγή για μυοσκελετικά προβλήματα (62,5%) είναι πιο πιθανό να εξαρτηθούν από την άθληση σε σχέση με αυτούς που δεν έχουν λάβει ποτέ κάποια φαρμακευτική αγωγή. Το υψηλό τους ποσοστό μπορεί να οφείλεται σε κάποιο είδος τραυματισμών, που ενδεχομένως να έχει προκληθεί από την έντονη προπόνηση. Το εύρημα επαληθεύει τη μελέτη ότι η πρωτογενής υπερβολική άσκηση είναι σπάνια παθολογική, αφού τα περισσότερα

εξαρτώμενα από την άσκηση άτομα δεν παρουσιάζουν σημεία νόσου, αλλά μάλλον παρουσιάζουν καλή ψυχική υγεία. Ωστόσο, οι αναφορές περιστατικών δεν αφήνουν καμία αμφιβολία σχετικά με τις δυνατότητες σημαντικής σωματικής βλάβης, που προκαλείται από την υπερβολική άσκηση (Peluso and Guerra de Andrade, 2005)¹². Αυτό σημαίνει ότι εφόσον παρουσιάζουν καλή ψυχική υγεία δεν έχουν ανάγκη να πάρουν φαρμακευτική αγωγή π.χ. για ψυχολογικούς λόγους ή από γαστρεντερολογικά αίτια, αλλά αντίθετα παίρνουν για μυοσκελετικά προβλήματα που σχετίζονται με την έντονη άσκηση.

Βάσει των παραπάνω συμπεραίνουμε ότι: το ποσοστό εξάρτησης από την άσκηση στον πληθυσμό ενός τυπικού γυμναστηρίου -που αποτελεί και το πρώτο ερευνητικό ερώτημα της εργασίας μας, είναι αξιοσημείωτο: όσον αφορά το συγκεκριμένο γυμναστήριο στα Ιωάννινα το 14.75% των ανδρών παρουσιάζει σοβαρή εξάρτηση από την άσκηση ενώ οι γυναίκες εμφανίζουν μικρότερο ποσοστό 6.38%.

Όσον αφορά το δεύτερο ερευνητικό ερώτημα το οποίο είναι η συνύπαρξη εξάρτησης από την άσκηση και διατροφικών διαταραχών -φάνηκε ότι η εξάρτηση από την άθληση είναι πιο συχνή σε όσους πάσχουν από διατροφικές διαταραχές σε σχέση με όσους δεν πάσχουν. Η σχέση μεταξύ των συμπτωμάτων ΕΞ.ΑΣ. και των διαταραχών πρόσληψης τροφής δεν αποτελεί έκπληξη και σύμφωνα με προηγούμενες μελέτες (Bratland-Sanda et al., 2010, Cook et al., 2015). Όπως ήδη αναφέρθηκε παραπάνω, υπάρχει μια μεγάλη έρευνα που υπογραμμίζει το ρόλο της έντονης, σωματικής άσκησης ως ακατάλληλης στρατηγικής αντιμετώπισης για την αντιμετώπιση προβλημάτων βάρους, σχήματος και εμφάνισης. Τα αποτελέσματα υποστηρίζουν περαιτέρω τα ευρήματα των Lejoyeux et al. (2008), ο οποίος διερεύνησε ένα συγκρίσιμο δείγμα των πελατών του γυμναστηρίου.

Επιπλέον τα αποτελέσματα της δικής μας έρευνας μπορούν να συσχετιστούν με αυτά προηγούμενης μελέτης που πραγματοποιήθηκε ανάμεσα σε 128 φοιτητές πανεπιστημίου με αντικείμενο μελέτης τον κίνδυνο για την εξάρτηση από την άσκηση, την παθολογία της διαταραχής της διατροφής, τη διαταραχή της χρήσης οινοπνεύματος και την εθιστική συμπεριφορά μεταξύ των πελατών των κέντρων

¹²http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1807-59322005000100012&script=sci_arttext (ανακτήθηκε 20/3/2018)

γυμναστικής και οι διατροφικές διαταραχές στην οποία βρέθηκε ότι το 7,8% του δείγματος ήταν σε κίνδυνο για να διαγνωστεί με ΕΞ.ΑΣ. ενώ το 10,9% ανέφερε παθολογία της διατροφικής διαταραχής (J Behav Addict. 2015) όπου και σε αυτή την έρευνα υπήρχε θετική συσχέτιση μεταξύ διατροφικών διαταραχών και ΕΞ.ΑΣ.

Σχετικά με τη συνύπαρξη εξάρτησης από την άθληση με τη χρήση άλλων εξαρτησιογόνων ουσιών (π.χ. νικοτίνη) και τη χρήση συμπληρωμάτων διατροφής-που είναι το τρίτο ερευνητικό ερώτημα- αποδείχθηκε ότι δεν υπάρχει συσχέτιση του καπνίσματος με την εξάρτηση, αφού αυτοί που καπνίζουν 0-10 τσιγάρα την ημέρα είναι πιο συχνό να εμφανίσουν εξάρτηση σε σχέση με αυτούς που καπνίζουν πολύ. . Τέλος, αναφορικά με τη χρήση συμπληρωμάτων διατροφής φαίνεται ότι υπάρχει συσχέτιση με την εξάρτηση από την άσκηση καθώς το 27,03% του δείγματος παίρνει πρωτεΐνες, το 9,11% ότι παίρνει συμπληρώματα για αύξηση της αντοχής και το 4,5% ότι καταναλώνει λιποδιαλυτές. Αυτά τα αποτελέσματα μας οδηγούν στο συμπέρασμα ότι τα άτομα που ασχολούνται συνεχώς με την άσκηση ακολουθούν και ένα τρόπο ζωής στενά συνδεδεμένο με τη χρήση συμπληρωμάτων διατροφής για καλύτερα αποτελέσματα στην εξωτερική τους εμφάνιση καθώς και στις αθλητικές τους επιδόσεις.

Σχετικά με το τέταρτο ερευνητικό ερώτημα το οποίο είναι η δοκιμή και ο έλεγχος της δυνατότητας χρήσης του ερωτηματολογίου AUDIT στη διερεύνηση της ΕΞ.ΑΣ, σύμφωνα με τις καμπύλες ROC μπορούμε να πούμε ότι η ικανότητα διάκρισης του είναι αρκετά καλή και σε αυτό το πεδίο εξάρτησης.

Αναλυτικότερα αενοιολογικά, η AUC μπορεί να ερμηνευθεί ως η πιθανότητα ότι ένα τυχαίο επιλεγμένο δείγμα με διαταραχή ΕΞ.ΑΣ. θα έχει μια υψηλότερη βαθμολογία στο τεστ από ένα τυχαία επιλεγμένο δείγμα χωρίς ΕΞ.ΑΣ. Έχουν προσφέρει σημεία αναφοράς για τη μέτρηση AUC, γεγονός που υποδηλώνει ότι οι τιμές ≥ 0.9 είναι «εξαιρετική», ≥ 0.80 «καλή», ≥ 0.70 «δίκαιη» και < 0.70 «κακή». Αυτά είναι ίσως κατάλληλα για κάποια μηχανική και βιοϊατρικές εφαρμογές, αλλά στο πλαίσιο των διαγνώσεων ψυχικής υγείας, είναι λιγότερο αντιπροσωπευτικές. Η AUC περιορίζεται από την αξιοπιστία και την εγκυρότητα του προτύπου αναφοράς: Αν η διάγνωση κριτήριο είναι ατελής, τότε είναι αδύνατο για την AUC να φτάσει 1,00 (Kraemer, 1992? Pepe, 2003). Στην πράξη, πολλοί από τους καταλόγους ελέγχου συμπεριφοράς με τις καλύτερες επιδόσεις και τα διαθέσιμα αποθέματα παρέχουν εκτιμήσεις AUC

στην κλίμακα 0,7-0,8 υπό κλινικά ρεαλιστικές συνθήκες και με έγκυρες τυπικές διαγνώσεις αναφοράς. Όταν τα ερωτηματολόγια παράγουν τιμές AUC μεγαλύτερες από 0,90, είναι πιο πιθανό να υποδηλώνουν ελαττώματα σχεδιασμού και όχι εξαιρετική διακριτική ισχύ (Youngstrom et al., 2006).

2.6.1 Προτάσεις και περιορισμοί στη βιβλιογραφία

Μία μελλοντική έρευνα, που θα αποτελέσει συνέχεια της υπάρχουσας, θα μπορούσε να μελετήσει τη συσχέτιση μεταξύ της εξάρτησης από την άσκηση με την εξάρτηση από κάποια χημική ουσία (π.χ. αλκοόλ).

Βάσει της έρευνας που έκανε ο ερευνητής στην υπάρχουσα βιβλιογραφία κατέληξε στα εξής συμπεράσματα:

Επειδή μέχρι στιγμής οι μελέτες των αρνητικών επιπτώσεων τείνουν να επικεντρώνονται στις ψυχολογικές αντιδράσεις για την άσκηση απόσυρσης, δεν έχει δοθεί ιδιαίτερη προσοχή στο εάν οι ψυχολογικές διαταραχές και η ψυχική δυσφορία είναι γενικά χαρακτηριστικές της εξάρτησης από την άσκηση (Bamber, Cockerill and Carroll, 2000)¹³. Προτείνεται, λοιπόν, σε επόμενες έρευνες να εξεταστεί η σχέση αυτή, καθώς αν υποθέσουμε ότι ισχύει, τότε αντιλαμβάνεται κανείς ότι μιλάμε τότε για ψυχογενείς καταστάσεις που χρήζουν ιατρικής αντιμετώπισης.

Επίσης, υπάρχει έλλειμμα όσον αφορά στη σχέση της εξάρτησης από την άσκηση και την εξάρτηση από άλλες ουσίες (π.χ. νικοτίνη), αν και η έρευνά μας έδειξε ότι αυτό δεν ισχύει.

Όσον αφορά στη βιβλιογραφία, υπάρχουν αρκετές μελέτες που αναφέρονται στην εξάρτηση από την άσκηση και τις συνέπειές της στο άτομο, όμως, αυτή είναι κυρίως διεθνής και στα αγγλικά. Αντίθετα, περιορισμένη είναι η ελληνική βιβλιογραφία και οι έρευνες, που έχουν πραγματοποιηθεί πάνω στο υπό διερεύνηση θέμα και αυτό μπορεί να αποτελέσει μία πρόταση για μελλοντικές έρευνες στο μέλλον.

Βιβλιογραφία

¹³<http://bjsm.bmj.com/content/34/2/125>

A. Ελληνική

Δαουτόπουλος, Γ. (2004). *Μεθοδολογία κοινωνικών ερευνών*. Θεσσαλονίκη: Ζυγός

Νόβα-Καλτσούνη, Χρ. (2006). *Μεθοδολογία εμπειρικής έρευνας στις Κοινωνικές Επιστήμες*. Αθήνα: Gutenberg

Τζατζάκη, Θ. (2016). *Άσκηση και αυτορρύθμιση για τη διακοπή του καπνίσματος*. Διδακτορική διατριβή που υποβλήθηκε στο Τμήμα Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

B. Ξενόγλωσση

Ackard, D. Brehm, B. and Steffe, J. (2002). *Exercise and Eating Disorders in Colledge-Aged Women: Profiling Excessive Exercisers*. *Eating Disorders*, 10:31–47

Adams, J. and Kirkby, R. (1997). *Exercise dependence: a problem for sports physiotherapists*. Vol.. 43, pp. 53-58

Aidman, E. and Woollard, S. (2003). *The influence of self-reported exercise addiction on acute emotional and physiological responses to brief exercise deprivation*. *Psychology of Sport and Exercise* 4, pp. 225–236

Allegre, B., Souville, M. Therme, P. & Griffiths, M. (2006). *Definitions and measures of exercise dependence*, *Addiction Research and Theory*, 14(6), pp. 631–646

Astrid Müller, Sabine Loeber, Johanna Söchtig, Bert Te Wildt,³ and Martina De Zwaan¹ Author information ,(2015) .*Risk for exercise dependence, eating disorder pathology, alcohol use disorder and addictive behaviors among clients of fitness centers*

Bamber, D., Cockerill, I. and Carroll, D. (2000). *The pathological status of exercise dependence*. Διαθέσιμο στο <http://bjsm.bmj.com/content/34/2/125>

Bratland-Sanda S., Sundgot-Borgen J., Rø Ø., Rosenvinge J. H., Hoffart A., Martinsen E. W. (2010). *“I’m not physically active-I only go for walks”*: Physical activity in patients with longstanding eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 43(1), 88–92. [[PubMed](#)]

Calogero, R., Pedrotty, K. (2004). *The Practice and Process of Healthy Exercise: An Investigation of the Treatment of Exercise Abuse in Women with Eating Disorders*. *Eating Disorders*, 12:273–291

Davis, C., Kennedy, S.H., Ravelski, E. and Dionne, M. (1994). *The role of physical activity in the development and maintenance of eating disorders*, *Psychological Medicine*, 24, pp. 957-967

Fletcher, Robert H. Fletcher ; Suzanne W. (2005). *Clinical epidemiology : the essentials (4th ed.)*. Baltimore, Md.: Lippincott Williams & Wilkins. p. 45. [ISBN 0-7817-5215-9](#).

Freimuth, M., Moniz, S. and Kim, S. (2011). *Clarifying Exercise Addiction: Differential Diagnosis, Co-occurring Disorders, and Phases of Addiction*. *Int J Environ Res Public Health*. 2011 Oct; 8(10): 4069–4081, Διαθέσιμο στο <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3210598/>

Hausenblas, H.A. & Downs, S. (2000a). *A review of exercise dependence*. *Psychology of Sport and Exercise*, 3, pp. 89-123

Hausenblas, H.A. and Downs, S. (2002). *Exercise Dependence Scale-21 Manual*.

Hurst, R., Hale, B, Smith, D, Collins, D. (2000). *Exercise dependence, social physique anxiety, and social support in experienced and inexperienced bodybuilders and weightlifters*. *Br J Sports Med.*, 34(6):431-435

Lacerda, F., Carvalho, W., Hortegal, E., Cabral, N. και Veloso, H. (2015). *Factors associated with dietary supplement use by people who exercise at gyms*. *Rev Saude Publica*. 2015; 49-63. Διαθέσιμο στο <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4587819/>

Lejoyeux M., Avril M., Richoux C., Embouazza H., Nivoli F. (2008). *Prevalence of exercise dependence and other behavioral addictions among clients of a Parisian*

Loprinzi, P. and Walker, J. (2015). *Nicotine Dependence, Physical Activity, and Sedentary Behavior among Adult Smokers*. *N Am J Med Sci*. 2015 Mar; 7(3): 94–99, Διαθέσιμο στο <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4382772/>

Meyer, C., Taranis, L., Goodwin, H. and Haycraft, E. (2011). *Compulsive exercise and eating disorders*. *European Eating Disorders Review*, 19(3), pp. 174-189

Michael , B., First, M.D., Janet B. W. Williams, Ph.D., Rhonda S. Karg, Ph.D. and Robert L., Spitzer . (2016) *Structured Clinical Interview for DSM-5® Disorders—Clinician Version (SCID-5-CV)*.

Modoio, V.I., Antunes, H., Borba de Gimenez, P., De Mello Santiago, M., Tufik, S., Túlio de Mello, M. (2011). *Negative addiction to exercise: are there differences between genders?* Clinics, Vol. 66, No.2 São Paulo, pp. 255-260

Moberg, K. (2017). *The use and non-use of sports supplements: A mixed methods study among people exercising at gyms*. Degree of Master (One Year) in Food and Meal Science, Faculty of Natural Science

Peluso, M. and Guerra de Andrade, L. (2005). *Physical activity and mental health: the association between exercise and mood*, Διαθέσιμο στο http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1807-59322005000100012&script=sci_arttext

Rossi, L. and Tirapegui, J. (2016). *Exercise dependence and its relationship with supplementation at gyms in Brazil*. Nutr Hosp. 2016; 33(2):431-436

Tery, A., Szabo, A. and Griffiths, M. (2004). *The exercise addiction inventory: a new brief screening tool*. Addiction Research and Theory, Vol. 12, No. 5, pp. 489-499

Veale, C. (1987). *Exercise Dependence*. British Journal of Addiction (1987) 82, pp.735-740

Yates, A., Shisslak, C., Crago, M., Allender, J. (1994). *Overcommitment to sport: Is there a relationship to eating disorders*. Clinical Journal of Sportsmedicine

Yuan, T., Paes, F., Arias-Carrión, O., Ferreira Rocha, N., de SáFilho, A. and Machado, S. (2015). *Neural Mechanisms of Exercise: Anti-Depression, Neurogenesis and Serotonin Signaling*. CNS & Neurological Disorders - Drug Targets, 14, pp. 1307-1311

Youngstrom E A. *Future directions in psychological assessment: Combining evidence-based medicine innovations with psychology's historical strengths to enhance utility*. Journal of Clinical

Γ. Διαδίκτυο

<http://bjsm.bmj.com/content/34/2/125> (εξακριβώθηκε 29/3/2018)

http://lab.pe.uth.gr/psych/index.php?option=com_content&view=article&id=237:2016-01-08-10-29-50&catid=44:-a-&lang=el&Itemid= (εξακριβώθηκε 18/4/2018)

<https://www.neakriti.gr/article/ygeia/1500472/pos-voithaei-i-askisi-stin-gastroisofagiki-palindromisi-hrisimes-sumvoules/> (18/4/2018)

<https://psychcentral.com/dsm-5/> (εξακριβώθηκε 18/4/2018)

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1807-59322005000100012&script=sci_arttext (ανακτήθηκε 20/3/2018)

<https://www.stata.com/why-use-stata/> (ανακτήθηκε 29/3/2018)

<http://www.tovima.gr/science/article/?aid=464838> (ανακτήθηκε 17/3/2018)

Παράρτημα ερωτηματολογίων

ΠΙΝΑΚΑΣ 1(ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ AUDITEΞ.ΑΣ)

1. Πόσο συχνά γυμνάζεστε;

Απάντηση: (0) Ποτέ [προχωρήστε στις ερωτήσεις 9-10]

(1) Μία φορά το μήνα ή λιγότερο

(2) 2 έως 4 φορές το μήνα

(3) 2 -4 φορές την εβδομάδα ή

(4) 4 φορές την εβδομάδα ή περισσότερο

2. Πόσες ώρες αφιερώνετε για τη σωματική σας άσκηση σε μία τυπική ημέρα κατά την οποία επισκέπτεστε το γυμναστήριο;

Απάντηση: (0) 30 λεπτά-1 ώρα

(1) 1-2 ώρες

(2) 2-3 ώρες

(3) 3-5 ώρες

(4) 5 ή περισσότερες

3. Πόσο συχνά αφιερώνετε 3 ή περισσότερες ώρες σε μια επίσκεψή σας στο γυμναστήριο;

Απάντηση: (0) Ποτέ

(1) Λιγότερο από μία φορά τον μήνα

(2) Μια φορά τον μήνα

(3) Μια φορά την εβδομάδα

(4) Καθημερινά ή σχεδόν καθημερινά

Προχωρήστε στις ερωτήσεις 9 και 10 αν η συνολική βαθμολογία για τις ερωτήσεις 2 και 3=0

4. Τον τελευταίο χρόνο πόσο συχνά διαπιστώσατε ότι ξεκινήσατε να γυμνάζεστε και δεν μπορούσατε να σταματήσετε;

Απάντηση: (0) Ποτέ

(1) Λιγότερο από μία φορά τον μήνα

(2) Μία φορά τον μήνα

(3) Μια φορά την εβδομάδα

(4) Καθημερινά ή σχεδόν καθημερινά

5. Κατά τον τελευταίο χρόνο πόσο συχνά, εξαιτίας του χρόνου που δαπανάτε για τη σωματική σας άσκηση, αποτύχατε ν' ανταποκριθείτε στις υποχρεώσεις σας (σπίτι, δουλεία, οικογένεια);

Απάντηση: (0) Ποτέ

(1) Λιγότερο από μία φορά τον μήνα

(2) Μία φορά τον μήνα

(3) Μία φορά την εβδομάδα

(4) Καθημερινά ή σχεδόν καθημερινά

6. Τον τελευταίο χρόνο, πόσο συχνά χρειάστηκε να γυμναστείτε το πρωί για να ξεκινήσετε την μέρα σας ;

Απάντηση;(0) Ποτέ

(1) Λιγότερο από μια φορά τον μήνα

(2) Μια φορά τον μήνα

(3) Μια φορά την εβδομάδα

(4) Καθημερινά ή σχεδόν καθημερινά

7. Τον τελευταίο χρόνο, πόσο συχνά νιώσατε τύψεις ή ενοχές γιατί δεν είχατε γυμναστεί ;

Απάντηση: (0) Ποτέ

(1) Λιγότερο από μια φορά τον μήνα

(2) Μια φορά τον μήνα

(3) Μια φορά την εβδομάδα

(4) Καθημερινά ή σχεδόν καθημερινά

8. Κατά τον τελευταίο χρόνο πόσο συχνά συνεχίσατε να γυμνάζεστε ενώ είχατε τραυματιστεί;

Απάντηση: (0) Ποτέ

(1) Λιγότερο από μια φορά τον μήνα

(2) Μια φορά τον μήνα

(3) Μια φορά την εβδομάδα

(4) Καθημερινά ή σχεδόν καθημερινά

9. Έχετε αποκτήσει κάποιο χρόνιο ορθοπαιδικό πρόβλημα(χρόνιο πόνο) εξαιτίας της υπερβολικής σωματικής άσκησης;

Απάντηση: (0) Όχι

(1) Ναι, αλλά όχι κατά τον τελευταίο χρόνο

(2) Ναι, κατά τον τελευταίο χρόνο

10. Μήπως κάποιος συγγενής, φίλος, γιατρός ή άλλος επαγγελματίας υγείας σας εξέφρασε τις ανησυχίες του γιατί γυμνάζεστε πολύ ή σας πρότεινε να τη μειώσετε την τόσο πολύ άσκηση;

Απάντηση: (0) Όχι

(1) Ναι, αλλά όχι κατά τον τελευταίο χρόνο

(2) Ναι κατά τον τελευταίο χρόνο
