



Ανώτατο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Κρήτης,
Σχολή Επαγγελμάτων Υγείας και Πρόνοιας,
Τμήμα Διατροφής & Διαιτολογίας, Παράρτημα Σητείας

**« ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΕΝΑΣΧΟΛΗΣΗΣ ΜΕ ΤΑ ΤΥΧΕΡΑ ΠΑΙΧΝΙΔΙΑ ΚΑΙ
ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ 100 ΑΤΟΜΩΝ»**



Πτυχιακή Εργασία

των

Αθανασάτου Σταυρούλα

Βενετή Ιωάννη

Κούφη Μαρία

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: Χαρωνιτάκη Αικατερίνη

Σητεία, 2016



TECHNOLOGICAL EDUCATIONAL INSTITUTE OF CRETE
DEPARTMENT OF HUMAN NUTRITION AND DIETETICS

«Correlation of involvement with gambling and eating habits of 100 people»



Graduation Project

of

Athanasatou Stavroula

Venetis Ioannis

Koufi Maria

Supervisor: Charonitaki Aikaterini

Siteia, 2016

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη.....	7
Abstract.....	8
Ευχαριστίες.....	9
Εισαγωγή.....	10

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ:ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1	Σελίδα
1.1 Ιστορική Αναδρομή των Τυχερών Παιχνιδιών.....	11
1.2 Κατηγορίες ενασχόλησης με τον τζόγο.....	12
1.3 Κατηγορίες Παιχτών.....	14
1.4 Διαγνωστικά Κριτήρια κατά DSM-V Παθολογικής Χαρτοπαιξίας.....	17
1.5 Ο Τζόγος στο διαδίκτυο.....	19
i. Εισαγωγή.....	19
ii. Χαρακτηριστικά του Διαδικτυακού Τζόγου.....	20
iii. Οι κίνδυνοι εξάπλωσης του τζόγου μέσω του Διαδικτύου.....	21
iv. Διαφορές στα χαρακτηριστικά παικτών του κλασικού καζίνο και παικτών του διαδικτυακού καζίνο.....	22
1.6 Αιτιολογία ενασχόλησης με τα τυχερά παιχνίδια.....	23
1.7 Οι συνέπειες του τζόγου.....	25
Κεφάλαιο 2	
2. Διατροφικές Διαταραχές και Παράγοντες Κινδύνου Εμφάνισης τους.....	25
2.1 Ψυχογενής Ανορεξία.....	26
i. Διαγνωστικά Κριτήρια κατά DSM και ICD Ψυχογενούς Ανορεξίας.....	26
ii. Βιολογικοί – Οικογενειακοί παράγοντες κινδύνου.....	29
iii. Ψυχολογικοί Παράγοντες – Προσωπικότητα.....	29
iv. Κοινωνικοί – Περιβαλλοντικοί παράγοντες.....	30

2.2 Ψυχογενής Βουλιμία.....	32
i. Διαγνωστικά Κριτήρια κατά DSM και ICD Ψυχογενούς Βουλιμίας.....	32
ii. Βιολογικοί – Οικογενειακοί παράγοντες κινδύνου.....	35
iii. Ψυχολογικοί Παράγοντες – Προσωπικότητα.....	35
iv. Κοινωνικοί – Περιβαλλοντικοί παράγοντες.....	36
2.3 Σύνδρομο Υπερφαγίας.....	36
i. Διαγνωστικά Κριτήρια Συνδρόμου Υπερφαγίας.....	37
ii. Χαρακτηριστικά-Συμπτώματα του Συνδρόμου Υπερφαγίας.....	38
2.4 Πρόληψη, Αντιμετώπιση και Θεραπεία των Διαταραχών Τροφής.....	39
i. Πρόληψη.....	39
ii. Ψυχολογική παρέμβαση.....	40
iii. Φαρμακευτική θεραπεία.....	43
iv. Διαιτολογική παρέμβαση.....	44

Κεφάλαιο 3

3.1 Η ψυχολογία του παίκτη.....	46
i. Κατάθλιψη.....	46
ii. Διπολική διαταραχή.....	47
iii. Ψυχαναγκαστικές συμπεριφορές.....	48
3.2 Τυχερά παιχνίδια και διατροφή.....	49
i. Ψυχογενής Βουλιμία.....	49
ii. Binge Eating (Επισοδιακή Υπερφαγία).....	50
iii. Νευρική Ανορεξία.....	51
iv. Διατροφική Κατάσταση Παικτών.....	51
3.3 Τυχερά παιχνίδια και καταχρήσεις.....	52
i. Κάπνισμα.....	52
ii. Αλκοόλ.....	55
iii. Εξαρτησιογόνες ουσίες.....	60

3.4 Θεραπεία.....	62
i. Ψυχολογική Θεραπεία.....	63
ii. Ψυχοφαρμακευτική Θεραπεία.....	66
iii. Βοήθεια στην οικογένεια του παίκτη.....	67
iv. Φορείς για την καταπολέμηση του εθισμού.....	68

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ:ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

4.1 Σκοπός της έρευνας.....	73
4.2 Μεθοδολογία.....	73
4.2.1. Δείγμα.....	73
4.2.2 Ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν-Περιγραφή.....	74
4.2.2.α Ερωτηματολόγιο ενασχόλησης με τα τυχερά παιχνίδια.....	74
4.2.2.β Ερωτηματολόγιο EAT 26.....	74
4.2.2.γ Ερωτηματολόγιο συχνότητας κατανάλωσης τροφίμων (FFQ)	76
4.3 Στατιστική ανάλυση (SPSS).....	77
5. Αποτελέσματα Έρευνας.....	78
5.1 Προφίλ δείγματος.....	78
5.2 Σχολιασμός ΔΜΣ γενικού δείγματος.....	82
5.3 Διαταραχές διατροφικών συνηθειών EAT-26.....	83
6. Παθολογικοί παίκτες.....	84
6.1 Προφίλ παθολογικών παικτών.....	84
6.2 Κατηγορίες παικτών.....	87
6.3 Σχολιασμός ΔΜΣ ατόμων που ασχολούνται με τα τυχερά παιχνίδια.....	88

6.4 Διαταραχές διατροφικών συνηθειών EAT-26 υποψήφιων παθολογικών παικτών και παθολογικών παικτών.....	89
7.Αλκοόλ-Κάπνισμα-Ουσίες.....	90
7.1 Αλκοόλ.....	91
7.2 Ουσίες.....	93
7.3 Κάπνισμα.....	95
8. Διατροφή-Φυσική Δραστηριότητα.....	98
8.1 Φυσική δραστηριότητα.....	98
8.2 Διατροφή.....	100
9.Ανάλυση Ερωτηματολογίου Συχνότητας Κατανάλωσης Τροφίμων(FFQ).....	108
9.1 Αλμυρά.....	108
9.2 Γλυκά.....	128
9.3Ροφήματα.....	157
10.Συσχετίσεις.....	174
10.1 Συσχετίσεις εισοδήματος – ποσών στοιχημάτων.....	175
10.2 Διατροφικές Συσχετίσεις.....	182
10.3 Στοιχηματικά ποσά.....	196
10.4 Αποχή και στοίχημα.....	201
11.Συζήτηση- Συμπεράσματα.....	202
12.Περιορισμοί έρευνας.....	207
13.Προτάσεις για μελλοντικές έρευνες.....	208
Βιβλιογραφία.....	210
Παραρτήματα.....	221

1. Ερωτηματολόγιο Συχνότητας Τροφίμων (FFQ)221
2. Ερωτηματολόγιο Διαιτητικών Συνηθειών (EAT-26)224
3. Ερωτηματολόγιο Ενασχόλησης με τα Τυχερά Παιχνίδια.....226

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΣΚΟΠΟΣ

Ο σκοπός της παρούσας πτυχιακής μελέτης είναι μέσω ανασκόπησης της διεθνούς βιβλιογραφίας και αρθρογραφίας και με τη βοήθεια των κατάλληλων ερευνητικών μεθόδων κι εργαλείων να μελετηθούν οι διατροφικές συνήθειες των ατόμων που ασχολούνται με τα τυχερά παιχνίδια. Επίσης εξετάζεται η πιθανότητα ανάπτυξης διατροφικών και ψυχολογικών διαταραχών συναφών με τη διατροφή.

ΔΕΙΓΜΑ

Το δείγμα στο οποίο βασίστηκε η ανάλυση απαρτίζεται από άνδρες και γυναίκες όπου οι ηλικίες τους κυμαίνονται από 20 μέχρι 70 ετών.

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ

Τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν ήταν το ερωτηματολόγιο «EAT-26» ,το ερωτηματολόγιο ενασχόλησης με τα τυχερά παιχνίδια το οποίο είναι βασισμένο στα Διαγνωστικά Κριτήρια του DSM-IV και το ερωτηματολόγιο συχνότητας κατανάλωσης τροφίμων. Για τη στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα StatisticalPackagefortheSocialSciences (SPSS) .

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Από την παρούσα μελέτη παρατηρήθηκε παρόμοιο σωματικό βάρος και διατροφικές διαταραχές μεταξύ των ατόμων που ασχολούνται με τα τυχερά παιχνίδια σε σχέση με αυτούς που δεν ασχολούνται. Όσον αφορά την κατηγοριοποίηση σε παίκτες διαπιστώσαμε ότι είναι παίκτες χωρίς πιθανότητα Εθισμού ωστόσο ένα σημαντικό ποσοστό από το δείγμα μας εμφανίζει προβληματική συμπεριφορά. Από τις άλλες εξαρτήσεις αυτή που συνδέεται περισσότερο με το τζόγο είναι το κάπνισμα. Τέλος, οι

διατροφικές συσχετίσεις δείχνουν μια προτίμηση των παικτών στα αλμυρά και γλυκά σνακ κατά την διάρκεια της παικτικής διαδικασίας.

Λέξεις κλειδιά: τζόγος, προβληματικός τζόγος ,παθολογικός τζόγος, εθισμός, διατροφική συνήθεια, διατροφική διαταραχή, θεραπευτική αγωγή

ABSTRACT

PURPOSE

The purpose of this thesis is - by reviewing the international scientific literature and by assistance of appropriate research methods and tools - to study the dietary habits of people engaged in gambling (lucky gamers). In addition the possibility of the development of eating and psychological disorders related with nutrition is reviewed.

SAMPLE

The sample which the analysis was based, is composed of men and women while their ages range from 20 to 70 years old.

RESEARCH TOOLS

The tools used were the questionnaire «EAT-26», the questionnaire of gambling behavior that is based on the diagnostic criteria of DSM-IV and the food frequency questionnaire (FFQ). Data analysis was performed with the statistical program SPSS.

RESULTS

The present study observed similar body weight and eating disorders among people engaged in gambling than those who are not engaged. Regarding the type of players we found that they are players without addiction however a significant proportion of our sample displays problematic behavior. Of the other dependencies is more

associated with gambling smoking. Lastly, the dietary correlations indicate a preference of the players in both savory and sweet snacks during the gaming process.

Key words: Gambling, Pathological gambling, Problem gambling, addiction, dietary habit, eating disorder, therapeutic treatments

Ευχαριστίες

Για την επιλογή του θέματος και την ολοκλήρωση αυτής της εργασίας θέλουμε να εκφράσουμε τις ευχαριστίες μας για την πολύ καλή συνεργασία, ενθάρρυνση και καθοριστική καθοδήγηση , την επιβλέπουσα μας κυρία Χαρωνιτάκη Κατερίνα.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα τυχερά παιχνίδια αποτελούν μια δραστηριότητα του ελεύθερου χρόνου που εμφανίζεται διαχρονικά σε όλους τους πολιτισμούς. Αν και η συντριπτική πλειοψηφία των ανθρώπων παίζει ή έχει παίξει κάποιο τυχερό παιχνίδι, μόνο κάποιοι από αυτούς εθίζονται. Μετά την σχετική νομιμοποίηση της ενασχόλησης με τα τυχερά παιχνίδια η πρόσβαση σε αυτά έχει γίνει πολύ εύκολη και άμεση. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την κατάχρηση και τον εθισμό των ατόμων με αυτά. Η εξάρτηση από τα τυχερά παιχνίδια επιφέρει σοβαρά ψυχοκοινωνικά, οικονομικά και διατροφικά προβλήματα (Hodgins, 2011). Όσον αφορά τα διατροφικά προβλήματα τόσο οι διατροφικές διαταραχές όσο και η παθολογική χαρτοπαιξία χαρακτηρίζονται από διαταραχές στον έλεγχο των παρορμήσεων (Yip, 2011). Θα μπορούσε λοιπόν να θεωρηθεί, ότι η παρορμητικότητα είναι κοινό χαρακτηριστικό της προσωπικότητας ατόμων με παθολογική χαρτοπαιξία και διατροφική διαταραχή. Βρέθηκε δηλαδή πως η παρορμητικότητα, η αναζήτηση διέγερσης και η έλλειψη προγραμματισμού είναι χαρακτηριστικά σε ομάδες με βουλιμική συμπεριφορά, κατάχρηση αλκοόλ και ενασχόληση με χαρτοπαιξία. Η παρορμητικότητα είναι το χαρακτηριστικό με τη μεγαλύτερη διακύμανση σε αυτά τα άτομα κάνοντας τα να ενεργούν απερίσκεπτα σε περιόδους στρες. Η αναζήτηση διέγερσης συνδέεται με τη συχνότητα της χαρτοπαιξίας και την κατανάλωση αλκοόλ, όχι όμως με την κατάχρηση. Επιπρόσθετα, συγκεκριμένες συμπεριφορές που προσδοκούνται φάνηκαν να μετριάζουν την παρορμητικότητα στην χαρτοπαιξία σε άτομα αρσενικού φύλου και το τσιμπολόγημα στις γυναίκες (Fischer, 2007). Γυναίκες που έχουν διαγνωστεί με νευρική βουλιμία και παθολογική χαρτοπαιξία απέδειξαν εκτελεστική δυσλειτουργία σε σχέση με υγιείς γυναίκες, μεγαλύτερη ευπάθεια στην απόσπαση προσοχής και μεγαλύτερη γνωστική ακαμψία (Alvarez-Moya, 2007). Η παρορμητικότητα μπορεί να επηρεάσει πολλούς τύπους εθιστικών συμπεριφορών. Ωστόσο, είτε το άτομο έχει εθιστικές συμπεριφορές ή όχι, όπως κατάχρηση αλκοόλ, χαρτοπαιξία ή βουλιμική συμπεριφορά, φαίνεται πως η διατροφή επηρεάζεται από τη συγκεκριμένη προσδοκώμενη συμπεριφορά (Fischer, 2007). Η χαρτοπαιξία σε συνδυασμό με κάποια διατροφική διαταραχή φαίνεται να είναι πιο διαδεδομένη στους άντρες. Ασθενείς που έχουν διαγνωστεί με παθολογική χαρτοπαιξία και διατροφική διαταραχή παρουσίασαν περισσότερη παρορμητική συμπεριφορά, χαμηλότερη υπακοή σε κανόνες και ήταν πιο επιρρεπείς στην αναζήτηση ρίσκων (Claes, 2012).

Σημαντικές επιπτώσεις των τυχερών παιχνιδιών αφορούν συμπεριφοριστικούς παράγοντες κινδύνου όπως τον δείκτη μάζας σώματος, την κατάχρηση αλκοόλ, εξάρτηση από νικοτίνη και αγχώδεις διαταραχές (Morasco, 2006). Παράγοντες που προκαλούν την μόνιμη εγκατάσταση παθολογικής χαρτοπαιξίας και διατροφικών διαταραχών (πιο συγκεκριμένα η βουλιμική διαταραχή) είναι η αναζήτηση ρίσκων, ο υψηλός δείκτης μάζας σώματος και το αρσενικό φύλο (Claes, 2012).

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ:ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1

1.1 Ιστορική Αναδρομή των Τυχερών Παιχνιδιών

Τυχερά παιχνίδια υπάρχουν από αρχαιοτάτων χρόνων και υπάρχουν ενδείξεις ότι οι περισσότεροι πολιτισμοί είχαν κάποιου είδους τυχερά παιχνίδια. Τέτοια έχουν βρεθεί σε αρχαιολογικούς χώρους της Κίνας και χρονολογούνται περίπου στο 2300 π.Χ. Ένα ζευγάρι ζαριών από ελεφαντόδοντο έχει βρεθεί στην Αίγυπτο τα οποία χρονολογούνται στο 1500 π.Χ. Επίσης γραπτά που παραπέμπουν σε τυχερά παιχνίδια έχουν ανακαλυφθεί σε μια από τις πυραμίδες στη Γκίζα. Υπάρχουν στοιχεία που δείχνουν πως οι κάτοικοι τις αρχαίας Ινδίας, της Ελλάδας και της Ρώμης έπαιζαν τυχερά παιχνίδια. Τα τυχερά παιχνίδια έχουν παίξει σημαντικό ρόλο στην ιστορία των εθνών. Το 1000 π.Χ. περίπου οι βασιλιάδες τις Νορβηγίας και τις Σουηδίας έπαιζαν στα ζάρια το ιδιοκτησιακό καθεστώς της περιοχής του Hising, μια σχετικά απομονωμένη περιοχή που διεκδικούταν και από τις δύο χώρες. Έχει διαπιστωθεί ότι τα παιχνίδια ήταν τόσο δημοφιλή κατά τη διάρκεια του Μεσαίωνα και γι αυτό ορισμένες χώρες απαγόρευαν στους στρατιώτες τους να παίζουν επειδή τους αποσπούσαν από τα καθήκοντά τους. Ο βασιλιάς Ερρίκος Η 'της Αγγλίας, για παράδειγμα, λέγεται ότι απαγόρευσε τα τυχερά παιχνίδια, όταν διαπίστωσε ότι οι στρατιώτες του αφιέρωναν περισσότερο χρόνο στα τυχερά παιχνίδια και λιγότερο χρόνο για να εργάζονται σε γυμνάσια.

Επίσης τα παιχνίδια με τις κάρτες έχουν αναπτυχθεί στην Κίνα, καθώς οι Κινέζοι ήταν πρωτοπόροι στις κατασκευές από χαρτί. Συγκεκριμένα πρωτοεμφανίστηκαν στην αυτοκρατορία των Μαμελούκων το 900 π.Χ. Τα πρώτα στοιχήματα γίνονταν για δοκιμασίες ελέγχου ικανοτήτων δύναμης, ταχύτητας όπως οι κοκορομαχίες, η πάλη,

οι ιπποδρομίες. Στην πορεία βέβαια η εμπλοκή του χρήματος και η εξυπηρέτηση συμφερόντων των διαφόρων κοινωνιών και εξουσιών σε κάθε εποχή συντέλεσαν στην διαμόρφωση της ιστορίας του στοιχήματος ,έτσι όπως την γνωρίζουμε σήμερα. Η νομιμοποίηση ή μη, ο αφορισμός ή η πλήρης παραδοχή του, η σχέση εξάρτησης ή απαξίωσής του σχετίζονταν με τις ανάγκες της κάθε εποχής. Κατά καιρούς συναντάμε την σύνδεση των τυχερών παιχνιδιών με μελλοντικές προβλέψεις αλλά και με την πρόβλεψη και θεραπεία ανιάτων ασθενειών. Ακόμη και σε περιόδους κατοχής στην αρχαία Ρώμη οι στρατιώτες έπαιζαν σε τυχερά παιχνίδια μέχρι και τα ενδύματά τους. Μάλιστα κατά την Ρωμαϊκή αυτοκρατορία ψηφίστηκε νόμος που επέβαλε στους γονείς να διδάξουν στα παιδιά τους τα τυχερά παιχνίδια και τα ζάρια. Μετά το τέλος του Αμερικανικού εμφυλίου έρχεται η απαγόρευση των τυχερών παιχνιδιών και για ένα διάστημα τα περισσότερα παιχνίδια παίζονταν υπογείως. Σταδιακά άρχισε η ελαστική εφαρμογή του νόμου, που οδήγησε στην νομιμοποίηση και έλευση των ιπποδρομιών το 1931. Στα τέλη του 16ου αιώνα άρχισαν να εμφανίζονται οι πρώτες αίθουσες τυχερών παιχνιδιών και καζίνο, η νομιμοποίηση τους ωστόσο έγινε το 1961. Τον 17ο αιώνα έγινε η εφεύρεση της ρουλέτας από τον Francois Louis Blance. Ο μαθηματικός ωστόσο, Μπλέζ Πασκάλ φαίνεται ότι είναι εκείνος που την κατασκεύασε από ένα τιμόνι. Ο πρίγκιπας Κάρολος του Μονακό έκανε χρήση της ρουλέτας ως μέσο ελέγχου των οικονομικών προβλημάτων του βασιλείου του. Από τα μέσα του 18ου αιώνα που εισήχθη στις ΗΠΑ έως και στις μέρες μας η ρουλέτα παραμένει ένα από τα πιο δημοφιλή παιχνίδια ανά την υφήλιο. Κατά άλλους ωστόσο ιστορικούς, η πρώτη στοιχηματική εταιρεία εμφανίστηκε στο Λας Βέγκας το 1958 στο καζίνο Stardust. Εξέλιξη όλων των παραπάνω αποτελεί το στοιχήμα μέσω διαδικτύου με πολλές στοιχηματικές εταιρείες σε ολόκληρο τον κόσμο αλλά και με την προβολή τυχερών παιχνιδιών, κυρίως πόκερ, από μεγάλα τηλεοπτικά δίκτυα. Η ιστορία του στοιχήματος είναι αρκετά μεγάλη αλλά και το μέλλον του προβλέπεται ιδιαίτερα ανθηρό. Η ανάληψη ρίσκου και το όνειρο πολλών ανθρώπων για περισσότερες υλικές απολαβές, και καλύτερη ζωή, πάντα θα ωθούν τον κόσμο να στοιχηματίσει, να τζογάρει, να δοκιμάσει την τύχη του (Αγγούμης, 2011).

1.2 Κατηγορίες ενασχόλησης με τον τζόγο

Η ενασχόληση με τον τζόγο χωρίζεται σε 3 κατηγορίες :

1) τη μη συστηματική, στην οποία το άτομο ασχολείται περιστασιακά, (όπως την Πρωτοχρονιά) ή σε άλλες εορτές. Πρόκειται για μια κοινή κοινωνική δραστηριότητα, όπου οι περισσότεροι άνθρωποι παίζουν υπεύθυνα. Στοιχηματίζουν μόνο ότι αντέχουν οικονομικά να χάσουν και δεν κυνηγούν τις απώλειές τους.

2) την παθολογική, στην οποία παρατηρείται η συστηματική ανάγκη ενασχόλησης με τον τζόγο, σε τέτοιο βαθμό που να δημιουργείται πρόβλημα στον προσωπικό ή επαγγελματικό τομέα. Το άτομο αρχίζει και έχει προβλήματα στις σχέσεις του με τους αγαπημένους του ανθρώπους, απομονώνεται κοινωνικά, αρχίζει και αντιμετωπίζει έντονα οικονομικά ή ακόμη και νομικά προβλήματα, αλλά παρόλα αυτά δεν μπορεί να σταματήσει τον τζόγο. Ο παθολογικός τζόγος είναι ένα είδος συμπεριφορικού εθισμού, όπου το άτομο δεν μπορεί να σταματήσει μια συγκεκριμένη συμπεριφορά, καθώς αυτή τον κάνει να αισθάνεται όμορφα.

Μπορούν να αναγνωριστούν πέντε παραλλαγές του παθολογικού τζόγου:

- a) Ο συμπτωματικός τζόγος συμβαίνει σε ψυχική νόσο, συνήθως κατάθλιψη, η οποία συνιστά την πρωτοπαθή διαταραχή.
- b) ο νευρωτικός τζόγος συμβαίνει ως αντίδραση σε συναισθηματικό πρόβλημα, ιδιαίτερα στα πλαίσια διαταραγμένης σχέσης στο γάμο ή κατά την εφηβεία,
- c) ο παρορμητικός τζόγος χαρακτηρίζεται από απώλεια του ελέγχου για διάφορες περιόδους, με ιδιαίτερη τάση να συνδυάζεται με ανοχή, έντονη επιθυμία και εξάρτηση από τη δραστηριότητα,
- d) ο ψυχοπαθητικός τζόγος αποτελεί μέρος της γενικευμένης διαταραχής της συμπεριφοράς, που χαρακτηρίζει τη διαταραχή αντικοινωνικής προσωπικότητας και
- e) ο κοινωνικός τζόγος προκύπτει συνήθως από το περιβάλλον του ατόμου και αφορά σε κοινωνικά αποδεκτό έντονο τζόγο.

3) την εξάρτηση, όταν δηλαδή το άτομο φτάνει να σκέφτεται και να ασχολείται αποκλειστικά και μόνο με το τζόγο και τα τυχερά παιχνίδια. Ο τζόγος, όπως όλες οι εξαρτητικές συμπεριφορές, έχει την ιδιότητα να δημιουργεί στον παίχτη αισθήματα ηδονής, παρόμοια με αυτά που δημιουργούνται από συμπεριφορές που προορίζονται για τη διατήρηση και τη διαίωσιση της ζωής. Ταυτόχρονα, ο τζόγος κάνει τον παίχτη να ξεχνάει όλα τα άλλα προβλήματα που μπορεί να τον απασχολούν και να στρέφεται

αποκλειστικά στη διαδικασία του παιχνιδιού και σε ότι σχετίζεται με αυτή (Γαβαλά και συν.,2015).

1.3 Κατηγορίες Παικτών

Η παθολογική χαρτοπαιξία περιλαμβάνεται στις διαταραχές ελέγχου των παρορμήσεων στο DSM –IV (APA,1994). Η ποσότητα του ελέγχου που ασκείται από ένα άτομο κατά την στοιχηματική δραστηριότητα αποτελεί μια σημαντική παράμετρο στο να καθορίσει κατά πόσο ή όχι η συγκεκριμένη δραστηριότητα θεωρείται χαρτοπαιξία. Έχει υποστηριχτεί παλαιότερα ότι οι παίκτες έχουν βασιστεί σε διάφορα κίνητρα, όπως η επαγγελματική τους ενασχόληση, το παιχνίδι ως ψυχαγωγία και αναψυχή, για να εξηγήσουν την χαρτοπαικτική συμπεριφορά τους ώστε να εξουδετερώσουν το κοινωνικό στίγμα (Radburn, 2011). Η συχνότητα με την οποία ένα άτομο εμπλέκεται σε μια δραστηριότητα τυχερών παιχνιδιών είναι ένας σημαντικός παράγοντας για το αν το άτομο αυτό θεωρείται παίχτης. Λαμβάνοντας υπόψη την ενασχόληση και την συχνότητα του τζόγου οι επαγγελματίες παίκτες πόκερ είναι πιθανό να πληρούν τα κριτήρια προβληματικού τζόγου και τουλάχιστον μερικά από τα κλινικά κριτήρια παθολογικής χαρτοπαιξίας. Ωστόσο είναι μια πράξη που τους επιφέρει σημαντικό οικονομικό όφελος εμπειρικά, κάνοντας τους να διαφέρουν από τους συχνούς παίκτες. Έτσι λοιπόν δημιουργείται ο προβληματισμός για τους επαγγελματίες παίκτες κατά πόσο μπορούν να κατηγοριοποιηθούν ως προβληματικοί συχνοί παίκτες με κίνδυνο να στιγματιστούν κοινωνικά και ψυχολογικά ή επαγγελματίες παίκτες προς εκτίμηση (Prus, 2004). Επειδή το πόκερ είναι μέσο για την επιβίωση τους , δεν φαίνεται παράλογο να υποθέσουμε πως οι επαγγελματίες παίζουν και για να κερδίσουν σημαντικά χρηματικά ποσά αλλά και γιατί είναι σημαντικό για εκείνους το κύρος και η φήμη τους (Wood, 2007).

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Μεγάλη Βρετανία για να κατηγοριοποιηθούν οι παίκτες του καζίνο, επέλεξαν άνδρες και τους ζήτησαν να κατηγοριοποιήσουν οι ίδιοι τον εαυτό τους με βάση την συχνότητα που παίζουν και την εμπειρία τους. Μέσα από ειδικές συνεντεύξεις βρέθηκαν πέντε κατηγορίες παιχτών καζίνο.

Επαγγελματίες παίκτες

Οι επαγγελματίες παίκτες θεωρούν το πόκερ ως επάγγελμα και /ή ως άθλημα. Ένα μέσο δηλαδή που κερδίζουν "το ψωμί τους" όπως αναφέρεται. Τους παρέχει ευχαρίστηση, αυτάρκεια και ανεξαρτησία με ελάχιστη άμεση επιρροή από τρίτους. Το πόκερ λειτουργεί περαιτέρω ως δραστηριότητα που το άτομο απολαμβάνει, υπάρχει μια σιωπηρή ελευθερία που μπορεί να μην υπάρχει σε άλλου είδους εργασία. Η κατηγορία του χαλαρού παίκτη και του παίκτη πόκερ είναι διακριτές λόγω των διαφορετικών επιπέδων σοβαρότητας κατά την παικτική δραστηριότητα. Παίζοντας απλά πόκερ δεν κάνει ένα άτομο ούτε επαγγελματία παίκτη ούτε χαλαρό παίκτη. Η ανταγωνιστικότητα και η νίκη είναι κεντρικά χαρακτηριστικά του επαγγελματία παίκτη, καθώς αντιμετωπίζει το παιχνίδι πολύ σοβαρά. Ο όρος χαλαρός παίκτης αναφέρεται στο άτομο που παίζει για ψυχαγωγικούς λόγους και όχι για επαγγελματικούς. Ενώ ο επαγγελματίας παίκτης παίζει για την εργασία, ο χαλαρός παίκτης παίζει για αναψυχή. Στις συνεντεύξεις τους οι επαγγελματίες παίκτες κατέστησαν τον έλεγχο και την επιδεξιότητα ως παράγοντες που τους διαχωρίζουν από τους τζογαδόρους. Επομένως, ο έλεγχος είναι σαφώς ένα σημαντικό χαρακτηριστικό του επαγγελματία παίκτη. Ο συναισθηματικός έλεγχος, η δυνατότητα δηλαδή να μην δείχνει ο παίκτης τα συναισθήματα του (με εκφράσεις του προσώπου, γλώσσα του σώματος και λεκτικά), είναι ακόμα ένα είδος ελέγχου απόλυτα σημαντικό για έναν επαγγελματία παίκτη. Εν ολίγοις, οι επαγγελματίες παίκτες θεωρούν το πόκερ ως ένα προσοδοφόρο επάγγελμα ή άθλημα με τη συμμετοχή δεξιοτήτων και ελέγχου σε διάφορους τομείς όπως επαγγελματικούς, γνωστικούς και συναισθηματικούς. Ο έλεγχος λοιπόν είναι ιδιαίτερα σημαντικός στην διαφοροποίησή τους από τους τζογαδόρους.

Grinders - "Μύλοι"

Το όνομα Grinders ή στα ελληνικά «Μύλοι», είναι μια προσομοίωση του τύπου παιχνιδιού αυτών των ατόμων. Γίνεται μια σαφής διάκριση ανάμεσα στους επαγγελματίες παίκτες και στους επιθετικούς επαγγελματίες (Grinders), που «αλέθουν» ένα κέρδος μέσω επαναληπτικού και χαμηλού ρίσκου παιχνιδιού. Έχουν υψηλό επίπεδο γνώσεων, δεξιοτήτων και ελέγχου και χρησιμοποιούν το πόκερ ως πηγή εισοδήματος. Για αυτό το λόγο γίνεται σύγχυση των δυο αυτών κατηγοριών.

Αυτό που τους διαφοροποιεί από τους επαγγελματίες παίκτες είναι οι προσωπικές ιδιότητες, δηλαδή άτομα ηθικά κατώτερα, άσκοπα, πλεονέκτες, άπληστοι και εγωιστές.

Τζογαδόροι – “Gamblers”

Πολλοί από τους συμμετέχοντες κατά τη διάρκεια των συνεντεύξεων δεν κατηγοριοποίησαν τους εαυτούς τους ως τζογαδόρους. Μάλιστα, τόνισαν πως τα τυχερά παιχνίδια είναι μια ασχολία που δεν έχει ικανότητες – δεξιότητες, της λείπει ο έλεγχος και η σοβαρότητα. Θέλησαν να διαφοροποιηθούν από αυτή την κατηγορία, παρόλο που κάποιοι παίζουν στα άκρα ή παίζουν από μια θέση στατιστικών πλεονεκτημάτων μακροπρόθεσμα. Σε αντίθεση με τους επαγγελματίες παίκτες που ο συναισθηματικός έλεγχος και η νίκη είναι χαρακτηριστικά της κατηγορίας τους, οι τζογαδόροι υστερούν κατά πολύ, χάνοντας τον έλεγχο των συναισθημάτων τους και έχοντας μεγάλες οικονομικές απώλειες. Οι επαγγελματίες παίκτες διαφοροποιήθηκαν πολύ από την κατηγορία των τζογαδόρων κυρίως γιατί τους θεωρούν κατώτερους, ηττημένους αλλά γιατί θέλησαν να μην στιγματιστούν κοινωνικά.

Εκκεντρικοί – “Maverick” παίκτες

Η κατηγορία αυτή έχει την ιδιαιτερότητα ότι συνδυάζει παίκτες από την κατηγορία των επαγγελματιών παικτών αλλά και των τζογαδόρων. Ο τρόπος παιχνιδιού αυτών των ατόμων περιγράφεται συχνά ως απερίσκεπτα εξωφρενικός, μεγαλειώδης και εκτός ελέγχου. Η κατηγορία αυτή έχει άτομα οξυδερκή και με πολλές ικανότητες, αλλά παρόλο που ο συμμετέχων γνωρίζει ότι μπορεί να είναι ανώτερος από τους υπόλοιπους συμμετέχοντες και να έχει την μεγαλύτερη πιθανότητα να κερδίσει, μπορεί να χάσει τεράστια χρηματικά ποσά επειδή έχει παρασυρθεί. Έτσι οι “Mavericks” παίκτες, αντιμετωπίζονται σαν τους τζογαδόρους, ως ηττημένοι, ελλιπείς σε δεξιότητες (παρόλο που μπορεί να κατέχουν αρκετές), και με χαμηλά επίπεδα συναισθηματικού ελέγχου. Παρόλα αυτά η έλλειψη ελέγχου στους εκκεντρικούς παίκτες φαίνεται να ελαχιστοποιείται σε κάποιες περιπτώσεις, καθώς για εκείνους τα χρήματα μοιάζουν να είναι αδιάφορα γιατί ξέρουν πως έχουν την ικανότητα να κερδίσουν περισσότερα, κάνοντας το λοιπόν επάγγελμα. Η επαγγελματική απασχόληση απαιτεί καθημερινή ρουτίνα, και αποτελεί πηγή εισοδήματος. Ωστόσο, για αυτούς τους παίκτες αποτελεί μια ανέμελη απασχόληση, χωρίς να έχουν να ανησυχούν για μικρολεπτομέρειες της καθημερινότητας τους. Οι εκκεντρικοί παίκτες

αντιμετωπίζονται κάπως αρνητικά , ιδιαίτερα όταν τζογάρουν, και τους καθιστά μια δύσκολη κατηγορία καθώς υπάρχει μια εσωτερική διαμάχη αυτών των ατόμων όσο αναφορά την ευχαρίστηση και τον αυτοέλεγχο.

Μη παίκτες

Αυτή η κατηγορία αφορά άτομα που δεν έχουν ασχοληθεί ποτέ με τυχερά παιχνίδια ή ασχολούνται περιστασιακά για ευχαρίστηση. Αυτά τα άτομα δεν έχουν κατανόηση του παιχνιδιού ή του αθλήματος (για τους επαγγελματίες παίκτες), και έχουν παρωχημένες ιδέες για το παιχνίδι. Οι ίδιοι οι παίκτες έχουν κατηγοριοποιήσει τους παίκτες σε αυτούς που είναι ανοιχτόμυαλοι και κατανοούν και σε αυτούς που δεν καταλαβαίνουν, γίνονται επικριτικοί και στιγματίζουν. Θεωρούν τους επαγγελματίες παίκτες αυτοκαταστροφικούς, παραπλανημένους και μη αξιόπιστους (Radburn,2011).

1.4 Διαγνωστικά Κριτήρια κατά DSM-V Παθολογικής Χαρτοπαιξίας

Τα διαγνωστικά κριτήρια είναι ένα εργαλείο που βοηθά στην κατηγοριοποίηση των ατόμων που ασχολούνται με τυχερά παιχνίδια έτσι ώστε να βρεθεί κατά πόσο προβληματική είναι αυτή η συμπεριφορά. Το πρόβλημα της παθολογικής χαρτοπαιξίας περιγράφεται με ακρίβεια. Τα διαγνωστικά κριτήρια που παραθέτουμε αφορούν άτομα ενήλικα.

A. Η επίμονη και επαναλαμβανόμενη συμπεριφορά προβληματικού τζόγου οδηγεί σε κλινικά σημαντική βλάβη ή ταλαιπωρία , όπως υποδεικνύεται από το άτομο όταν εμφανίζει τέσσερα (ή περισσότερα) από τα ακόλουθα σε μια χρονική περίοδο 12 μηνών :

1. Ανάγκη να παίζει αυξανόμενα χρηματικά ποσά προκειμένου να επιτευχθεί ο επιθυμητός ενθουσιασμός.
2. Είναι ανήσυχος ή ευερέθιστος όταν προσπαθεί να κόψει ή να μειώσει τα τυχερά παιχνίδια.
3. Έχει κάνει επανειλημμένες ανεπιτυχείς προσπάθειες να ελέγξει, να μειώσει ή να σταματήσει τα τυχερά παιχνίδια.
4. Απασχολείται συχνά με τα τυχερά παιχνίδια (π.χ. έχει επίμονες παρελθοντικές σκέψεις από τυχερά παιχνίδια, σχεδιάζει την επόμενη ενασχόληση με τα τυχερά παιχνίδια, ψάχνει τρόπους να βρει λεφτά για να παίξει).

5. Τζογάρει συχνά όταν είναι στεναχωρημένος (π.χ. ανήμπορος, ανυπόμονος, καταθλιπτικός, ένοχος).
6. Όταν χάσει χρήματα, συχνά επιστρέφει μια άλλη μέρα για να κερδίσει αυτά που έχασε.
7. Λέει ψέματα για να συγκαλύψει την έκταση της συμμετοχής τους σε τυχερά παιχνίδια.
8. Θέτει σε κίνδυνο ή έχει χάσει μια σημαντική σχέση, δουλειά, εκπαιδευτική ευκαιρία ή ευκαιρία καριέρας εξαιτίας του τζόγου.
9. Βασίζεται σε άλλους για να εξασφαλίσει χρήματα για την ανακούφιση από μια απελπιστική οικονομική κατάσταση που έχει προκληθεί από τα τυχερά παιχνίδια.

B. Η συμπεριφορά δεν εξηγείται καλύτερα με ένα μανιακό επεισόδιο.

Προσδιορίστε αν:

Επεισοδιακή: πληρούσε τα διαγνωστικά κριτήρια πάνω από μία φορά, με τα συμπτώματα να υποχωρούν μεταξύ των περιόδων της διαταραχής παιχνιδιών για τουλάχιστον μερικούς μήνες.

Επίμονη: Βιώνει όλα τα συμπτώματα, για πολλαπλά έτη.

Προσδιορίστε αν:

Αρχές της ύφεσης: Αφού όλα τα κριτήρια είχαν συναντηθεί προηγουμένως, κανένα από τα κριτήρια δεν εμφανίζεται για τουλάχιστον 3 μήνες, και λιγότερο από 12 μήνες.

Παρατεταμένη ύφεση: Αφού όλα τα κριτήρια είχαν συναντηθεί προηγουμένως, κανένα από τα κριτήρια δεν εμφανίζεται για τουλάχιστον 12 μήνες ή περισσότερο.

Προσδιορίστε την τρέχουσα σοβαρότητα:

Ήπια: 4-5 κριτήρια

Μέτρια: 6-7 κριτήρια

Σοβαρή: 8-9 κριτήρια (APA,2013).

Κάποιοι συγγραφείς για να διαχωρίσουν τις κατηγορίες των παικτών, τους έχουν χωρίσει σε τρία επίπεδα. Παίκτης επιπέδου 1 (Level 1), παίκτης επιπέδου 2 (Level 2)

και παίκτης επιπέδου 3 (Level 3). Οι παίκτες επιπέδου 1 είναι άτομα που τζογάρουν ελάχιστα με μικρές ή καθόλου επιπτώσεις. Οι παίκτες επιπέδου 2 είναι άτομα που έχουν πρόβλημα με τον τζόγο αλλά δεν μπορούν να θεωρηθούν παθολογικοί παίκτες. Οι παίκτες αυτού του επιπέδου αποτελούν μια πρόκληση για τους επιστήμονες καθώς είναι δύσκολο να προσδιοριστεί η σοβαρότητα της κατάστασης τους. Οι παίκτες επιπέδου 3 είναι οι παθολογικοί παίκτες, που πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια και είναι εύκολο να προσδιοριστεί η σοβαρότητα της κατάστασης τους (Thompson,2001).

1.5 Ο τζόγος στο διαδίκτυο

I. Εισαγωγή

Το διαδίκτυο έχει αλλάξει σημαντικά τη ζωή του σύγχρονου ανθρώπου, εισάγοντας στοιχεία που σχετίζονται τόσο με την πρόσβαση στην πληροφόρηση όσο και με την κοινωνική αλληλεπίδραση (Τσουβέλας και συν.,2011).

Η ραγδαία εξέλιξη που έχει τα τελευταία χρόνια το διαδίκτυο έχει ως αποτέλεσμα και την ραγδαία εξέλιξη του ηλεκτρονικού τζόγου. Με τον όρο ηλεκτρονικός τζόγος εννοούμε τη δραστηριότητα κατά την οποία δύο ή περισσότερα άτομα συναντώνται διαδικτυακά με σκοπό την ανταλλαγή στοιχημάτων. Μια τέτοια δραστηριότητα περιλαμβάνει το ρίσκο της πραγματικής οικονομικής απώλειας ή του κέρδους.

Ο Griffiths (1996) αναφέρεται σε κοινωνικές παθολογίες που επικρατούν στον κυβερνοχώρο. Ορίζει τέτοιου είδους συμπεριφορές ως τεχνολογικές εξαρτήσεις, δηλαδή εξαρτήσεις που αφορούν στη σχέση ανθρώπου-μηχανής και μπορεί να είναι είτε παθητικές (τηλεόραση), είτε ενεργητικές (παιχνίδια μέσω ηλεκτρονικού υπολογιστή). Οι ενεργητικές τεχνολογικές εξαρτήσεις περιέχουν χαρακτηριστικά που συντελούν στην ανάπτυξη συμπεριφορών εθισμού και παρουσιάζουν όλα τα στοιχεία των εξαρτήσεων δηλαδή σπουδαιότητα, ευφορία, ανεκτικότητα, απόσυρση, σύγκρουση και υποτροπή. Οι τεχνολογικές εξαρτήσεις εντάσσονται στην ευρύτερη κατηγορία των συμπεριφορικών εξαρτήσεων. Η χρήση δυνητικού χρήματος, η απεριόριστη πρόσβαση και η μοναχική φύση είναι τα βασικά στοιχεία του διαδικτυακού τζόγου, ο οποίος αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης προβληματικού τζόγου. Η παθολογική χρήση του διαδικτύου σχετίζεται με αυξημένη κοινωνική απομόνωση, κατάθλιψη, συγκρούσεις στην οικογένεια, αυξημένη συχνότητα

διαζυγίων, ακαδημαϊκή αποτυχία, απώλεια της εργασίας και σημαντικά οικονομικά προβλήματα (Young,2000).

II. Χαρακτηριστικά του διαδικτυακού τζόγου

Σήμερα ο τζόγος, ξεπερνώντας τους περιορισμούς του χώρου και του χρόνου, μεταφέρεται από τους χώρους διασκέδασης και αναψυχής, όπως τα καζίνο, στον ιδιωτικό χώρο του ατόμου, μέσω του διαδικτύου.

Η μεταβολή αυτή θέτει το ερώτημα εάν οι τεχνολογικές εξελίξεις στο δικτυακό τζόγο θα εντείνουν το πρόβλημα του παθολογικού τζόγου παγκοσμίως. Πολλοί παράγοντες έχουν συμβάλει στη διάδοση του δικτυακού τζόγου. Καταρχήν, ο τζόγος στο ίντερνετ παρέχεται από ένα δίκτυο δικτύων που δε γνωρίζει γεωγραφικά όρια. Έχει παγκοσμιότητα, υψηλή προσβασιμότητα και διαθεσιμότητα όλο το εικοσιτετράωρο. Θεωρητικά, μπορεί κανείς να παίξει όλη την ημέρα, κάθε μέρα για όλο το χρόνο. Το κόστος πρόσβασης για παροχή υπηρεσιών είναι σχετικά χαμηλό, ενώ η διαπερατότητα του δικτύου έχει διευρυνθεί σημαντικά. Ένας επιπλέον λόγος εξάπλωσης του δικτυακού τζόγου είναι ότι, ως εμπορική δραστηριότητα, δίνει πολύ υψηλά κέρδη στις επιχειρήσεις. Ο τζόγος στο διαδίκτυο είναι βολικός και για άλλους λόγους: η πρόσβαση και η συμμετοχή σε μια δραστηριότητα που έρχεται στο σπίτι του παίκτη δημιουργούν σαφές πλεονέκτημα.

Επίσης άλλες εξελίξεις φαίνεται ότι βοηθούν, όπως : βελτιωμένο λογισμικό σύστημα, ενσωματωμένο σύστημα ηλεκτρονικού χρήματος (e- cash), πολυγλωσσικές τοποθεσίες (sites), αυξημένη ρεαλιστικότητα, ζωντανό απομονωμένο χρήμα και προηγμένα συστήματα εξυπηρέτησης πελατών (Τσαγρή,2007).

Ο Griffiths σε έρευνα που δημοσίευσε υποστηρίζει ότι η εξάπλωση του τζόγου στο διαδίκτυο οφείλεται και στο φαινόμενο της αλλαγής στον τρόπο ψυχαγωγίας της οικογένειας. Ολοένα και λιγότερες πια οικογένειες αναζητούν την ψυχαγωγία έξω από το σπίτι ενώ αρέσκονται σε αυτά που τους προσφέρει η τεχνολογία εντός της οικίας. Τέτοιο τρόπο διασκέδασης αποτελεί και ο τζόγος μέσω του διαδικτύου (Griffiths,1996)

Οι ειδικοί αναφέρουν ότι ο διαδικτυακός τζόγος διαφέρει από τον κλασικό καθώς υπάρχουν λίγοι ή καθόλου κανονισμοί για τη διασφάλιση της αξιοπιστίας και της αντικειμενικότητας των παιχνιδιών στον κυβερνοχώρο και για την εγγύηση της υπευθυνότητας αυτών που λειτουργούν τα ανάλογα sites. Η πλειοψηφία των

δικτυακών τόπων τζόγου λειτουργεί σε άλλες χώρες εκτός της χώρας λειτουργίας τους, γεγονός που εξασθενεί κάθε μηχανισμό ελέγχου (APA Advisory on internet gambling). Ο ιντερνετικός τζόγος χαρακτηρίζεται από την αδυναμία να ελεγχθούν παράγοντες όπως οι ώρες που δαπανώνται μπροστά στην οθόνη του υπολογιστή, η ηλικία των παικτών, ή οι τύποι των παιχνιδιών που διατίθενται μέσω ίντερνετ. Οι χάκερς αποτελούν ένα ακόμη κίνδυνο του διαδικτύου, με τη δυνατότητα να ελέγχουν το λογισμικό των παιχνιδιών ή να έχουν πρόσβαση στις πιστωτικές κάρτες των παικτών (Τσαγρή,2007).

III. Οι κίνδυνοι της εξάπλωσης του τζόγου μέσω διαδικτύου

1. Αδυναμία προστασίας των ευάλωτων ομάδων του πληθυσμού.

Οι ανήλικοι, οι προβληματικοί παίκτες, οι χρήστες ναρκωτικών ουσιών/ αλκοόλ ανήκουν σε ομάδες με αυξημένο κίνδυνο εθισμού στο τζόγο. Όταν αυτά τα άτομα αναζητούν τον τζόγο σε κλασικά casino, μπορούν να περιοριστούν ή να αποκλειστούν, μέσα από διάφορες ενέργειες, από τη συμμετοχή στα παιχνίδια. Στον κυβερνοχώρο ωστόσο, η επιτήρηση καθίσταται αδύνατη. Οι ανήλικοι μπορούν να παίζουν χρησιμοποιώντας την πιστωτική κάρτα των γονιών τους, κάποιιοι μπορούν να επισκέπτονται δικτυακά sites υπό την επήρεια ουσιών και οι παθολογικοί τζογαδόροι που μόλις έχουν αποκλειστεί από ένα δικτυακό casino να αναζητούν με ένα κλικ του ποντικιού τον επόμενο τόπο για να κατευνάσουν το πάθος τους.

2. Δικτυακός τζόγος στο χώρο εργασίας είναι άλλο ένα θέμα που έχει προκύψει.

Οι επιχειρήσεις και οργανισμοί παρέχουν απεριόριστη πρόσβαση στο ίντερνετ για τους εργαζομένους τους, αλλά τίποτα δεν διασφαλίζει ότι ο εξαρτημένος παίκτης δεν θα βρίσκει στο χώρο εργασίας ένα ακόμη μέρος που του επιτρέπει να ασκεί το πάθος του. Το γεγονός αυτό έχει σημαντικές συνέπειες στην παραγωγικότητα και την αποτελεσματικότητα της εργασίας.

3. Η εξάπλωση του ηλεκτρονικού χρήματος.

Το ηλεκτρονικό χρήμα έχει για τον παίκτη μικρότερη ψυχολογική αξία από τα μετρητά. Αυτό είναι κάτι που γνωρίζουν καλά τα καζίνο, που χρησιμοποιούν τσιπς και στα κερματοδόχα μηχανήματα, νομίσματα, τα οποία, από τη μια κάνουν ασαφή την πραγματική αξία των χρημάτων που παίζονται, ενώ από την άλλη οι παίκτες δε

διστάζουν να τα παίξουν ξανά. Υπάρχουν ενδείξεις ότι τα άτομα τζογάρουν περισσότερο με το ηλεκτρονικό χρήμα (Griffiths,1999). Συνήθως τα άτομα ξοδεύουν περισσότερα όταν κάνουν χρήση της πιστωτικής κάρτας. Το ηλεκτρονικό χρήμα οδηγεί τον παίκτη σε αυτό που οι ειδικοί αποκαλούν αναβολή σχηματισμού κρίσης : πρόκειται για ένα δομικό χαρακτηριστικό που διακόπτει προσωρινά το σύστημα οικονομικής αξίας του παίκτη και τον οδηγεί σε περαιτέρω τζόγο (Griffiths,1993).

IV. Διαφορές στα χαρακτηριστικά παικτών του κλασικού καζίνο και παικτών του διαδικτυακού καζίνο

Οι Griffiths και Parke (2001) προσδιορίζουν τις διαφορές μεταξύ των δύο τύπων παικτών στα εξής σημεία:

1. *Διάθεση χρημάτων.* Οι διαδικτυακοί παίκτες τοποθετούν ένα ποσό χρημάτων που προορίζεται για τον τζόγο και όταν τελειώσει σταματούν να παίζουν. Αντίθετα, ο παίκτης σε ένα καζίνο παίζει για ποσό χρημάτων παραπάνω από αυτό που μπορεί να διαθέσει.
2. *Κίνητρο για το τζόγο.* Φαίνεται να διαφέρει μεταξύ των δύο τύπων παικτών. Οι συμβατικοί παίκτες έχουν πιο έντονο το συναίσθημα και τον παρορμητισμό. Αντιμετωπίζουν τον τζόγο ως ένα τρόπο διαφυγής.
3. *Φυσιολογικές αντιδράσεις των παικτών.* Στο συμβατικό καζίνο οι αντιδράσεις των παικτών είναι πιο έντονες μετά από απώλεια: συμπτώματα όπως υπερένταση, ναυτία, ζαλάδες, στομαχικές διαταραχές βιώνονται πιο έντονα. Οι διαδικτυακοί παίκτες δεν εμφανίζουν τέτοια υψηλά επίπεδα αντιδράσεων.
4. *Ανταγωνισμός.* Οι συμβατικοί παίκτες είναι λιγότερο ανταγωνιστικοί από τους διαδικτυακούς.
5. *Αναγνώριση και Αυτοσεβασμός.* Η ανάγκη για αναγνώριση και αυτοσεβασμό είναι πιο έντονη για τον παίκτη που ασχολείται με το ηλεκτρονικό τζόγο. Το συμβατικό καζίνο είναι ένα κοινωνικό περιβάλλον που παρέχει κοινωνική αναγνώριση και θετική ενίσχυση. Όταν κάποιος κερδίζει εισπράττει τα συγχαρητήρια, το θαυμασμό και τους επαίνους από τους άλλους παρευρισκόμενους, πράγμα που λειτουργεί ως

ανατροφοδότηση. Στο διαδικτυο ο τζόγος είναι μοναχική δραστηριότητα και το κέρδος ή η απώλεια δεν γνωστοποιούνται.

6.Κοινωνική διευκόλυνση. Το φαινόμενο της κοινωνικής διευκόλυνσης επιδρά στο χώρο του πραγματικού καζίνο. Ο παίκτης ενθαρρύνεται και παρακινείται από την παρουσία των άλλων, αυξάνοντας το βαθμό που παίρνει ρίσκο ή την συχνότητα των επισκέψεων στο καζίνο. Στο διαδικτυακό τζόγο το ρίσκο που οφείλεται σε αυτό το φαινόμενο τείνει να είναι μικρότερο. Ωστόσο όταν ο τζόγος δεν εμπλέκει και την παρουσία άλλων, υπάρχει και ο μεγαλύτερος κίνδυνος να καταλήξει σε παθολογική ενασχόληση. Πολλές μελέτες καταδεικνύουν τον μεγαλύτερο ίσως κίνδυνο του διαδικτύου, τη μοναχική φύση του, με όλες τις συνέπειες που κάτι τέτοιο συνεπάγεται για τον χρήστη (APA Advisory, Griffiths and Parke, 2002).

1.6 Αιτιολογία ενασχόλησης με τα τυχερά παιχνίδια

Η αιτιολογία της παθολογικής ενασχόλησης με τα τυχερά παιχνίδια δεν έχει ακόμη ξεκαθαριστεί. Ωστόσο, μπορεί να διατυπωθεί με ασφάλεια η άποψη ότι πρόκειται για ένα πολυπαραγοντικό φαινόμενο, το οποίο φαίνεται να εξαρτάται από την αλληλεπίδραση μεταξύ ατομικών και περιβαλλοντικών παραγόντων (Lobo et al.,2009).

Εκτός από το κοινωνικο-ψυχολογικό πλαίσιο έμφαση πλέον δίνεται και στο βιολογικό υπόβαθρο.

Οι κύριες υποθέσεις αναφέρονται στην αλλοιωμένη δραστηριότητα σε διάφορες περιοχές του εγκεφάλου ή βιοχημικές δυσλειτουργίες που αφορούν στην ντοπαμίνη (DA), στη σεροτονίνη (5HT), στη νορεπινεφρίνη (NE) και στα οπιοειδή συστήματα (opiooid systems). Πρόσφατες μελέτες συμπεριέλαβαν και τα συστήματα του γλουταμινικού και του "γ-αμινο-βουτυρικό οξύ" (gamma-amino-butyric acid) ή GABA (Marazziti et al.,2012).

Αυξημένη απελευθέρωση ντοπαμίνης στον εγκέφαλο παρατηρήθηκε σε εξαρτημένους παίκτες, καθώς και υψηλότερα επίπεδα στο αίμα σε σύγκριση με υγιή άτομα (Bergh et al.,1997).

Η διαταραχή της λειτουργίας του συστήματος των νευροδιαβιβαστών, όπως της σεροτονίνης, έχει συνδεθεί με αυξημένη τάση για παρορμητικές συμπεριφορές. Ερευνητές ισχυρίζονται ότι συνδέεται με τον εθισμό στα τυχερά παιχνίδια, είτε μέσω της χαμηλότερης λειτουργίας της μονοαμινοξειδάσης των αιμοπεταλίων, είτε μέσω της φαρμακοπρόκλησης με μ-γλωροφαινυλπεραζίνη ή σουματριπτάνη ή, τέλος, μέσω του μεταφορέα 5HT της σεροτονίνης στα αιμοπετάλια (Pallanti et al.,2010).

Όσοι ασχολούνται με τον παθολογικό τζόγο εμφανίζουν ακόμη, διαταραχή της λειτουργίας του νοραδρενεργικού συστήματος. Σε έναν πείραμα που διεξήχθη παρατήρησαν υψηλότερα επίπεδα 3-μεθοξυ-4-υδροξυφαινυλογλυκόλης (MHPG) στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό και υψηλότερες τιμές νερεπινεφρίνης (NE) στα ούρα. Οι αλλαγές ήταν στατιστικά σημαντικές στα πιο σημαντικά σημεία του παιχνιδιού και συνέχισαν να εμφανίζονται έως και 30 min μετά το τέλος αυτού. Συνδέθηκαν, επίσης, με μεταβολές του καρδιακού ρυθμού. Οι εθισμένοι παίκτες παρουσίασαν μεγαλύτερη

ανταπόκριση σε σχέση με μάρτυρες στην κλονιδίνη, ανάλογη με τη βαρύτητα του εθισμού στον τζόγο (Pallanti et al.,2010).

Τέλος, παθολογικοί παίκτες εμφάνισαν υψηλότερα επίπεδα β-ενδορφινών στο αίμα σε σχέση με την ομάδα ελέγχου, στην κορύφωση του παιχνιδιού (Shinohara et al.,1999).

Η θετική ενίσχυση από την πιθανότητα κέρδους και από τη διαδικασία του παιχνιδιού φαίνεται να έχει ψυχολογικά σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση της προβληματικής συμπεριφοράς. Ο Skinner θεωρούσε ότι ο τζόγος θα μπορούσε να εξηγηθεί με τη χρήση των θεμελιωδών αρχών της ενίσχυσης (Οικονόμου και συν.,2016)

Όπως αναφέρουν οι Moore και Jadlos, ο Jacob, στο πλαίσιο διατύπωσης της γενικής θεωρίας του για τις εξαρτήσεις, απέδωσε κυρίως στις τραυματικές εμπειρίες της παιδικής ηλικίας (παραμέληση, σωματική, ψυχολογική και σεξουαλική βία, απώλεια ή εγκατάλειψη) τη δημιουργία μιας χρόνιας και διάχυτης δυσφορικής διάθεσης (Moore et al.,2002).

Το μοντέλο των διαδρομών (pathway model) προς τον εθισμό στα τυχερά παιχνίδια προσπαθεί να δώσει ένα συνολικό ερμηνευτικό πλαίσιο για τις διαφορετικές υποομάδες παικτών (Nower et al.,2002).

Διακρίνει τρεις κατηγορίες παικτών, οι οποίοι οδηγούνται, μέσω διαφορετικών διαδρομών, στην παθολογική ενασχόληση με τα τυχερά παιχνίδια:

α) Ο φυσιολογικός παίκτης (social gambler) ακολουθεί τις ευκαιρίες που του δίνει το περιβάλλον για παιχνίδια, και πέφτει στην παγίδα του γρήγορου κέρδους. Ο ενθουσιασμός και τα κέρδη ενδυναμώνουν την ενασχόληση με τα παιχνίδια και εγκαθιστούν τη συνήθεια. Μέσα από αυτή την διαδικασία διαμορφώνεται το υπόβαθρο περί των πιθανοτήτων κέρδους και των ιδιαίτερων ικανοτήτων του παίκτη. Τελικά, ο παίκτης χάνει και πέφτει στην παγίδα να τα ξανακερδίσει, να «ρεφάρει».

β) Ο ψυχολογικά ευάλωτος παίκτης (emotionally vulnerable gambler) έχει ανάγκη να αντιμετωπίσει το άγχος και τις στρεσογόνες καταστάσεις της ζωής του, αλλά επιλέγει τον τζόγο, ως λανθασμένη στρατηγική αντιμετώπισης. Τα τυχερά παιχνίδια γίνονται έτσι ένα είδος συναισθηματικής απόδρασης από τα προβλήματα και μια έντονη διασκέδαση. Κάθε νέα πηγή άγχους οδηγεί στην ενασχόληση με τα τυχερά παιχνίδια, οδηγώντας, έτσι στην παθολογική εμπλοκή με αυτά.

γ) Ο παρορμητικός παίκτης (antisocial impulsivist gambler) παρουσιάζει από την πρώιμη παιδική ηλικία ένα φάσμα παρορμητικών συμπεριφορών και, παράλληλα, προβλήματα μάθησης, συγκέντρωσης και προσοχής. Επίσης, εμφανίζει υπερδραστηριότητα, πλήττει εύκολα και αναζητά διαρκώς νέες δραστηριότητες, είναι παρορμητικός, πειραματίζεται με οινόπνευμα και άλλες εξαρτήσεις σε νεαρή ηλικία και γενικά δεν έχει μακροπρόθεσμους στόχους και φιλοδοξίες.

Οι παίκτες της πρώτης ομάδας έχουν συνήθως επίγνωση της κατάστασής τους και τις περισσότερες πιθανότητες να ζητήσουν βοήθεια ή να ξαναπαίξουν σε ελεγχόμενα πλαίσια. Όταν εμφανίσουν ψυχικές διαταραχές, αυτές είναι συνήθως δευτερογενείς, ενώ έχουν καλή θεραπευτική πρόγνωση. Στη δεύτερη ομάδα, είναι χαρακτηριστική η επίδραση του φαινομένου της σχάσης (splitting), καθώς επίσης η παρουσία συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης, ανασφάλειας, μειωμένης αυτοεκτίμησης, θλίψης και άλλων αρνητικών συναισθημάτων. Τέλος, όσοι ανήκουν στην τρίτη ομάδα παρατηρείται ότι αρχίζουν να παίζουν τυχερά παιχνίδια σε μικρή ηλικία, παρουσιάζουν παράλληλα άλλες παρορμητικές συμπεριφορές και σύντομα χάνουν τον έλεγχο στον τρόπο με τον οποίο παίζουν. Ειδικότερα σε αυτή την ομάδα, ο συνδυασμός κατάχρησης ουσιών και τζόγου αυξάνει τις πιθανότητες να βλάψει

κάποιος τον εαυτό του. Περισσότερο από άλλους χρειάζονται επαγγελματική βοήθεια και είναι πολύ πιθανό να βοηθηθούν από κάποιο αντικαταθλιπτικό φάρμακο (Οικονόμου και συν.,2016).

1.7 Οι συνέπειες του τζόγου

Ο παθολογικός τζόγος αποτελεί μια εξαρτητική συμπεριφορά χαρακτηριζόμενη από την απώλεια αυτοελέγχου και τη βαθμιαία οικονομική, ηθική και συναισθηματική εξάντληση του παίκτη. Στα πλαίσια της εξαρτητικής αυτής συμπεριφοράς ο παίκτης θέλει να παίζει όλο και περισσότερο, συχνά χάνοντας την έννοια του χρόνου και παρουσιάζει μεταπτώσεις στα συναισθήματα του. Η απότομη διακοπή του τζόγου παρουσιάζει συχνά σύνδρομο στέρησης, ανάλογο των άλλων καταχρήσεων, με συμπτώματα όπως: πόνος στο στομάχι, ναυτία, ίλιγγος, διαταραχές διατροφής και ύπνου, άγχος, δυσφορία. Κάποιες φορές παρατηρείται επιληψία ή ακόμα και κατάθλιψη. Στον παθολογικό τζόγο η έντονη ανάγκη του ατόμου να παίζει τυχερά παιχνίδια είναι τέτοια, ώστε ο τζόγος να κάνει τον παίκτη να ενδιαφέρεται αποκλειστικά και μόνο για το αποτέλεσμα και αυτό δημιουργεί πρόβλημα στη προσωπική ή επαγγελματική του ζωή. Τέλος, το άτομο αρχίζει να έχει προβλήματα στις σχέσεις του με τους άλλους, απομονώνεται κοινωνικά, αρχίζει και αντιμετωπίζει έντονα οικονομικά ή ακόμη και νομικά προβλήματα, αλλά παρόλα αυτά δε μπορεί να σταματήσει την ενασχόληση του με τα τυχερά παιχνίδια (Γαβαλά και συν.,2015).

Κεφάλαιο 2

Διατροφικές Διαταραχές και Παράγοντες Κινδύνου Εμφάνισης τους

Οι Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής (Eating Disorders- EDs) είναι ένα πρόβλημα, το οποίο στις μέρες μας παίρνει μεγάλες διαστάσεις. Αν και υπάρχουν βιβλιογραφικές αναφορές από αρχαιοτάτων χρόνων, στη σύγχρονη εποχή το πρόβλημα είναι εντονότερο και απαντάται πολύ συχνά. Άλλωστε δεν είναι τυχαίο ότι οι Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής κατατάσσονται πλέον ανάμεσα στις πιο εξασθενητικές ψυχιατρικές διαταραχές που επηρεάζουν κυρίως τις νεαρές γυναίκες, χωρίς βέβαια να αφήνουν τον ανδρικό πληθυσμό αλώβητο. Μια Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής μπορεί να προσδιοριστεί ως μια επίμονη διαταραχή της διατροφικής συμπεριφοράς ή ως μια συμπεριφορά που αποσκοπεί στον έλεγχο του βάρους, που όμως βλάπτει σημαντικά τη σωματική υγεία ή τις ψυχοκοινωνικές λειτουργίες του πάσχοντα, και

δεν είναι δευτεροπαθής διαταραχή μιας γενικής ιατρικής κατάστασης ή κάποιας άλλης ψυχιατρικής διαταραχής. Οι πλέον αναγνωρίσιμες Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής είναι η Ψυχογενής Ανορεξία (Anorexia Nervosa – A.N.) και η Ψυχογενής Βουλιμία (Bulimia Nervosa – B.N.). Το κύριο χαρακτηριστικό της Ψυχογενούς Ανορεξίας είναι η άρνηση διατήρησης του κατώτερου φυσιολογικού σωματικού βάρους, ενώ η Ψυχογενής Βουλιμία χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενα επεισόδια πολυφαγίας ακολουθούμενα από ανάρμοστες συμπεριφορές που στοχεύουν στην αποφυγή πρόσληψης βάρους, όπως για παράδειγμα η αυτο-πρόκληση εμετού. Το Σύνδρομο ή αλλιώς η Διαταραχή της Πολυφαγίας ή Υπερφαγίας ή Αδηφαγίας (Binge Eating Syndrome – B.E.S ή Binge Eating Disorder – B.E.D.) είναι ένα πιο πρόσφατα προσδιορισμένο φαινόμενο που χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενα επεισόδια υπερφαγίας, χωρίς ανάρμοστες αντισταθμιστικές συμπεριφορές. Ακόμα αποτελεί αντικείμενο συζήτησης αν το Σύνδρομο Πολυφαγίας αποτελεί μια ξεχωριστή Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής. Επίσης, η παχυσαρκία είναι μια κατάσταση που σχετίζεται άμεσα με διαταραγμένη πρόσληψη τροφής, αλλά θεωρείται ιατρικό πρόβλημα μάλλον παρά Διαταραχή Πρόσληψης Τροφής. Τέλος, υπάρχει ένα πλήθος άλλων Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής οι οποίες δεν είναι ευρέως αναγνωρισμένες και έχουν επινοηθεί και χρησιμοποιηθεί για να περιγράψουν καταστάσεις παρόμοιες με τις Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής που όμως δεν πληρούν όλα τα απαραίτητα κριτήρια ώστε να χαρακτηριστούν έτσι.

2.1 Ψυχογενής Ανορεξία

Διαγνωστικά κριτήρια Ψυχογενούς Ανορεξίας

Παρακάτω παρατίθενται τα διαγνωστικά κριτήρια για την Ψυχογενή Ανορεξία σύμφωνα με την τέταρτη έκδοση του «Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου των Ψυχικών Διαταραχών» (“Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders”/DSM-IV) και σύμφωνα με τη «Διεθνή Ταξινόμηση των Ασθενειών» (“International Classification of Diseases”/ICD-10). Το DSM-IV αναγνωρίζει δύο τύπους Ψυχογενούς Ανορεξίας: τον περιοριστικό τύπο και τον τύπο με επεισόδια υπερφαγίας/καθαρτικό τύπο.

Τα διαγνωστικά κριτήρια για την Ψυχογενή Ανορεξία σύμφωνα με το DSM-IV είναι:

A. Άρνηση του ατόμου να διατηρήσει το σωματικό του βάρος στο επίπεδο ή πάνω από το επίπεδο, του ελάχιστα φυσιολογικού βάρους για την ηλικία και το ύψος του (π.χ. απώλεια βάρους που έχει ως αποτέλεσμα τη διατήρηση του βάρους κάτω από το 85% του αναμενόμενου ή αποτυχία να έχει την αναμενόμενη αύξηση βάρους κατά την περίοδο της ανάπτυξης, οδηγώντας σε σωματικό βάρος λιγότερο από το 85% του αναμενόμενου).

B. Έντονος φόβος του ατόμου ότι θα αυξηθεί το βάρος του ή ότι θα γίνει παχύ, ακόμα και όταν αυτό είναι κάτω από το κανονικό.

Γ. Διαταραχή του τρόπου με τον οποίο βιώνεται το βάρος ή το σχήμα, υπέρμετρη επίδραση του βάρους ή του σχήματος του σώματος στην αυτο-αξιολόγηση ή άρνηση της σοβαρότητας του υπάρχοντος χαμηλού σωματικού βάρους.

Δ. Σε γυναίκες μετά την εμμηνарχή, αμηνόρροια, δηλαδή απουσία τριών διαδοχικών εμμηνορυσιακών κύκλων (μια γυναίκα θεωρείται ότι έχει αμηνόρροια, εάν οι περίοδοί της εμφανίζονται μόνο μετά τη χορήγηση ορμονών π.χ. οιστρογόνων).

Προσδιορίστε τον τύπο :

Περιοριστικός τύπος (Restricting type) : Στη διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου της Ψυχογενούς Ανορεξίας, το άτομο δεν έχει τακτικά επεισόδια πολυφαγίας ή συμπεριφορά κάθαρσης (δηλαδή προκλητούς εμετούς ή κατάχρηση υπακτικών, διουρητικών ή ενεμάτων)

Επεισόδια πολυφαγίας / καθαρτικός τύπος (Binge-Eating / Purging type) : Στη διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου της Ψυχογενούς Ανορεξίας, το άτομο έχει τακτικά επεισόδια πολυφαγίας ή συμπεριφορά κάθαρσης (δηλαδή προκλητούς εμετούς ή κατάχρηση υπακτικών ή ενεμάτων) (Kaplan,1996).

Τα διαγνωστικά κριτήρια για την Ψυχογενή Ανορεξία σύμφωνα με το ICD-10 είναι:

A. Υπάρχει απώλεια βάρους ή, σε παιδιά, έλλειψη πρόσληψης βάρους, που οδηγεί σε σωματικό βάρος χαμηλότερο τουλάχιστον κατά 15% από το φυσιολογικό ή το αναμενόμενο βάρος για την ηλικία και το ύψος του ατόμου.

B. Η απώλεια βάρους αυτο-προκαλείται με την αποφυγή «παχυντικών τροφών».

Γ. Υπάρχει αυτο-αντίληψη ότι είναι υπερβολικά παχύς, με έναν παρεισφρητικό τρόπο πάχυνσης, που οδηγεί σε ένα αυτο-επιβαλλόμενο όριο χαμηλού βάρους.

Δ. Μια εκτεταμένη ενδοκρινική διαταραχή που περιλαμβάνει τον υποθαλαμικό-υποφυσικό-γοναδικό άξονα, εκδηλώνεται στις γυναίκες ως αμηνόρροια και στους άνδρες ως απώλεια του σεξουαλικού ενδιαφέροντος και της δραστηριότητας. (Μια φαινομενική εξαίρεση είναι η σταθερή εμφάνιση κοιλικών υγρών σε ανορεξικές γυναίκες που βρίσκονται σε ορμονική θεραπεία αναπλήρωσης, πιο συχνά λαμβανόμενης υπό μορφή αντισυλληπτικού χαπιού).

Ε. Η διαταραχή δεν ικανοποιεί τα κριτήρια Α και Β για την Ψυχογενή Βουλιμία.(Garfinkel,2002).

Η Ψυχογενής Ανορεξία ήταν ανέκαθεν πιο διαδεδομένη στις ανώτερες κοινωνικές τάξεις παρά στις κατώτερες και μεταξύ εργατών. Σήμερα οι γνώμες δίστανται, κάποιες έρευνες επιβεβαιώνουν αυτήν την αντίληψη ενώ άλλες δε δείχνουν μια τέτοια διασπορά. Επίσης, η ανάπτυξη και η διάδοση των Δ.Π.Τ. είναι υψηλότερη στις αστικές περιοχές, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι στις αγροτικές περιοχές δεν εμφανίζεται το πρόβλημα. Μάλιστα, ο κίνδυνος για Δ.Π.Τ. στις αγροτικές περιοχές είναι αυξημένος συγκριτικά με ότι ίσχυε στο παρελθόν (Walcottetal.,2003). Τα περιστατικά Ψυχογενούς Ανορεξίας είναι συχνότερα στις ανεπτυγμένες χώρες ή αλλιώς αποκαλούμενες Δυτικές κοινωνίες, όπου επικρατεί η αντίληψη ότι η ισχύτητα συνεπάγεται υγεία, φόρμα και ελκυστικότητα, ενώ η παχυσαρκία συνεπάγεται φτώχη υγεία, έλλειψη δύναμης της θέλησης και αυτοελέγχου και ασχήμια. Αντίθετα, στις μη-Δυτικές κοινωνίες η Ψυχογενής Ανορεξία και οι σχετικές με αυτήν Δ.Π.Τ. είναι σπάνιες.

Η έναρξη της Ψυχογενούς Ανορεξίας φαίνεται να είναι πολυπαραγοντική. Ενώ ορισμένοι εμφανείς παράγοντες κινδύνου έχουν προσδιοριστεί, δεν υπάρχει καμία γνωστή, άμεση αιτιότητα. Η χαμηλή διάδοση της Ψυχογενούς Ανορεξίας καθιστά δύσκολη την αναμενόμενη έρευνα και για κάθε δεδομένη αποκάλυψη ή ευαισθησία, πολύ περισσότερα άτομα διαθέτουν τους παράγοντες κινδύνου από αυτά που αναπτύσσουν τη διαταραχή. Μια πολύ πιθανή εξήγηση είναι η ύπαρξη μιας αλληλεπίδρασης ανάμεσα σε βιολογικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες κινδύνου. Φαίνεται ότι οι παράγοντες που σηματοδοτούν την έναρξη της διαταραγμένης διατροφής και της εφαρμογής δίαιτας, διαφέρουν από εκείνους που διατηρούν τη συγκεκριμένη συμπεριφορά όταν καταντά προβληματική (Kleinetal.,2003).

Βιολογικοί – Οικογενειακοί Παράγοντες κινδύνου

Οι γενετικοί παράγοντες παίζουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη της Ψυχογενούς Ανορεξίας. Όπως αποδεικνύεται από έρευνες που έχουν διεξαχθεί σε οικογένειες, ο κίνδυνος εμφάνισης της διαταραχής είναι 7-20 φορές μεγαλύτερος για τα άτομα, συγγενείς των οποίων έχουν αντιμετωπίσει το ίδιο πρόβλημα σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Αυτή η μεταβίβαση της ευαισθησίας φαίνεται ότι ελέγχεται, μερικώς τουλάχιστον, γενετικά, καθώς έρευνες σε μονοζυγωτικούς και διζυγωτικούς δίδυμους, φέρουν τους πρώτους να εμφανίζουν σε μεγαλύτερο βαθμό τη διαταραχή (Stroberetal.,2002). Εκτιμάται ότι οι γενετικοί παράγοντες ευθύνονται για ποσοστό μεγαλύτερο από 50% της στατιστικής διακύμανσης των περιστατικών Ψυχογενούς Ανορεξίας. Επίσης για τη διακύμανση αυτή φαίνεται να ευθύνονται και διαφορετικές εμπειρίες ανάμεσα σε αδέρφια που μεγαλώνουν μαζί, όπως διαφορετική αντιμετώπιση από τους γονείς ή τους συνομήλικούς τους και γεγονότα που βιώνουν μεμονωμένα τα παιδιά μέσα σε μια οικογένεια, τα οποία δε μοιράζονται με τα αδέρφια τους (Kaplanetal.,1996).

Ψυχολογικοί Παράγοντες- Προσωπικότητα

Η Ψυχογενής Ανορεξία εμφανίζεται συνήθως κατά την εφηβεία ή την πρώτη νεότητα (13-15 έτη ζωής). Η περίοδος της εφηβείας με την ανάπτυξη των δευτερευόντων χαρακτηριστικών του φύλου καθιστά την εφηβεία αυτή καθεαυτή, παράγοντα κινδύνου. Οι ψυχολογικές αντιδράσεις που προκαλούνται από την ωρίμανση του σώματος και τις αλλαγές στις σχέσεις με τους συνομήλικους ίσως παίζουν ένα ρόλο στην ανάπτυξη της Ψυχογενούς Ανορεξίας. Το άγχος επίσης φαίνεται να επηρεάζει, σε κάποιες περιπτώσεις, την έναρξη της διαταραχής ή την υποτροπή της μετά από περιόδους ύφεσης (Kaplanetal.,1996). Η προσωπικότητα των ατόμων που πάσχουν από Ψυχογενή Ανορεξία είναι ιδιόζουσα (Kleinetal.,2003).Τυπικά, στους ασθενείς με Ψυχογενή Ανορεξία λείπει η αίσθηση αυτονομίας και ατομικότητας. Μέσα από πράξεις υπερβολικής αυτοπειθαρχίας προσπαθούν να αποκτήσουν αναγνώριση ως μοναδικά και ιδιαίτερα άτομα (Kaplanetal.,1996). Οι ανορεξικοί είθισται να είναι προσεκτικοί, ευσυνείδητοι, επίμονοι και τελειομανείς σε μεγαλύτερο βαθμό από το γενικό πληθυσμό. Επιπλέον, μεταξύ γυναικών που αναρρώνουν από την Ψυχογενή Ανορεξία εντοπίζεται με μεγάλη συχνότητα τελειομανία και συμπτωματολογία εμμονών. Τέτοιες αξιολογήσεις μπορεί να μπερδευτούν με τις συνέπειες της

ασθένειας κι ενώ ενδέχεται τα χαρακτηριστικά αυτά να αυξάνουν τις πιθανότητες ανάπτυξης Ψυχογενούς Ανορεξίας δεν αποκλείεται το ενδεχόμενο ένα επεισόδιο Ψυχογενούς Ανορεξίας να προκαλεί αυτές τις ψυχολογικές μεταβολές (Kleinetal.,2003). Επίσης, τα στοιχεία της προσωπικότητας ενός ατόμου κατά την παιδική ηλικία που αντανακλούν μια έμμονη καταναγκαστική προσωπικότητα, φαίνεται να είναι σημαντικοί παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη Δ.Π.Τ. και ίσως ακόμα και να αντιπροσωπεύουν δείκτες ενός φαινοτύπου, όπως αναφέρεται και στους βιολογικούς παράγοντες, που εκφράζεται σε συγκεκριμένο υποσύνολο ασθενών με Ψυχογενή Ανορεξία (Anderluhetal.,2003).Ένας άλλος παράγοντας που πιθανώς καθιστά κάποια άτομα πιο επιρρεπή στην Ψυχογενή Ανορεξία είναι τα ψυχολογικά τραύματα που έχουν υποστεί στην παιδική τους ηλικία. Αν και δεν έχει βρεθεί κάποια συσχέτιση μεταξύ συναισθηματικής ή σωματικής κακοποίησης στην παιδική ηλικία και σε συμπεριφορές ελέγχου και κάθαρσης στη μετέπειτα ζωή, έχει εντοπιστεί σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στη σεξουαλική (Fallonet al.,1997), (Walcottetal.,2003) κατά την παιδική ηλικία και στην παρουσία συμπεριφορών κάθαρσης στην ενήλικη ζωή (Lockwood.,2004). Ακόμα, άτομα που έχουν πέσει θύματα σεξουαλικής κακοποίησης και ως παιδιά και ως ενήλικες εμφανίζουν ευδιάκριτα τη συμπτωματολογία των Δ.Π.Τ. συγκριτικά με άτομα που έχουν βιώσει κάτι ανάλογο σε μια μόνο περίοδο της ζωής τους. Υποστηρίζεται δηλαδή ότι η επανειλημμένη κακοποίηση ίσως να σχετίζεται με πιο σοβαρές Δ.Π.Τ. και με γενικευμένα συμπτώματα (Leonardetal.,2003).

Κοινωνικοί –Περιβαλλοντικοί Παράγοντες

Εκτός από τους βιολογικούς και ψυχολογικούς παράγοντες κινδύνου, κοινωνικές και πολιτιστικές επιρροές εμπλέκονται στις Δ.Π.Τ. και κυρίως στην έναρξη της διαταραγμένης συμπεριφοράς. Η σύγχρονη αντίληψη της ομορφιάς απαιτεί πολύ αδύνατα και γυμνασμένα σώματα. Πρόκειται για ένα ιδεώδες που αντιπροσωπεύει τις αξίες του αυτοελέγχου, της επιτυχίας και της αποδοχής του κοινωνικού συνόλου. Το ανθρώπινο σώμα, λανθασμένα, αντιμετωπίζεται σαν εύπλαστο υλικό, το οποίο με το σωστό συνδυασμό γυμναστικής, δίαιτας και αυτοελέγχου μπορεί πάντα να μετατραπεί στο «τέλειο σώμα», που δεν είναι άλλο από ένα αδύνατο, πολλές φορές, καχεκτικό σώμα. Τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης καλλιεργούν την ψευδαίσθηση ότι

η επίτευξη αυτού του «ανώτερου σκοπού» επιβραβεύεται, ενώ παράλληλα προωθούν, μέσω διαφημίσεων κέντρα αδυνατίσματος και γυμναστήρια, τρόπους για να καταφέρει το κοινό να επιτύχει τον πολυπόθητο στόχο. Δυστυχώς, όμως, είναι αδύνατο να αποκτήσουν όλοι οι άνθρωποι το ιδανικό αυτό σώμα, καθώς ο σωματότυπος του κάθε ατόμου είναι διαφορετικός, όπως και το ιδανικό του βάρος, και αυτά τα χαρακτηριστικά δέχονται βιολογικές επιρροές, δηλαδή ελέγχονται κυρίως από γονίδια. Οι έφηβοι που δεν κατανοούν ή δεν αποδέχονται τις ιδιαιτερότητες του σώματός τους, συχνά βιώνουν πολύ αρνητικά συναισθήματα που τους ωθούν σε ακραίες και δραστικές παρεμβολές (Kaplanetal.,1996; Klein et al.,2003; Walcottetal.,2003).Επιπλέον, η Ψυχογενής Ανορεξία αποτελεί σε αρκετές περιπτώσεις αντίδραση κάποιων εφήβων στις απαιτήσεις που προβάλλει απέναντί τους η κοινωνία και που αφορούν περισσότερη ανεξαρτησία και αυξημένη κοινωνική και σεξουαλική λειτουργικότητα. Οι ασθενείς με τη διαταραχή υποκαθιστούν τις άλλες φυσιολογικές εφηβικές επιδιώξεις τους με την ενασχόληση με θέματα διατροφής και βάρους. Τα άτομα που πάσχουν από Ψυχογενή Ανορεξία δε δυσκολεύονται να βρουν υποστήριξη για την πρακτική τους καθώς είναι γνωστή η αξία που αποδίδει η κοινωνία μας στην ισχύτητα και την άσκηση (Kaplanetal.,1996).Εκτός από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης και τα πρότυπα ομορφιάς που προβάλλουν, οι πεποιθήσεις των ατόμων του οικογενειακού και άμεσου φιλικού περιβάλλοντος επίσης επηρεάζουν τους εφήβους. Υποστηρίζεται ότι οι οικογένειες των ατόμων με Δ.Π.Τ. ενδιαφέρονται υπερβολικά για την κοινωνική προβολή και την ελκυστική εμφάνιση. Εντούτοις, κάποιοι πιστεύουν ότι οι οικογενειακές αρχές και αξίες δεν επαρκούν ώστε να προκαλέσουν την έναρξη Δ.Π.Τ. στους απογόνους τους εκτός και αν συνδυάζονται με συγκεκριμένες επιρροές άλλων παραγόντων όπως η ψυχολογική και βιολογική ευπάθεια των παιδιών (Davisetal.,2004). Ένας ακόμα παράγοντας που μπορεί να οδηγήσει στην ανάπτυξη ψυχολογικών προβλημάτων, συμπεριλαμβανομένων και των Δ.Π.Τ., είναι η έλλειψη αμοιβαιότητας σε σημαντικές σχέσεις με συγγενείς, φίλους και συντρόφους. Υπάρχουν ενδείξεις ότι οι ασθενείς με Ψυχογενή Ανορεξία έχουν στενές μεν, αλλά διαταραγμένες σχέσεις με τους γονείς τους και προσπαθούν, με την ασθένεια τους, να τραβήξουν την προσοχή των συγγενών τους, της οποίας αισθάνονται στερημένοι. Τέλος, είναι πιθανόν οι ασθενείς με Ψυχογενή Ανορεξία να έχουν οικογενειακό ιστορικό κατάθλιψης, εξάρτησης από αλκοόλ ή Δ.Π.Τ. (Kaplanetal.,1996).

Ψυχιατρικές Επιπλοκές

Πέρα από τις φοβίες, τις εμμονές και τη διαταραχή αντίληψης του σώματος που αναπτύσσουν οι ανορεξικοί συχνά εμφανίζουν και ιδεοψυχαναγκαστική συμπεριφορά, άγχος, θυμό και επιθετικότητα, διαταραχές διάθεσης, διαταραχές άγχους, μείζονα κατάθλιψη, ακόμα και τάσεις αυτοκτονίας (Kleinetal.,2003).

2.2 Ψυχογενής Βουλιμία

Διαγνωστικά κριτήρια και χαρακτηριστικά της Ψυχογενούς Βουλιμίας

Οι ασθενείς με Ψυχογενή Βουλιμία σημειώνουν επεισόδια υπερφαγίας τουλάχιστον 2 φορές την εβδομάδα τα οποία ακολουθούνται από επανορθωτικές πρακτικές όπως η αυτοπρόκληση εμετών, η κατάχρηση καθαρτικών και διουρητικών, ακραίες δίαιτες ή νηστείες και συχνά υπερβολική σωματική άσκηση. Ο συνδυασμός αυτών των συμπεριφορών βοηθά τους βουλιμικούς ασθενείς να διατηρούν, κατά κανόνα, φυσιολογικό σωματικό βάρος (Beumont, 2002; Fairburn,1999). Οι βουλιμικοί ασθενείς συνηθίζουν να κρύβουν τα τρόφιμα και να τα καταναλώνουν κρυφά όταν βρίσκονται μόνοι τους. Παρουσιάζουν έντονη ενασχόληση με τα τρόφιμα και ζυγίζονται συχνά, ενώ ταυτόχρονα είναι πολύ δυσαρεστημένοι με το σώμα τους και έχουν λανθασμένη αντίληψη αυτού (Beumont, 2002). Οι ασθενείς με Ψυχογενή Βουλιμία φοβούνται υπερβολικά μήπως γίνουν υπέρβαροι. Συνήθως προσπαθούν πολύ, για να ικανοποιήσουν τους γύρω τους, ενώ παράλληλα οι ίδιοι απομονώνονται κοινωνικά και βιώνουν καταθλιπτικά συναισθήματα. Οι βουλιμικοί ασθενείς έχουν την ανάγκη να νιώθουν ότι ελέγχουν καταστάσεις και έχουν σταθερές και άκαμπτες απόψεις. Παράλληλα, αντιμετωπίζουν δυσκολίες με την έκφραση των συναισθημάτων τους και νιώθουν συχνά άχρηστοι (Beumont, 2002). Τα επεισόδια υπερφαγίας χαρακτηρίζονται από ευχάριστα συναισθήματα αρχικά, τα οποία σύντομα αντικαθίστανται από αηδία, αποστροφή και αναστάτωση. Κατά τη διάρκεια του επεισοδίου μπορεί να περιφέρονται αμήχανα, ενώ παράλληλα η έντονη επιθυμία τους για φαγητό τους οδηγεί στην καταναγκαστική κατανάλωση τροφής. Καθώς εξελίσσεται το επεισόδιο, ο ασθενής βιώνει ολοένα και πιο έντονα την απώλεια του ελέγχου και όταν αυτό δε συμβαίνει, το επιδιώκουν παρακολουθώντας τηλεόραση ή ακούγοντας δυνατά μουσική ώστε να αποσπάται η προσοχή τους και να μην

αντιλαμβάνονται την ποσότητα τροφής που έχουν καταναλώσει. Ιδιαίτερα εντυπωσιακή είναι και η ταχύτητα με την οποία καταναλώνουν τα τρόφιμα. Τρώνε δυο φορές ταχύτερα από το φυσιολογικό, καταναλώνουν σχεδόν 81,5 kcal ανά λεπτό αντί για 38,4 kcal που καταναλώνει ένας άνθρωπος φυσιολογικά, μασούν ελάχιστα και πίνουν άφθονα υγρά για να βοηθούν την κατάποση ή να βοηθούνται στο να βγάλουν αργότερα ότι κατανάλωσαν. Προκειμένου να εξασφαλίσουν τροφή προς κατανάλωση παίρνουν το φαγητό άλλων, κλέβουν τρόφιμα από καταστήματα ή τρώνε ακόμα και πεταμένα τρόφιμα. Η κατανάλωση της τροφής γίνεται μυστικά και οι συγκεκριμένοι ασθενείς μπορούν να κρύβουν το πρόβλημά τους για χρόνια (Fairburn,1999).

Τα διαγνωστικά κριτήρια της Ψυχογενούς Βουλιμίας σύμφωνα με το DSM-IV είναι τα παρακάτω:

A. Επαναλαμβανόμενα επεισόδια πολυφαγίας. Ένα επεισόδιο πολυφαγίας επισημαίνεται από τα εξής δύο χαρακτηριστικά :

1. Πρόσληψη σε συγκεκριμένη χρονική περίοδο (π.χ. δύο ωρών) ποσότητας τροφής η οποία είναι εμφανώς μεγαλύτερη απ' αυτή που θα μπορούσαν να καταναλώσουν τα περισσότερα άτομα κατά την ίδια χρονική περίοδο και κάτω από τις ίδιες περιστάσεις
2. Αίσθηση έλλειψης ελέγχου στην πρόσληψη τροφής κατά τη διάρκεια του επεισοδίου (π.χ. αίσθημα του ατόμου ότι δε μπορεί να σταματήσει να τρώει ή να ελέγξει τι και πόσο τρώει).

B. Επαναλαμβανόμενη ακατάλληλη αντιρροπιστική συμπεριφορά, προκειμένου να αποτραπεί η αύξηση βάρους, όπως προκλητοί εμετοί κατάχρηση υπακτικών, διουρητικών, ενεμάτων ή άλλων φαρμάκων, νηστεία ή υπερβολική σωματική άσκηση.

Γ. Τόσο τα επεισόδια υπερφαγίας, όσο και η απρόσφορη αντιρροπιστική συμπεριφορά παρουσιάζονται κατά μέσο όρο τουλάχιστον 2 φορές την εβδομάδα για διάστημα 3 μηνών.

Δ. Η αυτοκριτική επηρεάζεται υπέρμετρα από το σχήμα και το βάρος του σώματος.

Ε. Η διαταραχή δεν εμφανίζεται αποκλειστικά στη διάρκεια επεισοδίων Ψυχογενούς Ανορεξίας.

Προσδιορίστε τον τύπο :

Καθαρτικός τύπος (Purging type) : Στη διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου της Ψυχογενούς Βουλιμίας, το άτομο καταφεύγει τακτικά σε προκλητούς εμετούς ή σε κακή χρήση υπακτικών, διουρητικών ή υποκλυσμών

Μη καθαρτικός τύπος (Nonpurging type) : Στη διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου της Ψυχογενούς Βουλιμίας, το άτομο χρησιμοποιεί άλλες ακατάλληλες αντιρροπιστικές συμπεριφορές, όπως νηστεία ή υπερβολική άσκηση, αλλά δεν καταφεύγει τακτικά σε προκλητούς εμετούς ή σε κατάχρηση υπακτικών, διουρητικών ή ενεμάτων (Karlanelal.,1996).

Τα διαγνωστικά κριτήρια για την Ψυχογενή Βουλιμία σύμφωνα με το ICD-10 είναι τα παρακάτω:

A. Υπάρχουν επαναλαμβανόμενα επεισόδια υπερφαγίας (τουλάχιστον δυο φορές την εβδομάδα για περίοδο 3 μηνών ή μεγαλύτερη), στα οποία μεγάλες ποσότητες τροφής καταναλώνονται σε μικρά χρονικά διαστήματα.

B. Υπάρχει επίμονη ενασχόληση με το φαγητό και μια δυνατή επιθυμία ή μια αίσθηση καταναγκασμού για κατανάλωση τροφής (ακατάσχετη επιθυμία).

Γ. Ο ασθενής προσπαθεί να αντισταθμίσει τις «παχυντικές» συνέπειες της τροφής με ένα ή περισσότερα από τα παρακάτω :

(1) αυτο-πρόκλητο εμετό

(2) αυτο-πρόκλητη κάθαρση

(3) εναλλασσόμενες περιόδους λιμοκτονίας

(4) χρήση φαρμάκων όπως κατασταλτικά όρεξης, φαρμακευτικά σκευάσματα για το θυρεοειδή ή διουρητικά . Όταν η Βουλιμία παρουσιάζεται σε διαβητικούς ασθενείς, ίσως να διαλέξουν να παραμελήσουν την ινσουλινοθεραπεία τους.

Δ. Υπάρχει μια αυτο-αντίληψη ότι είναι υπερβολικά παχύς, με έναν παρεισφρητικό φόβο της πάχυνσης (που συνήθως οδηγεί σε βάρος χαμηλότερο του κανονικού) (Garfinkel, 2002).

Πολλοί από τους περιβαλλοντικούς παράγοντες που προδιαθέτουν για την ανάπτυξη της Ψυχογενούς Ανορεξίας είναι παράγοντες κινδύνου και για την Ψυχογενή Βουλιμία (Kleinetal.,2003). Όπως συμβαίνει στην Ψυχογενή Ανορεξία, έτσι και στην

Ψυχογενή Βουλιμία υπάρχουν βιολογικοί, ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες κινδύνου, οι οποίοι αλληλεπιδρώντας ή μη οδηγούν στην έναρξη και εξέλιξη της διαταραχής.

Βιολογικοί-Οικογενειακοί παράγοντες κινδύνου

Έχει αναφερθεί ότι προϋπάρχον ιστορικό Ψυχογενούς Ανορεξίας αποτελεί αυτό καθαυτό παράγοντα κινδύνου για την Ψυχογενή Βουλιμία, καθώς κάποιες μελέτες υποδηλώνουν ότι το 20-30% των ασθενών με Ψυχογενή Βουλιμία σε κάποια φάση της ζωής τους ανταποκρίνονταν στα διαγνωστικά κριτήρια της Ψυχογενούς Ανορεξίας. Επιπλέον, μελέτες σε οικογένειες καταδεικνύουν υψηλότερα ποσοστά και των δυο διαταραχών στα πλαίσια της ίδιας οικογένειας, υπαινισσόμενες κάποια κοινή περιβαλλοντική και/ή γενετική προδιάθεση (Kleinetal.,2003). Οι ασθενείς με Ψυχογενή Βουλιμία έχουν την τάση να επιτυγχάνουν και να αποκρίνονται στις κοινωνικές πιέσεις για λεπτά και γυμνασμένα σώματα, παρόμοια με τους ασθενείς που πάσχουν από Ψυχογενή Ανορεξία. Πολλοί ασθενείς με Ψυχογενή Βουλιμία έχουν κατάθλιψη και αυξημένη συχνότητα οικογενούς κατάθλιψης. Ωστόσο, οι οικογένειες αυτών των ασθενών είναι γενικά διαφορετικές από τις οικογένειες αυτών με Ψυχογενή Ανορεξία. Οι σχέσεις στις οικογένειες των ασθενών με Ψυχογενή Βουλιμία είναι λιγότερο στενές και με μεγαλύτερες συγκρούσεις από ότι στις οικογένειες των ασθενών με Ψυχογενή Ανορεξία. Οι ασθενείς με Ψυχογενή Βουλιμία περιγράφουν τις οικογένειές τους ως αδιάφορες και απορριπτικές (Kaplanetal.,1996). Οι ασθενείς με Ψυχογενή Βουλιμία έχει βρεθεί ότι έχουν σχετικά υψηλά ποσοστά άγχους και διαταραχών διάθεσης, κυρίως μείζονα κατάθλιψη (Bulik,2002) και δυσθυμική διαταραχή.

Ψυχολογικοί παράγοντες-Προσωπικότητα

Οι ασθενείς με Ψυχογενή Βουλιμία, όπως και αυτοί με Ψυχογενή Ανορεξία, έχουν δυσκολίες με τις απαιτήσεις της εφηβείας. Ωστόσο, οι ασθενείς με Ψυχογενή Βουλιμία είναι περισσότερο εξωστρεφείς, θυμωμένοι και παρορμητικοί απ' ότι οι ασθενείς με Ψυχογενή Ανορεξία. Σύνοδες καταστάσεις της Ψυχογενούς Βουλιμίας είναι η εξάρτηση από αλκοόλ, η κλεπτομανία και η συναισθηματική ευμεταβλητότητα, συμπεριλαμβανομένων και των αποπειρών αυτοκτονίας. Οι δυσκολίες ελέγχου των παρορμήσεων των ασθενών με Ψυχογενή Βουλιμία εκδηλώνονται συχνά με εξάρτηση από ουσίες και με αυτοκαταστροφικές σεξουαλικές

σχέσεις, επιπλέον των επεισοδίων πολυφαγίας και της χρήσης καθαρτικών, που αποτελούν τα κύρια χαρακτηριστικά της διαταραχής (Kaplanetal.,1996).

Κοινωνικοί – Περιβαλλοντικοί παράγοντες

Η Ψυχογενής Βουλιμία είναι ένα σύνδρομο που συνδέεται με τον πολιτισμό, αντίθετα με την Ψυχογενή Ανορεξία. Κατά συνέπεια οι εκτιμήσεις για κληρονομικότητα της Ψυχογενούς Βουλιμίας, ίσως να επηρεάζονται περισσότερο από πολιτισμικά στοιχεία και να μεταβάλλονται ευκολότερα συγκριτικά με τις εκτιμήσεις που αφορούν στην Ψυχογενή Ανορεξία, ενώ παράλληλα και οι γενετικές βάσεις των διαταραχών αυτών μπορεί να εκφράζονται διαφορετικά καθώς επηρεάζονται σε διαφορετικό βαθμό από κοινωνικοπολιτισμικούς παράγοντες (Keeletal.,2003). Οι βουλιμικοί ασθενείς εμφανίζουν μια τάση προς την αυτοκριτική και την εξάρτηση ενώ παράλληλα αναφέρουν δυσάρεστες εμπειρίες στη παιδική τους ηλικία (Speranzaetal.,2003). Πρώιμες αναφορές αφήνουν υπαινιγμούς για συγκεκριμένη συσχέτιση μεταξύ Ψυχογενούς Βουλιμίας και ιστορικού σεξουαλικής κακοποίησης (Kleinetal., 2003). Πράγματι, περίπου το 30-45% των γυναικών με Ψυχογενή Βουλιμία αναφέρουν ότι έχουν υποστεί σεξουαλική κακοποίηση (Beumont,2002; Kleinetal.,2003) στην παιδική τους ηλικία και ακόμα περισσότερες ότι έχουν υποστεί σωματική κακοποίηση. Επίσης, μεγάλο ποσοστό βουλιμικών γυναικών αναφέρουν ανεπιθύμητες σεξουαλικές εμπειρίες στην ενήλικη ζωή τους (Leonardetal.,2003). Πρέπει, βέβαια, να αναφερθεί ότι συγκριτικές μελέτες μεταξύ βουλιμικών ασθενών και ασθενών με άλλες ψυχιατρικές ασθένειες, απέδειξαν ότι ο παραπάνω παράγοντας κινδύνου δεν αφορά αποκλειστικά στην Ψυχογενή Βουλιμία, αλλά αποτελεί γενικότερη αιτία εμφάνισης και ανάπτυξης ψυχιατρικών προβλημάτων. Καταλήγοντας, λοιπόν, αξίζει να αναφερθεί ότι η πλειονότητα των ατόμων με Ψυχογενή Βουλιμία, ή γενικά με Δ.Π.Τ, δεν έχουν υποστεί πρώιμο σεξουαλικό τραύμα, εκείνοι όμως που έχουν βιώσει περιστατικά σεξουαλικής κακοποίησης, βιώνουν επίσης μια επιδεινωμένη μορφή της διαταραχής καθώς και εμφανίζουν μεγαλύτερη νοσηρότητα (Kleinetal.,2003).

2.3 Σύνδρομο Υπερφαγίας

Το σύνδρομο υπερφαγίας αποτελεί την πλέον διαδεδομένη και αναγνωρισμένη Δ.Π.Τ. Μη Διαφορετικά Προσδιοριζόμενη (ED-NOS). Στο DSM-IV ορίζεται ως εξής :«Επαναλαμβανόμενα επεισόδια πολυφαγίας με απουσία τακτικής χρήσης ανάρμοστων, αντισταθμιστικών συμπεριφορών, χαρακτηριστικών της Νευρικής Βουλιμίας» (Grillo,2002).

Διαγνωστικά Κριτήρια

Τα ερευνητικά διαγνωστικά κριτήρια του συνδρόμου σύμφωνα πάντα με το DSM-IV είναι τα παρακάτω:

A. Επαναλαμβανόμενα επεισόδια πολυφαγίας. Ένα επεισόδιο πολυφαγίας επισημαίνεται από τα εξής δύο χαρακτηριστικά:

1. Πρόσληψη σε συγκεκριμένη χρονική περίοδο (π.χ. δύο ωρών) ποσότητας τροφής η οποία είναι εμφανώς μεγαλύτερη απ' αυτή που θα μπορούσαν να καταναλώσουν τα περισσότερα άτομα κατά την ίδια χρονική περίοδο και κάτω από τις ίδιες περιστάσεις
2. Αίσθηση έλλειψης ελέγχου στην πρόσληψη τροφής κατά τη διάρκεια του επεισοδίου (π.χ. αίσθημα του ατόμου ότι δε μπορεί να σταματήσει να τρώει ή να ελέγξει τι και πόσο τρώει).

B. Τα επεισόδια πολυφαγίας συνοδεύονται από τρία ή περισσότερα από τα ακόλουθα:

1. βρώση πολύ ταχύτερα από το κανονικό
2. βρώση μέχρι δυσάρεστου αισθήματος πληρότητας
3. βρώση μεγάλων ποσοτήτων τροφής, ενώ δεν υπάρχει φυσιολογικό αίσθημα πείνας
4. μοναχικές λήψεις τροφής, λόγω αισθήματος ντροπής για το πόσο τρώει
5. αίσθηση αηδίας για τον εαυτό του, κατάθλιψης ή έντονης ενοχής μετά την πολυφαγία

Γ. Παρουσία έντονης δυσφορίας, αναφορικά με τα επεισόδια πολυφαγίας.

Δ. Παρουσία των επεισοδίων πολυφαγίας, κατά μέσο όρο, τουλάχιστον δύο ημέρες την εβδομάδα επί 6 μήνες.

Σημείωση : Η μέθοδος προσδιορισμού της συχνότητας διαφέρει από αυτήν που χρησιμοποιείται στην Ψυχογενή Βουλιμία. Μελλοντική έρευνα θα πρέπει να προσδιορίσει εάν η προτιμώμενη μέθοδος καθορισμού του ουδού συχνότητας είναι η

μέτρηση του αριθμού ημερών στις οποίες εμφανίζονται τα επεισόδια ή η μέτρηση του αριθμού των επεισοδίων.

Ε. Τα επεισόδια πολυφαγίας δε συνοδεύονται από τακτική χρήση ακατάλληλων αντιρροπιστικών συμπεριφορών (π.χ. κάθαρση, νηστεία, υπερβολική άσκηση) και δεν εμφανίζονται αποκλειστικά κατά την πορεία Ψυχογενούς Ανορεξίας ή Ψυχογενούς Βουλιμίας (Karlanetal.,1996).

Χαρακτηριστικά-Συμπτώματα του Συνδρόμου Υπερφαγίας

Συμπεριφορικά Χαρακτηριστικά:

- Επαναλαμβανόμενα επεισόδια υπερφαγίας
- Ταχύτητα κατανάλωσης τροφής μεγαλύτερη από τη συνηθισμένη
- Αίσθημα απώλειας του ελέγχου επί της πρόσληψης τροφής κατά τη διάρκεια του επεισοδίου
- Κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων τροφής, απουσία αισθήματος πείνας
- Απόκρυψη τροφίμων και κατανάλωση τροφής στα κρυφά
- Κατανάλωση τροφής μέχρις υπερκορεσμού
- Κατανάλωση τροφής καθ' όλη τη διάρκεια της ημέρας χωρίς προγραμματισμένα γεύματα

Συναισθηματικά και Ψυχιατρικά Χαρακτηριστικά:

- Αισθήματα αηδίας, ενοχής, ακόμα και κατάθλιψη, κατά τη διάρκεια και μετά το επεισόδιο υπερφαγίας
- Συχνή υπερφαγία υποκινούμενη από δυσάρεστα συναισθήματα, όπως θυμός, άγχος ή ντροπή
- Χρησιμοποίηση της υπερφαγίας ως μέσον απαλλαγής από την ένταση ή «νάρκωσης» των συναισθημάτων
- Αυστηρή, άκαμπτη νοοτροπία του «όλα ή τίποτα»
- Ισχυρή ανάγκη απόκτησης αισθήματος ελέγχου
- Δυσκολία έκφρασης συναισθημάτων και αναγκών
- Τελειομανία
- Συνεχείς προσπάθειες ικανοποίησης των άλλων
- Αποφυγή συγκρούσεων, μόνιμη προσπάθεια διατήρησης χαμηλών τόνων

- Αποστροφή του σώματός τους
- Αισθήματα αναξιότητας
- Κοινωνική απομόνωση
- Κατάθλιψη
- Κακή ψυχική διάθεση και ευερεθιστότητα

Σωματικά Χαρακτηριστικά:

- Προβλήματα στην καρδιά και την αρτηριακή πίεση
- Προβλήματα στις αρθρώσεις
- Αφύσικα επίπεδα γλυκόζης στο αίμα
- Κόπωση
- Δυσκολία στο περπάτημα ή στην ενασχόληση με σωματικές δραστηριότητες

2.4 Πρόληψη, Αντιμετώπιση και Θεραπεία των Διαταραχών Τροφής

Πρόληψη

Στο επίπεδο της πρόληψης ιδιαίτερη βοήθεια μπορούν να προσφέρουν διάφοροι διαδικτυακοί τόποι που παρέχουν πληροφορίες ακόμα και βοήθεια στους ενδιαφερόμενους. Διάφοροι οργανισμοί, που ασχολούνται με τις διατροφικές διαταραχές διαθέτουν μέσω διαδικτύου περιστατικά που προέρχονται από περιγραφές ασθενών. Το διαδίκτυο μπορεί να προσφέρει βοήθεια σε ασθενείς που ζούνε απομακρυσμένοι από τα αστικά κέντρα, και κατά συνέπεια δυσκολεύονται να βρουν ειδικούς που να τους βοηθήσουν (Simpsonetal.,2003). Επίσης, μέσω διαδικτύου οι ασθενείς με Δ.Π.Τ. βρίσκουν πληροφορίες χωρίς να χρειάζεται να αποκαλύψουν την ταυτότητά τους, επομένως δε χρειάζεται να αποκαλύψουν στο περιβάλλον τους τη διαταραχή από την οποία υποφέρουν. Κυρίως στα άτομα με Ψυχογενή Βουλιμία, οι οικογένειές τους και οι φίλοι τους χρησιμοποιούν τέτοιες ιστοσελίδες, αναζητώντας πληροφορίες για τη συμπεριφορά των βουλιμικών αλλά και για πιθανές θεραπείες (Grunwaldetal.,2003), κι αυτό είναι πολύ λογικό καθώς οι βουλιμικοί αποδέχονται ευκολότερα από τους ανορεξικούς το πρόβλημά τους και απευθύνονται στους ειδικούς πιο συχνά. Ένα ακόμα πλεονέκτημα αυτών των ιστοσελίδων είναι ότι η χρήση τους μπορεί να γίνει ανά πάσα στιγμή, οποιαδήποτε ώρα και μέρα. Συμπερασματικά, η χρήση του διαδικτύου για παροχή πληροφοριών σχετικά με τις

διαταραχές και τη θεραπεία τους ολοένα και αυξάνεται (Zabinskietal.,2003). Όταν γίνεται σωστή χρήση επίσημων ιστοσελίδων, οι ασθενείς μπορούν να βοηθηθούν σημαντικά. Παράλληλα χρειάζεται προσοχή, διότι μέσω διαδικτύου είναι πιθανό οι ασθενείς να λάβουν εσφαλμένες οδηγίες και κατευθύνσεις (Shafran,2002).

Ψυχολογική παρέμβαση

Υπάρχουν πολλοί τρόποι για να παρέμβει ένας ψυχολόγος ή ένας ψυχίατρος στη θεραπεία (Vitousek,2002). Συνηθίζεται οι ασθενείς με Διατροφικές διαταραχές να επιχειρούν μια ή περισσότερες αποτυχημένες θεραπευτικές προσπάθειες, (Fairburn,1999) επειδή η έκβαση των ποικίλων θεραπειών στον κάθε ασθενή είναι άγνωστη (Berghetal.,2003). Στην πραγματικότητα η επιλογή της θεραπείας εναπόκειται στο θεραπευτή καθώς δεν έχει βρεθεί ακόμα μια επιβεβαιωμένα αποτελεσματική παρέμβαση. Η πλέον κοινά αποδεκτή και χρησιμοποιούμενη θεραπεία είναι η Γνωσιακή-Συμπεριφορική Προσέγγιση (Cognitive-Behavioral Therapy/CBT) (Vitousek,2002). Παρακάτω αναφέρονται τα βασικά στοιχεία της Γνωσιακής-Συμπεριφορικής Προσέγγισης στην Ψυχογενή Ανορεξία και την Ψυχογενή Βουλιμία.

Βασικά Στοιχεία της Γνωσιακής - Συμπεριφορικής Προσέγγισης στην Ψυχογενή Ανορεξία

Η θεραπεία για την Ψυχογενή Ανορεξία διαρκεί τυπικά 1-2 χρόνια και χωρίζεται σε τρεις φάσεις: (I) εδραίωση σχέσης εμπιστοσύνης και καθορισμός των παραμέτρων της θεραπείας, (II) αλλαγή των αντιλήψεων που σχετίζονται με τη διατροφή και το σωματικό βάρος και έπειτα διεύρυνση της εμβέλειας της θεραπείας, (III) παρεμπόδιση υποτροπής και προετοιμασία για τον τερματισμό της θεραπείας. Η συνήθης διάρκεια των φάσεων είναι ένας μήνας για την πρώτη, ένας χρόνος για τη δεύτερη και έξι μήνες για την Τρίτη (Garneretal.,1997).

Στην **1^η Φάση** πρέπει να:

- Εδραιωθεί μια θετική θεραπευτική συμμαχία

- Καθοριστούν τα χαρακτηριστικά της διαταραχής
- Πληροφορηθεί και να εκπαιδευτεί ο ασθενής για τα συμπτώματα της λιμοκτονίας και για άλλα επιλεγμένα θέματα
- Εκτιμηθεί η κατάσταση της υγείας του ασθενούς και να αντιμετωπιστούν οι ιατρικές επιπλοκές της νόσου
- Εξηγηθεί στον ασθενή η πολλαπλότητα της συμπτωματολογίας της ανορεξικής συμπεριφοράς
- Διακριθούν οι «δυο οδοί» της θεραπείας (γνωσιακή και συμπεριφορική οδός)
- Γίνει παρουσίαση της γνωσιακής ορθολογικής βάσης της θεραπείας
- Επεξηγηθεί η ανάγκη για θεραπεία και παρασχεθούν πληροφορίες για την αποκατάσταση της διατροφής και του βάρους
- Αρχίσει το άτομο να παρακολουθεί τη διατροφή του αλλά και τη γενικότερη συμπεριφορά του απέναντι στο φαγητό και προγραμματίζει τα γεύματά του ημερησίως
- Γίνει λεπτομερής καθορισμός των φυσιολογικών διατροφικών συμπεριφορών
- Διακοπή επεισοδίων υπερφαγίας και εμετών
- Γίνει εφαρμογή των αρχικών γνωσιακών παρεμβάσεων
- Αυξηθούν τα κίνητρα για αλλαγή διατροφικής συμπεριφοράς
- Καταπολεμηθούν οι πολιτιστικές αξίες που αφορούν στο σωματικό βάρος και σχήμα και στην κοινωνική αποδοχή
- Προσδιοριστεί σε ποιο βαθμό χρειάζεται να συμμετέχει η οικογένεια στη θεραπεία

Στην 2^η Φάση πρέπει να:

- Συνεχιστεί να δίνεται έμφαση στην ανάγκη πρόσληψης βάρους και την αποκατάσταση ισορροπημένης διατροφής
- Γίνει προσδιορισμός ενός πλαισίου διαχείρισης των υποτροπών
- Προσδιοριστούν οι δυσλειτουργικοί τρόποι σκέψης
- Γίνει αναδόμηση νέων γνωσιακών σχημάτων
- Αλλάξει η εικόνα που έχει ο ασθενής για τον εαυτό του
- Εστιαστεί ένας διαπροσωπικός θεραπευτικός στόχος
- Ενταχθεί και η οικογένεια του ασθενούς στη θεραπεία

Στην 3^η Φάση πρέπει να:

- Γίνει ανακεφαλαίωση της προόδου
- Αναθεωρηθούν οι βάσεις της συνεχούς προόδου
- Ανακεφαλαιωθούν τα ευαίσθητα σημεία που οδηγούν σε υποτροπές
- Αναθεωρηθούν τα προειδοποιητικά σημάδια της υποτροπής
- Διευκρινιστεί η χρονική στιγμή επιστροφής στη θεραπεία (Garneretal.,1997; Vitousek,2002)

Βασικά Στοιχεία της Γνωσιακής-Συμπεριφορικής Προσέγγισης στην Ψυχογενή Βουλιμία

Αρχικά η Γνωσιακή-Συμπεριφορική θεραπεία σχεδιάστηκε για ασθενείς με Ψυχογενή Βουλιμία, αργότερα όμως άρχισε να χρησιμοποιείται και σε ασθενείς με Σύνδρομο Υπερφαγίας (Dareetal.,1997).

Στην **1^η Φάση** πρέπει να:

- Καταγράφονται λεπτομερώς όλα τα βουλιμικά επεισόδια τη στιγμή της εκδήλωσής τους, μαζί με τις επακόλουθες σκέψεις και τα αντίστοιχα συναισθήματα
- Καθοριστεί ένα πρόγραμμα φυσιολογικών διατροφικών συνηθειών με συνέπεια την εξάλειψη των πολλών επεισοδίων βουλιμίας
- Υιοθετηθεί μια εναλλακτική συμπεριφορά για την ενίσχυση της αντίστασης στις παρορμήσεις βουλιμίας
- Εκπαιδευτεί ο ασθενής στο φαγητό, στις συνήθειες διατροφής, στη σιλουέτα και στο βάρος

Στην **2^η Φάση** πρέπει να:

- Εισαχθούν τροφές που αποφεύγονται βάσει του διαιτολογίου και σταδιακά να μειωθούν οι μορφές αυστηρής δίαιτας
- Αναπτυχθούν οι δεξιότητες για την αντιμετώπιση των δυσκολιών, που σε άλλες περιπτώσεις θα προκαλούσαν επεισόδια βουλιμίας
- Αναγνωριστούν και να αλλάξουν οι δυσλειτουργικοί τρόποι σκέψης
- Εξεταστούν οι αιτίες του προβλήματος της βουλιμίας και του ρόλου της οικογένειας και του κοινωνικού περιβάλλοντος

Στην **3^η Φάση** πρέπει να:

- Γίνει προγραμματισμός για το μέλλον βάσει ρεαλιστικών προσδοκιών και μεθόδων που μπορεί να ακολουθήσει το άτομο σε περίπτωση επανεμφάνισης του προβλήματος (Fairburn,1999).

Οι διάφορες θεραπείες μπορεί να είναι συστημικές ή ομαδικές

Οι συστημικές θεραπείες αντιμετωπίζουν την οικογένεια ως ενιαίο σύστημα. Τέτοιες θεραπείες έχουν εδραιωθεί ως οι πλέον αποτελεσματικές σε εφήβους ασθενείς με Ψυχογενή Ανορεξία σε όχι πολύ σοβαρή κατάσταση (Garfinkel,2002; Berghetal.,2003).Το πόσο μπορεί να βοηθήσει η συστημική θεραπεία ενήλικες ανορεξικούς ασθενείς είναι ακόμα ασαφές. Επίσης υπό αξιολόγηση βρίσκονται τα αποτελέσματα της συστημικής θεραπείας στους έφηβους βουλιμικούς ασθενείς (Dareetal,2002).

Η ομαδική θεραπεία μπορεί να αποτελέσει σημαντική πηγή βοήθειας για τα άτομα με Δ.Π.Τ. και ιδιαίτερα μεταξύ ατόμων με Ψυχογενή Βουλιμία, διότι ο κάθε ασθενής βλέπει ότι το πρόβλημά του δεν είναι μεμονωμένο. Επίσης, μεταξύ των μελών της ομάδας γίνεται ανταλλαγή απόψεων και ίσως έτσι να ακούγονται πιθανές λύσεις των προβλημάτων των ατόμων (Fairburn,1999; Polivyetal.,1997).

Φαρμακευτική θεραπεία

Ποικίλες φαρμακολογικές δοκιμές έχουν μελετήσει την επίδραση κάποιων κατηγοριών φαρμάκων στην επαναπρόσληψη βάρους και τη μείωση της ψυχοπαθολογίας στην Ψυχογενή Ανορεξία, όμως δεν έχει βρεθεί ακόμα κάποιο σκεύασμα που να προκαλεί οριστική βελτίωση των συμπτωμάτων της διαταραχής (Kleinetal.,2003). Σε κάποιες περιπτώσεις συνιστάται η χρήση της κυπροεπταδίνης (Periactin), ενός φαρμάκου, με αντισταμινική και αντισεροτονινεργική δράση, σε ασθενείς με περιοριστικού τύπου Ψυχογενή Ανορεξία (Garfinkletal.,1997; Kaplanetal.,1996; Walsh,2002; Kleinetal.,2003). Αναφέρεται, επίσης ότι η αμιτριπτυλίνη (Saroten) έχει κάποιο αποτέλεσμα σε ασθενείς με Ψυχογενή Ανορεξία. Άλλα φάρμακα που έχουν δοκιμαστεί σε ασθενείς με Ψυχογενή Ανορεξία, όπως η χλωριμιπραμίνη (Anafranil), η πιμοζίδη (Pirium) και η χλωροπρομαζίνη (Largactil), δεν έχουν δώσει θετικά αποτελέσματα. Σε κάποιες άλλες δοκιμές, η φλουοξετίνη (Ladose) (Kaplanetal.,1996; Walsh,2002; Kleinetal.,2003) έχει συνεργήσει στην αύξηση του βάρους και τη βελτίωση της διάθεσης . Άλλα αντικαταθλιπτικά έχουν

δοκιμαστεί σε ανορεξικούς ασθενείς με συνυπάρχουσες καταθλιπτικές διαταραχές, με ελάχιστα αποτελέσματα. Υπάρχει μια κάποια ανησυχία σχετικά με τη χρήση τρικυκλικών φαρμάκων (Kaplanetal.,1996; Kleinetal.,2003) σε χαμηλού βάρους καταθλιπτικούς ασθενείς με Ψυχογενή Ανορεξία, αφού μπορεί να είναι ευάλωτοι σε υπόταση, καρδιακές αρρυθμίες και αφυδάτωση. Με την αποκατάσταση ικανοποιητικής κατάστασης θρέψης, οι κίνδυνοι απ' τη χρήση τρικυκλικών μπορεί να μειωθούν. Ωστόσο, σε ορισμένες περιπτώσεις η κατάθλιψη βελτιώνεται με την αποκατάσταση βάρους και αποκατάσταση της φυσιολογικής θρέψης.

Στην Ψυχογενή Βουλιμία, τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα γενικά βοηθούν τους ασθενείς, ανεξάρτητα αν αυτοί πάσχουν από κατάθλιψη, και συνήθως χορηγούνται σε μεγαλύτερες δόσεις από ότι στη θεραπεία της κατάθλιψης (60 mg ανά ημέρα) (Garfinkel et al.,1997; Klein et al.,2003) Έτσι, οι έμμεσοι σεροτονεργικοί αγωνιστές (indirect serotonergic agonists), όπως για παράδειγμα οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRI), μπορεί να αποδειχτούν χρήσιμοι, καθώς η σεροτονίνη μπορεί να αναστείλει την πρόσληψη τροφής, την έκκριση γοναδοτροπίνης και τη σεξουαλική δραστηριότητα (Walsh,2002; Bergh et al.,2003; Mehler,2003).

Ιδιαίτερη εντύπωση προκαλεί το γεγονός ότι η σεροτονίνη, με τις παραπάνω δράσεις, χορηγείται σε ανορεξικούς ασθενείς, ως θεραπεία συνοσηρών καταστάσεων, όπως η ιδεοληπτική συμπεριφορά και η κατάθλιψη και περαιτέρω έρευνες μελετούν την πιθανή χρήση της στη θεραπεία της Ψυχογενούς Ανορεξίας (Kaplan et al.,1996; Klein et al.,2003) .

Διαιτολογική Παρέμβαση στην Νευρική Ανορεξία και Βουλιμία

Ο ρόλος της διαιτολογικής παρέμβασης, τόσο στην Ψυχογενή Ανορεξία, όσο και στην Ψυχογενή Βουλιμία, είναι εξαιρετικής σημασίας όταν γίνεται σε στενή συνεργασία με τα υπόλοιπα μέλη της θεραπευτικής ομάδας (γιατρός, ψυχοθεραπευτής). Ωστόσο, απαιτείται βαθιά επίγνωση της ψυχοπαθολογίας των συγκεκριμένων ασθενών, αλλά και της αναγκαιότητας για υπέρβαση της επαγγελματικής συνήθειας εκ μέρους των διαιτολόγων – διατροφολόγων: ο καθορισμός αυστηρών πλαισίων διατροφής και δίαιτας στους ασθενείς με Δ.Π.Τ. μπορεί να προκαλέσει υποτροπές (Sigman,2003; Βάρσου,2000).

Κύριος στόχος της διαιτολογικής παρέμβασης είναι η αποκατάσταση των μεταβολικών διαταραχών που προκύπτουν από τις ανάρμοστες διατροφικές συμπεριφορές που υιοθετούν αυτοί οι ασθενείς, η εκπαίδευσή τους σε σωστές διατροφικές συμπεριφορές και η εξάλειψη του φόβου αύξησης βάρους, με στόχο την επίτευξη και διατήρηση υγιούς σωματικού βάρους (Κωνσταντινίδου,2000).

Παράλληλα με την επίτευξη του ιδανικού βάρους και τη διόρθωση των διατροφικών συμπεριφορών πρέπει να αντιμετωπιστούν, πάντα με τη βοήθεια και τη συνεργασία γιατρού, και οι ιατρικές επιπλοκές της διαταραχής. Επειδή, λοιπόν οι περισσότερες από αυτές είναι απόρροια της ανεπαρκούς ή λανθασμένης σίτισης, ο διαιτολόγος οφείλει να μην αμελήσει αυτό το ζήτημα (Sigman,2003).

Διαιτητική Παρέμβαση Στο Σύνδρομο Υπερφαγίας

Η διαταραχή αυτή χαρακτηρίζει άτομα, κυρίως υπέρβαρα ή παχύσαρκα, τα οποία προσπαθούν επανειλημμένως να χάσουν βάρος, εφαρμόζοντας αμέτρητα σχήματα συνήθως αυστηρών-στερητικών ή παράδοξων σχημάτων διατροφής και αποτελεί συνέπεια συναισθημάτων απογοήτευσης και τύψεων από την εγκατάλειψη της «δίαιτας». Πρώτος στόχος του διαιτολόγου είναι να βοηθήσει τον ασθενή να συνειδητοποιήσει ότι οι «δίαιτες» δεν είναι ο κατάλληλος τρόπος για να λύσει το πρόβλημα του βάρους του. Πολλοί υποστηρίζουν ότι πριν ακόμα ο ασθενής ακολουθήσει πρόγραμμα απώλειας βάρους, θα πρέπει (πάντα με τη βοήθεια του ειδικού ψυχολόγου – ψυχίατρου) να συνειδητοποιήσει τα αίτια που τον οδηγούν στην κρίση υπερφαγίας και να μάθει να διαχωρίζει το αίσθημα της «οργανικής» από αυτό της «εγκεφαλικής ή συναισθηματικής» πείνας. Η προσέγγιση αυτή φαίνεται από τη βιβλιογραφία να έχει καλύτερα και πιο μακροπρόθεσμα αποτελέσματα από την απλή εφαρμογή υποθερμιακού προγράμματος απώλειας βάρους, η οποία θα πρέπει να εφαρμόζεται σε δεύτερο χρόνο (Κωνσταντινίδου,2000).

Κεφάλαιο 3

3.1 Η Ψυχολογία του Παίκτη

Η κατανόηση των μεταβλητών που συμβάλουν στην συννοσηρότητα της κατάθλιψης και λοιπών ψυχολογικών διαταραχών και των τυχερών παιχνιδιών είναι άκρως σημαντική για την ανάπτυξη αποτελεσματικών στρατηγικών παρέμβασης για όσους αντιμετωπίζουν προβλήματα με τον τζόγο (Takamatsu,2015). Οι προβληματικοί και παθολογικοί παίκτες, θεωρείται πως είναι πιο πιθανό να εμφανίσουν διαταραχές διάθεσης σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό (Lister,2015).

I. Κατάθλιψη

Η καταθλιπτική συμπτωματολογία έχει συνδεθεί με μεταβολές στη διαδικασία λήψης αποφάσεων, με τα καταθλιπτικά άτομα να παρουσιάζουν βλάβες σε ορισμένα πλαίσια. Το σύστημα των ντοπαμινεργικών οδών μπορεί να συνδέει τα καταθλιπτικά συμπτώματα με την λήψη αποφάσεων. Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε εκτιμήθηκε ο ρόλος της ντοπαμίνης στους υποδοχείς D2, χρησιμοποιώντας ποσοστά αυθόρμητης ριπής του οφθαλμού (blink), ως μεσολαβητής στην σχέση μεταξύ των καταθλιπτικών συμπτωμάτων και τη λήψη αποφάσεων σε προπτυχιακούς φοιτητές που δεν είχαν υποβληθεί σε οποιονδήποτε ψυχιατρικό έλεγχο. Άτομα με καταθλιπτική συμπτωματολογία και υψηλή συχνότητα ριπής οφθαλμών/blink (και με αυξημένα ποσοστά ντοπαμίνης στον υποδοχέα D2), απέδωσαν καλύτερα στην δοκιμασία. Τα καταθλιπτικά συμπτώματα και μόνο σχετίστηκαν με αυξημένη μη απωθητική συμπεριφορά από τα τυχερά παιχνίδια, ενώ η αυξημένη ριπή (blink), άρα αυξημένη ντοπαμίνη, και τα καταθλιπτικά συμπτώματα οδηγούσε τα άτομα να επιμένουν σε επιλογές που οδηγούσαν σε καθαρά κέρδη (αποφεύγοντας επιλογές με καθαρές απώλειες). Αυτά τα ευρήματα δείχνουν πως η μεταβολή της διαθεσιμότητας της ντοπαμίνης σε άτομα με καταθλιπτική συμπτωματολογία μπορεί να συμβάλει στις διαφορές στη συμπεριφορά λήψης αποφάσεων (Byrne,2015).

Σε μια άλλη έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε πανεπιστήμια της Σκωτίας χορηγήθηκαν ειδικά ερωτηματολόγια σε παίκτες που είχαν ξεκινήσει αυτή τη δραστηριότητα ένα χρόνο πριν, σε παθολογικούς παίκτες, προβληματικούς παίκτες και μη παίκτες. Διαπιστώθηκε πως οι παίκτες που δραστηριοποιούνταν τον τελευταίο χρόνο είχαν υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης από τους προβληματικούς,

παθολογικούς παίκτες και τους μη παίκτες. Γυναίκες που ήταν παθολογικοί ή προβληματικοί παίκτες είχαν τα υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης, πράγμα που υποδεικνύει πως η συνυπάρχουσα κατάθλιψη είναι ιδιαίτερο χαρακτηριστικό της γυναικείας προβληματικής συμπεριφοράς του τζόγου (Moodie,2006).

II. Διπολική Διαταραχή

Ως διπολική διαταραχή θεωρούμε ένα σύνολο συναισθηματικών διαταραχών που χαρακτηρίζονται από καταθλιπτικά, μανιακά ή υπομανιακά επεισόδια. Θεωρούνται παθολογικά συναισθήματα και έχουν μεγάλη ένταση με μακριά διάρκεια, σωματικά συμπτώματα, παρεμποδίζουν την καθημερινότητα του ατόμου, συνοδεύονται από ψυχωσικά συμπτώματα και μπορούν να φέρουν το άτομο σε κίνδυνο (Θελερίτης, 2014). Μελέτες από την Βόρεια Αμερική αναφέρουν έναν ιδιαίτερα υψηλό επιπολασμό των διαταραχών διάθεσης, συμπεριλαμβανομένης και την διπολικής διαταραχής, σε άτομα που είναι παθολογικοί παίκτες καθώς και την επικράτηση του προβλήματος των τυχερών παιχνιδιών σε άτομα με διπολική διαταραχή. Αυτό το φαινόμενο συνδέεται με φτωχότερη ποιότητα ζωής. Η διαταραχή της διάθεσης που εμφανίζεται με την μορφή της υπομανίας (υπομανιακά επεισόδια) συνδέεται επίσης με υψηλά ποσοστά τζόγου, καταδεικνύοντας έτσι τα ενισχυμένα κίνητρα του ατόμου να παίζει για τον ενθουσιασμό και τη ρύθμιση των αρνητικών συναισθηματικών καταστάσεων που βιώνει κατά τα επεισόδια. Μια έρευνα πραγματοποιήθηκε στη Μεγάλη Βρετανία για τον προσδιορισμό του επιπολασμού του προβληματικού τζόγου σε άτομα με διπολική διαταραχή. Σε 635 άτομα χορηγήθηκε το Problem Gambling Severity Index, για τον προσδιορισμό της κατάστασης των παικτών. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως άτομα με διπολική διαταραχή είχαν τέσσερις φορές μεγαλύτερη πιθανότητα ανάπτυξης μέτριου έως σοβαρού προβλήματος με τον τζόγο, σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό. Επίσης συνδέθηκαν με ιστορικό αυτοκτονικού ιδεασμού ή απόπειρας (Jones, 2015).

Σε μια άλλη έρευνα που πραγματοποιήθηκε στον Καναδά με δείγμα 36.984 ατόμων βρέθηκε πως η σταθμισμένη επικράτηση του προβληματικού τζόγου ήταν σημαντικά υψηλότερη μεταξύ του πληθυσμού με διπολική διαταραχή και του γενικού πληθυσμού. Οι πιθανότητες ανάπτυξης προβλήματος παθολογικού τζόγου στα άτομα με διπολική διαταραχή ήταν διπλάσιες, σε σχέση με άτομα που δεν έπασχαν από την διαταραχή. Αυτές οι πιθανότητες υπήρχαν ακόμα και κατά τον έλεγχο των πιθανών

συγγυτικών παραγόντων. Το αρσενικό δείγμα είχε περισσότερες πιθανότητες ανάπτυξης του προβλήματος, καθώς επίσης άτομα χωρίς μετα-δευτεροβάθμια εκπαίδευση. Παντρεμένα άτομα ή που συζούσαν είχαν μειωμένες πιθανότητες παθολογικής χαρτοπαιξίας . Η φυσική δραστηριότητα φάνηκε να μειώνει την πιθανότητα εθισμού στα τυχερά παιχνίδια (McIntyre, 2007).

III. Ψυχαναγκαστικές Συμπεριφορές

Νέες έρευνες προσδιορίζουν τον προβληματικό τζόγο και την ψυχαναγκαστική συμπεριφορά ως ένα προϊόν με παρόμοια γενετική καθώς και κοινά συμπεριφοριστικά χαρακτηριστικά. Έρευνα του Πανεπιστημίου του Yale και της Ιατρικής Σχολής του SaintLouis σε άτομα με διάγνωση παθολογικής χαρτοπαιξίας και ψυχαναγκαστικής συμπεριφοράς, έδειξε πως αυτά τα άτομα παρουσιάζουν ένα κοινό συμπεριφορικό μοτίβο όπως φοβία για τα μικρόβια καθώς και επιθυμία για απόλυτη τάξη και καθαριότητα στο χώρο που βρίσκονται. Σύμφωνα με τον καθηγητή Potenza αυτή η συσχέτιση φαίνεται να είναι γενετική (Nauert, 2015).

Για τον σκοπό έρευνας δημιουργήθηκε από το Yale ένα νέο εργαλείο/ερωτηματολόγιο για την μέτρηση της κατάστασης ατόμων με παθολογική χαρτοπαιξία καθώς και τον προσδιορισμό ψυχαναγκαστικών συμπεριφορών, το YaleBrownObsessiveCompulsiveScale. Με την βοήθεια αυτού του ερωτηματολογίου οι ερευνητές μπορούσαν να προσδιορίσουν τον βαθμό/ σοβαρότητα της παθολογικής χαρτοπαιξίας και ενός επεισοδίου για διάστημα των δυο εβδομάδων. Αξιολογήθηκαν άτομα με παθολογικό πρόβλημα και άτομα υγιή. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως το ερωτηματολόγιο είχε υψηλή εγκυρότητα και αξιοπιστία στο συνολικό σκορ, καθώς και για κάθε υποκλίμακα όπως σκέψη- παρότρυνση και συμπεριφορά. Αυτό το καθιστά ένα πολύτιμο εργαλείο στην κατανόηση αυτών των διαταραχών καθώς και στους τρόπους θεραπείας των ατόμων (Pallanti,2005).

Παρόλα αυτά, η βιβλιογραφία φαίνεται να ποικίλει όσο αναφορά την ομοιότητα αυτών των δυο παθήσεων. Αρκετές έρευνες , όπως η έρευνα των (Anholtetal.,2004) έδειξαν πως υπάρχουν αρκετές διαφορές. Θεωρείται πως η παθολογική χαρτοπαιξία ανήκει στο φάσμα των ψυχαναγκαστικών παθήσεων, έτσι λοιπόν τα εργαλεία που χρησιμοποιούνται για τις έρευνες αφορούν τέτοιου είδους παθήσεις. Μέρος σε αυτή την έρευνα πήραν άτομα με Ψυχαναγκαστική Διαταραχή (OCD), Παθολογική Χαρτοπαιξία (PG) , άτομα με προβλήματα πανικού και υγιή. Η ανάλυση έδειξε πως

ασθενείς με OCD παρουσίασαν υψηλότερο σκορ από τις υπόλοιπες ομάδες, εκτός των παθολογικών παικτών. Οι παίκτες ωστόσο παρουσίασαν μια μικρή αύξηση σε Ιδιο-ψυχαναγκαστικά συμπτώματα, που δεν θεωρήθηκε αρκετά σημαντικό (Anholt, 2004).

Υπάρχουν πολλές απόψεις στην βιβλιογραφία που θεωρούν ότι η παθολογική χαρτοπαιξία δεν πρέπει να αντιμετωπίζεται σαν ψυχαναγκαστική διαταραχή αλλά σαν εθισμός και η θεραπεία να γίνεται με βάση των διαταραχών καταχρήσεων (Tavares,2007).

3.2 Τυχερά Παιχνίδια και Διατροφή

Η παθολογική χαρτοπαιξία αφορά ένα κοινωνικό πρόβλημα αλλά και δημόσιο πρόβλημα υγείας. Άτομα με παθολογικό πρόβλημα χαρτοπαιξίας παρουσιάζουν ιδιαίτερες διατροφικές συνήθειες που πολλές φορές οδηγούν σε διατροφικές διαταραχές. Στη βιβλιογραφία γίνεται μεγάλη αναφορά στην διάκριση των παθήσεων αυτών με βάση το φύλο. Ο Woodside και οι συνάδελφοι του έχουν βρει διαφορές προσωπικότητας στους άντρες με διατροφικές ασθένειες , πιο συγκεκριμένα βρήκαν πως είναι άτομα με μειωμένη αποφυγή ζημιάς, μειωμένη εξάρτηση ανταμοιβής, λιγότερο συνεργάσιμοι και λιγότερο τελειομανείς σε σχέση με γυναίκες (Woodside, 2004).

i. Ψυχογενής Βουλιμία

Πραγματοποιήθηκε μια έρευνα για να αξιολογηθεί η προγνωστική αξία των προφιλ προσωπικότητας ατόμων με νευρική βουλιμία και παθολογική χαρτοπαιξία. Για το σκοπό αυτό πήραν μέρος άντρες και γυναίκες με διεγνωσμένη ψυχογενή βουλιμία, με διεγνωσμένη παθολογική χαρτοπαιξία και υγιή άτομα ως ομάδα ελέγχου. Συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου, αυξημένη αναζήτηση νέων ερεθισμάτων βρέθηκε στους παθολογικούς παίκτες ανεξαρτήτως φύλου και ηλικίας, χαμηλή αυτοδιάθεση (ικανότητα του ατόμου να ρυθμίζει και να προσαρμόζει την συμπεριφορά του) βρέθηκε στους παθολογικούς παίκτες και στα άτομα με βουλιμία. Υψηλά ποσοστά αποφυγής τραυματισμών αλλά και συνεργασίας βρέθηκαν στο γυναικείο δείγμα ατόμων με παθολογική χαρτοπαιξία αλλά και βουλιμία. Αυτό δείχνει πως αυτά τα άτομα βιώνουν κοινωνικό άγχος – εκνευρισμό, κουράζονται εύκολα, είναι

επιφυλακτικά και ανασφαλής, ταυτόχρονα όμως, είναι άτομα εμπαθή, φιλικά και συμπονετικά. Το αντρικό δείγμα έδειξε, χαμηλή εξάρτηση από την ανταμοιβή και υψηλή επιμονή. Επίσης, εμφανίστηκαν ευρήματα που υπονοούν αγάπη για ανεξαρτησία, ψυχρότητα, και χαμηλή εξάρτηση από κοινωνική ενίσχυση, φιλοδοξίες, καθώς και έλλειψη εργατικότητας (Alvarez- Moya, 2007). Οι μελέτες γίνονται και σε νευρογνωστικό επίπεδο, με ειδικά διαμορφωμένα ερωτηματολόγια και τεστ καρτών, και δείχνουν πως υπάρχει ευπάθεια σε διαταραχές ελέγχου των παρορμήσεων όπως η παθολογική χαρτοπαιξία και η ψυχογενής βουλιμία. Σε γυναικείο δείγμα φαίνεται πως οι παθολογικοί παίκτες έχουν την μεγαλύτερη ανεπάρκεια, δηλαδή, υψηλότερο ποσοστό επίμονων σφαλμάτων , χαμηλότερο ποσοστό απαντήσεων σε ερωτήσεις με εννοιολογικό επίπεδο και το υψηλότερο ποσοστό επαναλαμβανόμενων προσπαθειών της δοκιμασίας. Τα άτομα με βουλιμία παρουσίασαν υψηλότερο ποσοστό επίμονων σφαλμάτων. Και οι δυο κατηγορίες επέδειξαν εκτελεστική δυσλειτουργία, με κάποιες διαφορές, δηλαδή οι παίκτες έχουν περισσότερη γνωστική ακαμψία, ενώ τα βουλιμικά άτομα ευπάθεια στην απόσπαση προσοχής (Alvarez-Moya, 2009).

ii. Binge Eating (Επεισοδιακή Υπερφαγία)

Η επεισοδιακή υπερφαγία χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενη ευκαιριακή άμετρη κατανάλωση τροφής, χωρίς τις ακραίες αντισταθμιστικές συμπεριφορές που χαρακτηρίζουν την ψυχογενή βουλιμία. Συνδέεται με την παχυσαρκία και με αυξημένα ποσοστά συνυπάρχοντων ψυχολογικών, ψυχιατρικών και ιατρικών προβλημάτων σε σχέση με τα παχύσαρκα άτομα χωρίς επεισοδιακή υπερφαγία. Τόσο η επεισοδιακή υπερφαγία (binge eating) όσο και ο παθολογικός τζόγος, χαρακτηρίζονται από μείωση σε έλεγχο παρορμήσεων. Ασθενείς με επεισοδιακή υπερφαγία κατηγοριοποιήθηκαν σε ομάδες τυχερών παιχνιδιών ανάλογα τα Διαγνωστικά Κριτήρια κατά DSM-IV. Αυτό που εξετάστηκε ήταν συμπεριφορικές, ψυχολογικές και διατροφικές διαταραχές. Αυτό που βρέθηκε είναι πως το 1% του δείγματος ήταν στην κατηγορία των παθολογικών παικτών, ενώ πάνω από το 20% εμφάνιζε ένα ή περισσότερα διαγνωστικά κριτήρια , που θεωρείται εθισμός σε τυχερά παιχνίδια. Οι άντρες είχαν περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν εθισμό στα τυχερά παιχνίδια από τις γυναίκες. Άτομα με επεισοδιακή υπερφαγία και προβλήματα εθισμού τζόγου χαρακτηριστικά διακρίνονται από χαμηλότερη αυτοεκτίμηση και μεγαλύτερη προβληματική χρήση ουσιών. Επίσης, ένα σημαντικό εύρημα είναι η

σύνδεση παρουσίας επεισοδιακής υπερφαγίας και παθολογικής χαρτοπαιξίας με έναν αυξημένο αριθμό κλινικών προβλημάτων (Yip,2011).

Υπάρχουν μελέτες που κατηγοριοποιούν την επεισοδιακή υπερφαγία όχι στις διατροφικές διαταραχές αλλά σε εθιστική κατηγορία. Υποστηρίζουν πως η ευκαιριακή άμετρη κατανάλωση τροφής είναι εθιστική συμπεριφορά, διότι το άτομο στρέφεται και εξαρτάται από την τροφή ως έναν τρόπο αντιμετώπισης των προβλημάτων της ζωής, όπως ακριβώς και τα άτομα που πίνουν, καπνίζουν και κάνουν χρήση ουσιών. Ο εθισμός είναι η αναζήτηση για συναισθηματική ικανοποίηση, για την αίσθηση ασφάλειας, ακόμα και μια αίσθηση του ελέγχου της ζωής. Αλλά η ικανοποίηση είναι προσωρινή και απατηλή. Οι δυο αυτές διαταραχές μοιράζονται αρκετά χαρακτηριστικά εθισμού και χαμηλού ελέγχου των παρορμήσεων (Bell,2015).

iii. Νευρική Ανορεξία

Οι παθολογικές διατροφικές διαταραχές στη Νευρική Ανορεξία χαρακτηρίζονται από υψηλή προτίμηση για την άμεση ανταμοιβή, παρά για τις υψηλότερες μελλοντικές απώλειες τόσο σωματικά όσο και ψυχολογικά. Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε, στόχος ήταν να προσδιοριστεί εάν η ικανότητα λήψης αποφάσεων είναι μειωμένη σε άτομα με ανορεξία και σε άτομα με καλή ανάρρωση. Η έρευνα έγινε με το Iowa Gambling Task (IGT), ένα τεστ όπου το άτομο κάνει επιλογές από διάφορες κάρτες που έχουν κατηγοριοποιηθεί σε σχέση με την αποδοτικότητα τους σε κέρδος. Οι κάρτες χωρίζονται σε υψηλού ποσοστού κέρδους αλλά με αυξημένο ρίσκο και χαμηλού ποσοστού κέρδους με μειωμένο ρίσκο. Οι ασθενείς με νευρική ανορεξία είχαν κακή απόδοση στο τεστ, με μεγάλες απώλειες, συγκριτικά με τους υγιείς ασθενείς και τα άτομα που έχουν ανακάμψει της ανορεξίας. (Tchantura,2007).

iv. Διατροφική Κατάσταση Παικτών

Μια από τις συνέπειες του παθολογικού τζόγου που απαιτεί περισσότερη μελέτη είναι η επίδραση της στην διατροφική κατάσταση, διατροφικές συνήθειες και τα ποσοστά παχυσαρκίας των παικτών. Η ευκαιριακή άμετρη κατανάλωση τροφής έχει συνδεθεί με χαρακτηριστικά της παρορμητικότητας και το φαγητό ως μέσο αντιμετώπισης του στρες. Υπάρχουν παρόμοια κλινικά χαρακτηριστικά που εμφανίζονται σε

παθολογικούς παίκτες, κυρίως η απώλεια του ανασταλτικού ελέγχου και η συνεχιζόμενη συμπεριφορά παρά τις δυσμενείς συνέπειες που υποδηλώνει ότι υπάρχουν κάποιες κοινές αιτιολογικές συνιστώσες. Παρόλα αυτά δεν υπάρχουν γνωστές μελέτες που εξετάζουν το βάρος ή τις διατροφικές συνήθειες των παθολογικών παικτών. Ακόμα, κάποιος θα θεωρούσε ότι οι παθολογικοί παίκτες θα είναι πιο πιθανό να έχουν εμπλακεί σε ευκαιριακή άμετρη κατανάλωση και να έχουν υψηλότερα από τα αναμενόμενα ποσοστά παχυσαρκίας με βάση τη διαθεσιμότητα των τροφίμων (σε μπουφέ και δωρεάν γεύματα), τα χαρακτηριστικά της παρορμητικότητας, και μια προδιάθεση να αναζητούν άμεση ανταμοιβή. Δεύτερον, δεδομένου ότι τα τυχερά παιχνίδια είναι μια καθιστική δραστηριότητα, η παρατεταμένη ενασχόληση με τα τυχερά παιχνίδια είναι πιθανόν να συμβάλει περαιτέρω στον κίνδυνο της παχυσαρκίας (Fong, 2005). Είναι συχνό φαινόμενο να παραμελείται η θρέψη των παικτών, συχνά τρώνε φτωχά σε θρεπτικά συστατικά τρόφιμα, παραλείπουν γεύματα ή τρώνε πολύ ακανόνιστα. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε μια σειρά βιοχημικών και φυσιολογικών ανισορροπιών. Οι γαστρεντερικές επιπτώσεις από την πείνα και υπερφαγία μπορεί να οδηγήσουν σε συμπτώματα όπως δυσκοιλιότητα, πρώιμο κορεσμό και φούσκωμα. Μπορεί επίσης να υπάρχουν διαταραχές στους μηχανισμούς του κορεσμού που κανονικά ελέγχονται από την χολοκυστοκινίνη (CCK) γκρελίνη, νευροπεπτίδιο Y (NPY), σεροτονίνη, λεπτίνη, και ενδορφίνες. Επίσης, μπορεί να διαταραχθούν οι διατροφικές συνήθειες και να υπάρξει απώλεια βάρους (Holford, 2013).

Σε μια έρευνα εξετάστηκαν 207 άτομα με διεγνωσμένη παθολογική διαταραχή χαρτοπαιξίας με σκοπό να βρεθεί συσχετισμός μεταξύ τζόγου, παχυσαρκίας και λήψης αποφάσεων. Τα άτομα χωρίστηκαν σε ομάδα φυσιολογικού βάρους, υπέρβαρου και παχυσαρκίας. Από τους 207 ασθενείς, 22 (10,6%) ήταν παχύσαρκοι και 49 (23,7%) ήταν υπέρβαροι. Οι παχύσαρκοι παίκτες κατανάλωναν περισσότερη νικοτίνη και ανέφεραν πως είχαν χάσει περισσότερα χρήματα ανά εβδομάδα για τα τυχερά παιχνίδια. Επίσης, οι παχύσαρκοι παρουσίασαν μειωμένη αντίδραση στις δοκιμασίες της έρευνας, στην ποιότητα των αποφάσεων και στη παρατεταμένη προσοχή, μαζί με αυξημένη απώλεια χρημάτων (Grand, 2015).

3.3 Τυχερά Παιχνίδια και Καταχρήσεις

Η παθολογική χαρτοπαιξία έχει θεωρηθεί ως μια συμπεριφοριστική εξάρτηση . Η σύγκριση των χαρακτηριστικών της παθολογικής χαρτοπαιξίας και των διαταραχών χρήσης ουσιών έχει κλινικές προεκτάσεις που θα μπορούσαν να βοηθήσουν στην προώθηση μελλοντικών ερευνών. Ειδικές σχέσεις παρορμητικότητας μπορεί να είναι κεντρικής σημασίας για την κατανόηση των διαταραχών αυτών. Ύστερα από έρευνα που πραγματοποιήθηκε, βρέθηκαν πολλαπλές ομοιότητες μεταξύ των διαταραχών καταχρήσεων και της παθολογικής χαρτοπαιξίας, συμπεριλαμβανομένης της κακής απόδοσης σε νευρογνωστικές εργασίες , ειδικά σε σχέση με παρορμητικές επιλογές και τάσεις ανταπόκρισης και ψυχαναγκαστικά χαρακτηριστικά. Τα ευρήματα υποδεικνύουν δυσλειτουργία σε παρόμοιες περιοχές του εγκεφάλου και παρόμοια συστήματα νευροδιαβιβαστών όπως των ντοπαμινεργικών και σεροτονεργικών. Μοναδικά χαρακτηριστικά υπάρχουν τα οποία εν μέρει μπορεί να ανακλούν την οξεία ή χρόνια έκθεση σε καταχρήσεις. Η κατανόηση των ομοιοτήτων με μεγαλύτερη ακρίβεια μπορεί να διευκολύνει την ανάπτυξη της θεραπείας σε κάθε μορφή εθισμού, ενώ η κατανόηση των διαφορών μπορεί να δώσει πληροφορίες για θεραπεία σε συγκεκριμένες παθήσεις. Οι ατομικές διαφορές στα χαρακτηριστικά της παρορμητικότητας μπορεί να αντιπροσωπεύουν σημαντικούς ενδοφαινότυπους για την ανάπτυξη πρόληψης και θεραπείας (Leeman,2012).

I. Κάπνισμα

Η Tattersalls θεωρείται μια από τις μεγαλύτερες εταιρίες ηλεκτρονικών τυχερών παιχνιδιών στην Αυστραλία. Όταν εφαρμόστηκε ο νόμος που απαγορεύει το κάπνισμα μέσα σε ιδιωτικούς χώρους, συμπεριλαμβανομένων και των καζίνο, αποφάσισε να πραγματοποιήσει μια έρευνα για να δει κατά πόσο αυτό μπορεί να επηρεάσει την απόδοση των παικτών καθώς και τα έσοδα των καζίνο. Οι υποστηρικτές του νόμου αλλά και του ελέγχου των τυχερών παιχνιδιών περίμεναν πως η νομοθεσία θα βοηθούσε στην συγκράτηση του υπερβολικού τζόγου στους προβληματικούς παίκτες. Αυτό θα γινόταν μέσω της διακοπής του παιχνιδιού για να βγει έξω ο παίκτης να καπνίσει, έτσι θα ωθούσε πολλούς παίκτες να επανεξετάσουν το παιχνίδι τους και στην επίσπευση του ατόμου να αποχωρήσει από τον χώρο του καζίνο. Η θεωρία αυτή ήταν καιρό αδοκίμαστη, παρόλα αυτά υπήρχαν μικρά στοιχεία που υποδήλωναν την βάση αυτής. Νοικοκυριά που είχαν παίκτες καπνιστές φάνηκε πως δαπανούσαν σχεδόν τα διπλάσια ποσά , από νοικοκυριά που οι παίκτες ήταν μη καπνιστές. Με άλλα λόγια οι καπνιστές δεν ήταν πιο πιθανό να παίξουν με

ηλεκτρονικά παιχνίδια από ότι οι μη καπνιστές, αλλά αν έπαιζαν θα ξόδευαν σχεδόν το διπλάσιο ποσό. Σε μετέπειτα ανάλυση από τη βιομηχανία τυχερών παιχνιδιών προσδιορίστηκε πως οι καπνιστές συμβάλουν ένα δυσανάλογο επίπεδο εσόδων. Η Tattersalls εντόπισε πως το 36% των πελατών της ήταν καπνιστές οι οποίοι συνέβαλαν στο 50% του επιπολασμού του καπνίσματος. Πέντε μήνες μετά την έναρξη της νομοθεσίας τα έσοδα της βιομηχανίας τυχερών παιχνιδιών είχαν πτώση 11,6%, με αποτέλεσμα την πτώση των εσόδων της κυβέρνησης κατά 100 εκατομμύρια δολάρια. Οι καπνιστές, λοιπόν, συνεισφέρουν ένα δυσανάλογα μεγάλο ποσοστό στα έσοδα από τυχερά παιχνίδια (Harper, 2003)

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε 81 παίκτες ηλεκτρονικών τυχερών παιχνιδιών εξετάστηκε αν υπήρχαν σχέσεις μεταξύ της εξάρτησης από τον καπνό και τον τζόγο και αν υπήρχε αρνητική επίδραση. Βρέθηκε λοιπόν πως υπήρχε μια σχέση ανάμεσα στο κάπνισμα και τον τζόγο με βάση την βαθμολογία που έβγαλαν από το ερωτηματολόγιο South Oaks Gambling Screening (αφορά την συμπεριφορά των παικτών σε ηλεκτρονικά τυχερά παιχνίδια), και το Tobacco Dependence Scale (αφορά την εξάρτηση από τον καπνό) έδειξε πως το αρνητικό συναίσθημα συμβάλει τόσο στην παθολογική χαρτοπαιξία όσο και στον εθισμό από τον καπνό. Έτσι φαίνεται πως η παθολογική χαρτοπαιξία και ο εθισμός από τον καπνό έχουν παρόμοια χαρακτηριστικά (Rodda, 2004)

Μετά από έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε παίκτες καπνιστές και μη καπνιστές, βρέθηκε πως οι καθημερινοί καπνιστές είναι πιο πιθανό να έχουν ιστορικό θεραπείας από κατάχρηση ουσιών από ότι οι μη καπνιστές. Το φύλο, η ηλικία και ο βαθμός κατάχρησης ουσιών ελέγχτηκαν και βρέθηκε πως οι καπνιστές είναι πιο πιθανό να αναπτύξουν παθολογικό πρόβλημα χαρτοπαιξίας, οικογενειακά και κοινωνικά προβλήματα καθώς και ψυχιατρικές διαταραχές. Συγκριτικά με τους μη καπνίζοντες, οι παίκτες που καπνίζουν φαίνεται να ξοδεύουν μεγαλύτερα ποσά σε τυχερά παιχνίδια, να παίζουν περισσότερες μέρες την εβδομάδα, «λαχταρούσαν» περισσότερο την επιστροφή τους στην κατάσταση της χαρτοπαιξίας και είχαν χαμηλότερη αντίληψη του ελέγχου των τυχερών παιχνιδιών. Επίσης, είναι πιο πιθανόν να παίρνουν ψυχιατρικά φάρμακα και να παρουσιάσουν ψυχιατρικά συμπτώματα, ιδιαίτερα άγχους. Τέλος, φάνηκε πως τα 2/3 των ατόμων αυτών που επιζητούν θεραπεία για την παθολογική χαρτοπαιξία, αναζητούν βοήθεια και για την διακοπή καπνίσματος (Petry, 2002)

Πολύ ενδιαφέρον είναι το γεγονός ότι , ύστερα από έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε 225 ενήλικες που είχαν παραπεμφθεί για θεραπεία του παθολογικού τζόγου, οι γυναίκες βρέθηκαν πιο επιρρεπείς στην ταυτόχρονη χρήση καπνού και χαρτοπαιξίας. Επίσης, άτομα μεγαλύτερης ηλικίας βρέθηκε πως καπνίζουν περισσότερο από ότι τα νεότερα σε σχέση με την διάρκεια και συχνότητα που ασχολούνται με τα τυχερά παιχνίδια. Στο μέλλον θα πρέπει να εξετασθούν οι θεραπείες που στοχεύουν σε άτομα με προβλήματα τζόγου και είναι ή ήταν καπνιστές. Διότι, άτομα που συνήθιζαν να καπνίζουν και ασχολούνται με τα τυχερά παιχνίδια φάνηκε πως επέστρεψαν στην συνήθεια του καπνίσματος ή είχαν μικρά επεισόδια αναζήτησης καπνού κατά την ασχολία τους με τα τυχερά παιχνίδια (Grant,2005). Ένα υψηλό ποσοστό προβληματικών παικτών, καλώντας μια γραμμή βοήθειας για τα τυχερά παιχνίδια, ανέφεραν καθημερινό κάπνισμα καπνού (43,1%). Αναγνωρίζεται πιο συχνά κατάθλιψη, τάσεις αυτοκτονίας ως δευτερεύον σύμπτωμα, σε προβληματικούς παίκτες με καθημερινή χρήση καπνού. Επίσης, συλλήψεις που σχετίζονται με τζόγο, κατάχρηση αλκοόλ και ναρκωτικών ουσιών και προβλήματα ψυχικής υγείας, είναι χαρακτηριστικά που μπορούν να βρεθούν σε καπνίζοντες παίκτες (Potenza, 2004).

Παρά το γεγονός ότι η χρήση καπνού εξακολουθεί να είναι μεγάλη απειλή , η ιστορία προσπάθειας ελέγχου του καπνού κατά τη διάρκεια του τελευταίου μισού αιώνα είναι αξιοσημείωτη. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 40 χρόνων το ποσοστό διακοπής του καπνίσματος ξεπερνά το ποσοστό μύησης σε αυτό, με αποτέλεσμα να έχουμε περισσότερους πρώην καπνιστές. Επιπλέον, πριν 40 χρόνια το κάπνισμα θεωρείτο συνήθεια και όχι χρόνια ασθένεια. Δεν υπήρχαν επιστημονικά τεκμηριωμένες θεραπείες για την χρήση καπνού και του εθισμού σε αυτόν, και είχε μικρό μέρος σε παροχή υγειονομικής περίθαλψης. Πλέον, υπάρχουν πολλές αποτελεσματικές θεραπείες και η παρέμβαση θεωρείται απαραίτητη ενέργεια των κλινικών ιατρών και όσων ασχολούνται με την προαγωγή της υγείας.

II. Αλκοόλ

Εξάρτηση από το αλκοόλ (αλκοολισμός) ορίζεται ένα σύνολο από φαινόμενα σε επίπεδο φυσιολογίας, συμπεριφοράς και γνωστικής λειτουργίας που αναπτύσσονται μετά από επανειλημμένη κατανάλωση αλκοόλ. Περιλαμβάνουν μια έντονη επιθυμία για κατανάλωση αλκοόλ, αξιοσημείωτη έλλειψη ελέγχου της κατανάλωσης αυτής, αλλαγή στον τρόπο ζωής και επιμονή στο ποτό παρά τις επιβλαβείς συνέπειες,

απόδοση μεγάλης σημασίας και προτεραιότητας στο ποτό, συχνά σε βάρος των άλλων δραστηριοτήτων, αυξημένη ανοχή στο αλκοόλ, παρουσία συνδρόμου στερήσεως κατά την διακοπή του αλκοόλ. Στην διάγνωση του αλκοολισμού ακολουθούνται τα διεθνώς αποδεκτά διαγνωστικά κριτήρια, DSM IV (Στατιστικό και Διαγνωστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Νόσων, έκδοση IV) και ICD-10 (Διεθνής Ταξινόμηση Νόσων του WHO).

Ορισμός και διαγνωστικά κριτήρια DSM IV για αλκοολισμό (εξάρτηση από το αλκοόλ) και την κατάχρηση αλκοόλ.

Ο Αλκοολισμός είναι «μια διαταραχή της συμπεριφοράς που έχει ως αποτέλεσμα παθολογική κατανάλωση αλκοόλ η οποία επηρεάζει αρνητικά τις κοινωνικές και εργασιακές δραστηριότητες του ατόμου».

Για την διάγνωση της εξάρτησης από το αλκοόλ (αλκοολισμός) το άτομο πρέπει να παρουσιάζει τουλάχιστον 3 από τα 7 παρακάτω διαγνωστικά κριτήρια

1. Παρουσία ανοχής, δηλαδή ανάγκης να αυξάνεται η καταναλωμένη ποσότητα αλκοόλ ώστε να επιτυγχάνονται τα ίδια αποτελέσματα. Ή επίσης, μειωμένα κλινικά αποτελέσματα με την χρήση της ίδιας ποσότητας αλκοόλ.
2. Συμπτώματα στέρησης (αδρός τρόμος χειρών, γλώσσας και βλεφάρων, εφίδρωση, ναυτία και έμετος, διέγερση αυτόνομου νευρικού συστήματος, άγχος, ευερεθιστότητα, κεφαλαλγία, αϋπνία, γενικευμένοι επιληπτοειδείς σπασμοί κλπ) και λήψη της ουσίας –αλκοόλ- ώστε να μειωθούν τα συμπτώματα αυτά.
3. Λήψη της ουσίας είτε για μεγαλύτερη χρονική περίοδο, είτε σε μεγαλύτερες ποσότητες από αυτές που προέβλεπε το άτομο.
4. Συνεχής επιθυμία για διακοπή ή ελάττωση της κατανάλωσης με επανειλημμένες αποτυχίες.
5. Μεγάλο μέρος του χρόνου αφιερώνεται από το άτομο στο να βρει την ουσία (αλκοόλ), να την καταναλώσει και να συνέλθει από τις συνέπειες της κατανάλωσης.
6. Μείωση ή και ελάττωση σημαντικών κοινωνικών, εργασιακών και δραστηριοτήτων αναψυχής λόγω της χρήσης αλκοόλ.
7. Συνεχής κατανάλωση αλκοόλ παρά το ότι είναι γνωστό ότι υπάρχει φυσικό ή ψυχολογικό πρόβλημα, συνεχές ή υποτροπιάζον, το οποίο προκαλείται ή επιδεινώνεται από το αλκοόλ.

Άτομο που κάνει κατάχρηση αλκοόλ είναι το άτομο που εκδηλώνει παθολογικό τρόπο χρήσης αλκοόλ με δυσμενείς συνέπειες, καθ' υποτροπή, σχετιζόμενες με την χρήση αλκοόλ.

Η κατάχρηση αλκοόλ ορίζεται με τα παρακάτω κριτήρια. Παρουσία τουλάχιστον ενός κριτηρίου κατά την διάρκεια του τελευταίου έτους και ταυτόχρονη απουσία κριτηρίων εξάρτησης, επιτρέπουν την διάγνωση της κατάχρησης αλκοόλ.

1. Επανεπιλημμένη χρήση αλκοόλ με αρνητικές συνέπειες στα εργασιακά, σχολικά ή καθημερινά καθήκοντα
2. Επανεπιλημμένη χρήση αλκοόλ σε συνθήκες που παρουσιάζουν κίνδυνο.
3. Νομικά – δικαστικά προβλήματα σε σχέση με την χρήση αλκοόλ.
4. Συνεχής χρήση αλκοόλ παρά την ένδειξη κοινωνικών και διαπροσωπικών προβλημάτων που προκαλούνται ή επιδεινώνονται με το αλκοόλ.

Ορισμός και διαγνωστικά κριτήρια ICD/10 για εξάρτηση από το αλκοόλ και επιβλαβή χρήση.

Εξάρτηση. Απαραίτητα τουλάχιστον 3 κριτήρια.

1. Δυνατή επιθυμία ή αίσθηση ανάγκης για χρήση ουσίας
2. Εμφανής μείωση της ικανότητας για έλεγχο της χρήσης της ουσίας. Η μείωση αυτή της ικανότητας μπορεί να συνίσταται σε δυσκολία ελέγχου της έναρξης της χρήσης, δυσκολία στην διακοπή της χρήσης ή δυσκολία στο να ελεγχθεί το επίπεδο χρήσης.
3. Σύνδρομο στέρησης ή χρήση της ουσίας ώστε να αποφευχθεί (ή να μειωθεί) η συμπτωματολογία του συνδρόμου στέρησης. Στην δεύτερη περίπτωση, το άτομο γνωρίζει την αποτελεσματικότητα αυτής της συμπεριφοράς.
4. Παρουσία ανοχής.
5. Προοδευτική αδιαφορία για άλλα ενδιαφέροντα, διασκέδαση και άλλες συμπεριφορές και προς όφελος της χρήσης της ουσίας.
6. Επιμένει στην χρήση της ουσίας παρόλη την εμφανή παρουσία βλαβερών συνεπειών.

Επιβλαβής χρήση είναι η χρήση μιας ουσίας με σαφείς ενδείξεις ότι προέκυψαν ενεργές ψυχικές ή φυσικές βλάβες στον χρήστη (Μούζας, 2014)

Τα τυχερά παιχνίδια και η κατανάλωση αλκοόλ είναι πολύ διαδεδομένα, ιδιαίτερα μεταξύ των νέων. Οι συμπεριφορές αυτές μπορεί να έχουν κοινούς προγνωστικούς παράγοντες εντός τεσσάρων τομέων: κοινωνικό-δημογραφικό, ατομικό/ψυχολογικό, στον τομέα κοινωνικοποίησης και προβληματικών συμπεριφορών. Δεδομένα από

έρευνες έχουν δείξει πως η παρορμητικότητα, η ηθική αποδέσμευση και η εγκληματικότητα είναι προβλεπόμενα και στην κατανάλωση αλκοόλ και στην προβληματική χαρτοπαιξία (Barnes, 1999). Το 45-73% των παθολογικών παικτών έχουν προβλήματα εξαιτίας της κατανάλωσης αλκοόλ. Ακόμα και στα άτομα που επιζητούν βοήθεια και θεραπεία από την παθολογική χαρτοπαιξία η συννοσηρότητα είναι αρκετά υψηλή.

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε , μεταξύ των μη παθολογικών παικτών , έως και 80% έχουν αναφέρει πως η κατανάλωση αλκοολούχων ποτών ήταν ανάμεσα στις 4 με 10 μερίδες κατά το τελευταίο επεισόδιο χαρτοπαιξίας, επίσης όσοι έπιναν το παιχνίδι τους έτεινε να γίνεται πιο επικίνδυνο.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει και το γεγονός ότι λέξεις με θετική έννοια ως προς την χαρτοπαιξία (π.χ. νίκη) ενεργοποιούσαν σημασιολογικά δίκτυα που συνδέονται με το αλκοόλ σε παίκτες που ανέφεραν κατανάλωση αλκοόλ σε απάντηση των νικών που είχαν. Αυτός ο συσχετισμός με τις θετικές έννοιες φάνηκε περισσότερο στους παθολογικούς παίκτες με προβλήματα κατάχρησης αλκοόλ. Αν λοιπόν, το παιχνίδι μετατρέπεται σε εξαρτημένο συναίσθημα για χρήση αλκοόλ , η μείωση ή η αποχή από τα τυχερά παιχνίδια ίσως συμβάλλει στην μείωση κατανάλωσης αλκοόλ, ιδιαίτερα κατά τη διάρκεια της θεραπείας (Rash, 2011). Τα στοιχεία δείχνουν πως η χρήση αλκοόλ μπορεί να επηρεάσει αρνητικά τις γνωστικές διαδικασίες, που οδηγούν σε κακή κρίση και ανάληψη μεγαλύτερου ρίσκου. Μελέτες έχουν δείξει πως η κατανάλωση αλκοόλ σχετίζεται με διαταραχές λήψης αποφάσεων και μειωμένη αυτό-αντανάκλαση (αν λάβουμε υπόψη τις συνέπειες της συμπεριφοράς) που συνδέεται με τις αποφάσεις σχετικά με την επικινδυνότητα. Το αλκοόλ μπορεί επίσης να αυξήσει την ανάληψη κινδύνων περιορίζοντας την προσοχή μόνο στις πιο εξέχουσες και άμεσες ενδείξεις, οδηγώντας σε μικρότερες αποδόσεις του παιχνιδιού από τις πραγματικές. Η υπεροχή των διαθέσιμων στοιχείων δείχνει πως τα επικαλυπτόμενα συστήματα του εγκεφάλου μπορεί να κάνουν τους ανθρώπους ευάλωτους στις δυο διαταραχές. Ωστόσο, ορισμένοι ερευνητές εικάζουν ότι οι επιρροές στην παθολογική χαρτοπαιξία και στην κατάχρηση αλκοόλ είναι ετερογενείς. Δηλαδή, ορισμένες κοινές επιρροές συνυπάρχουν στην κατάχρηση αλκοόλ και σε κάποιους τύπους παθολογικής χαρτοπαιξίας και μπορούν να οδηγήσουν στην συννοσηρότητα, αλλά τα αίτια και η διατήρηση επιρροών άλλων υποτύπων παθολογικής χαρτοπαιξίας και

κατάχρησης αλκοόλ να μην επικαλύπτονται. Τα ευρήματα των ερευνών, από κλινικής άποψης, τονίζουν το πόσο σημαντικό είναι τα προγράμματα θεραπείας από την κατάχρηση αλκοόλ να παρέχουν προσεκτική εξέταση και σχεδιασμό της θεραπείας, και να είναι ικανά να αναγνωρίσουν και να αντιδράσουν στον τύπο της παθολογικής χαρτοπαιξίας (Grant,2002).

Ο Ρίγου πριν πολύ καιρό διαπίστωσε πως οι δημόσιες πολιτικές μπορούν να έχουν απρόβλεπτες συνέπειες. Πολιτική που στοχεύει να ρυθμίσει μια σειρά από συμπεριφορές τείνει τελικά να επηρεάσει και άλλα πρότυπα συμπεριφορών. Μια έρευνα πραγματοποιήθηκε στις πανεπιστημιούπολεις της Αμερικής με σκοπό να βρεθεί κατά πόσο η απαγόρευση του αλκοόλ στην πανεπιστημιούπολη έχει αντίκτυπο στην συμμετοχή των φοιτητών σε τυχερά παιχνίδια. Βρέθηκε λοιπόν πως σχολές που απαγόρευαν ή περιόριζαν το αλκοόλ στις πανεπιστημιούπολεις για φοιτητές κάτω των 21 ετών είχαν παρόμοια ποσοστά συμμετοχής φοιτητών σε τυχερά παιχνίδια με τα παρελθοντικά χρόνια. Σχολές που δεν είχαν περιοριστική πολιτική για το αλκοόλ, ανέφεραν υψηλότερα ποσοστά φοιτητών που συμμετείχαν σε τυχερά παιχνίδια. Σχολές που επέτρεπαν το αλκοόλ σε εκδηλώσεις παρουσίασαν υψηλότερα ποσοστά συμμετοχής σε τυχερά παιχνίδια από νόμιμους πότες, από σχολές που είχαν περιοριστική πολιτική. Εκτός από τις άμεσες σχέσεις μεταξύ των μεταβλητών πολιτικής, της ευκαιριακής κατανάλωσης αλκοόλ (bingedrink) και της χαρτοπαιξίας, τρεις μεταβλητές πολιτικής του αλκοόλ αποδεικνύουν απροσδόκητη αλληλεπίδραση ή εντατικοποίηση όταν τα τυχερά παιχνίδια ήταν παρόντα. Οι σχολές που είχαν πολιτική για τον περιορισμό ή απαγόρευση της ενασχόλησης με τα τυχερά παιχνίδια και πολιτική για τους ανήλικους πότες, είχαν ένα ποσοστό άμετρης κατανάλωσης αλκοόλ της τάξης του 29 % , πολύ χαμηλότερο ποσοστό σε σχέση με σχολές που είχαν μόνο μια πολιτική για το αλκοόλ (40%), ή μόνο για τα τυχερά παιχνίδια (47%) ή καμία πολιτική (45%). Τα ευρήματα αυτά υποδηλώνουν πως οι περισσότεροι φοιτητές μπορούν να συμμορφωθούν με τις διάφορες πολιτικές περιορισμού ή απαγόρευσης του ποτού. Ωστόσο, άλλες σχέσεις είναι πιο δύσκολο να ερμηνευθούν , δηλαδή σχολές που περιοριζόταν η κατανάλωση αλκοόλ με βάση την νόμιμη ηλικία είχαν μεγαλύτερα ποσοστά ευκαιριακής κατανάλωσης οινόπνευματος από τις σχολές που δεν είχαν περιορισμό για τους φοιτητές κάτω των 21 ετών. Ίσως, όταν απαγορεύεται, οι φοιτητές βρίσκουν το αλκοόλ πιο επιθυμητό. Η έρευνα έχει δείξει ότι οι διαταραχές εθισμού προέρχονται από παράγοντες κινδύνου που πάντα

περιλαμβάνουν έκθεση σε πιθανά αντικείμενα εθισμού. Πιο συγκεκριμένα , η επανειλημμένη έκθεση αντικειμένων (δηλαδή, κατανάλωση αλκοόλ και τυχερά παιχνίδια) μπορεί να συνδυαστεί με υποκείμενες ψυχοκοινωνικές και νευροβιολογικές ευπάθειες ενός ατόμου, με αποτέλεσμα υποκειμενικές μεταβολές και πιθανή ανάπτυξη μια διαταραχής εθισμού. Ενώ, κάθε άτομο έχει διαφορετικές και μοναδικές τάσεις ευπάθειας που το καθιστούν λιγότερο ή περισσότερο ευάλωτο σε εθισμούς όπως το αλκοόλ και η χαρτοπαιξία , η μείωση των ευκαιριών για ανάπτυξη τέτοιων διαταραχών (π.χ. με τη μορφή εστιασμένων κανονισμών) θα ωφελήσει τους φοιτητές και κατά συνέπεια τα άτομα που ασχολούνται με χαρτοπαιξία και καταναλώνουν αλκοόλ (Shaffer,2005).

III. Εξαρτησιογόνες Ουσίες

Η λήψη αποφάσεων, που ορίζεται ως η ικανότητα να ισορροπήσει κανείς τις άμεσες συνέπειες των επιλογών με τις μελλοντικές συνέπειες τους, έχει εξεταστεί ευρέως σε χρήστες κοκαΐνης. Αυτή η έννοια είναι θεωρητικού ενδιαφέροντος επειδή κοκαΐνομανή άτομα αναφέρουν δυσκολία μείωσης της χρήσης της ουσίας, παρά την παρουσία μακροπρόθεσμων αρνητικών συνεπειών.

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε, μια ομάδα χρηστών κοκαΐνης τέθηκε να επιλέξει κάρτες από τράπουλες που έδιναν διαφορετικά κέρδη, υποθετικά ή πραγματικά χρηματικά ποσά. Η σύγκριση έγινε με μη χρήστες. Τα ευρήματα έδειξαν πως οι χρήστες επέλεξαν λιγότερες κάρτες από τις πλεονεκτικές τράπουλες με υποθετικά κέρδη από τους μη χρήστες, ενώ επέλεξαν παρόμοιο αριθμό καρτών από την πλεονεκτική τράπουλα που έδινε πραγματικά χρηματικά ποσά. Επιπλέον, οι χρήστες κοκαΐνης πέρασαν περισσότερο χρόνο από ότι η ομάδα ελέγχου για να ολοκληρώσουν το έργο, υπό την προϋπόθεση καταβολής χρημάτων. Οι χρήστες ανέφεραν πως είχαν μικρότερο του μισού ετήσιου εισοδήματος από την ομάδα ελέγχου. Έτσι λοιπόν, μπορούν να αντιληφθούν με μεγαλύτερη αξία το χρήμα που κερδίζουν από τα τυχερά παιχνίδια και είναι πιο πρόθυμοι να κερδίσουν περισσότερα χρήματα. Παρόλα αυτά ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι η ομάδα ελέγχου είχε μια πιο επικίνδυνη στρατηγική κατά την διάρκεια του παιχνιδιού με τις κάρτες, ενώ οι χρήστες ήταν πιο συντηρητικοί κατά το παίξιμό τους. Δεδομένου ότι η ομάδα ελέγχου στην παρούσα μελέτη πιθανόν είχε περισσότερα διαθέσιμα χρήματα από

τους χρήστες, είναι πιθανόν να ήταν πιο άνετη με τις ριμοκίνδυνες επιλογές (Vadhan, 2009).

Το 38,1% των παθολογικών παικτών που καθορίζονται από την Εθνική Επιδημιολογική Έρευνα του Αλκοόλ και Συγγενών Διαταραχών (NESARC), πληρούσαν τα κριτήρια για μια παράνομη διαταραχή χρήσης ουσιών σε σύγκριση με το 8,8% των μη παικτών. Τα υψηλά ποσοστά συννοσηρότητας έχουν παρατηρηθεί και σε δείγματα που αναζητούσαν θεραπεία. Πολλοί χρήστες ουσιών πληρούν 3-4 από τα 5 κριτήρια που απαιτούνται για τη διάγνωση της παθολογικής χαρτοπαιξίας. Οι παίκτες με προβλήματα ουσιών τείνουν να παίζουν πιο πολύ, στο πλαίσιο των κοινωνικών εναυσμάτων και υπό την επήρεια ουσιών (Petry, 2010).

Η βιβλιογραφία για τα τυχερά παιχνίδια κατά την εφηβεία σημειώνει συχνά την σχέση μεταξύ των τυχερών παιχνιδιών και της χρήσης ουσιών. Η έκταση αυτής της σχέσης και η σημασία της ως προς την προαγωγή της γνώσης σχετικά με την προέλευση και την πορεία εφηβικών παιχνιδιών συζητούνται. Οι συγγραφείς υποστηρίζουν πως τα τυχερά παιχνίδια και η χρήση ναρκωτικών, μπορεί να είναι ένα φυσιολογικό μέρος της εφηβείας από στατιστικής άποψης, ως ένα μέσο προς την ενηλικίωση. Επίσης, ισχυρίζονται πως το ποσοστό επικράτησης προβληματικού / παθολογικού τζόγου, που είναι συγκρίσιμο ή υψηλότερο από το ποσοστό των διαταραχών χρήσης ουσιών, δεν μπορεί να υποστηριχτεί λόγω των ασθενέστερων μεθοδολογικά ερευνών που υπάρχουν για τα τυχερά παιχνίδια. Ενώ η έρευνα δείχνει ότι υπάρχουν παρόμοιοι παράγοντες κινδύνου, μπορεί να είναι καθοριστικοί παράγοντες για τους δυο συμπεριφοριστικούς τομείς. Τέλος, είναι σημαντικό να πραγματοποιηθούν μελλοντικές έρευνες σε δείγμα εφήβων που ασχολούνται με τα τυχερά παιχνίδια για να μελετηθεί και η δική τους προβληματική παικτική συμπεριφορά. (Winters, 2000).

Νευρολογικοί δείκτες για τις δραστικές αρνητικές συνέπειες της εξάρτησης από κοκαΐνη είναι ελάχιστοι. Οι άμεσες συγκρίσεις της σχέσης περιοχών του εγκεφάλου που στοχεύουν δίκτυα της κοκαΐνης και συμπεριφορές εξάρτησης όπως η παθολογική χαρτοπαιξία, μπορούν να είναι κατατοπιστικές. Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε ερευνήθηκε η λειτουργική συνδεσιμότητα σε κατάσταση ανάπαυσης 20 ατόμων με εξάρτηση από κοκαΐνη, 19 ατόμων διαγνωσμένα με παθολογική χαρτοπαιξία και 21 υγιών ατόμων. Όλα τα άτομα αξιολογήθηκαν για να αποκλειστεί ψυχιατρική

συννοσηρότητας με την τρέχουσα χρήση ουσιών και χαρτοπαιξίας. Τα άτομα που είναι εξαρτημένα στην κοκαΐνη συγκριτικά με τους παθολογικούς παίκτες έδειξαν αυξημένη συνδεσιμότητα με το κομμάτι του εγκεφάλου που είναι υπεύθυνο για τα συναισθήματα, την μάθηση και την μνήμη.(Conteras-Rodriquerz, 2015).

3.4 Θεραπεία

Ο τζόγος αποτελεί ψυχική πάθηση, η οποία χρήζει ειδικής αντιμετώπισης. Το δύσκολο για ένα παίκτη, αλλά και το οικογενειακό του περιβάλλον, είναι πρώτα από όλα να αναγνωρίσουν το πρόβλημα και να το αποδεχτούν. Το επόμενο βήμα είναι να αναζητήσουν βοήθεια από ειδικούς και λύση στο πρόβλημα της εξάρτησης. Η θεραπεία του παθολογικού τζόγου συνίσταται στο να βοηθήσει τον ασθενή να ξεπεράσει τις παράλογες σκέψεις που έχει αναπτύξει σχετικά με τον έλεγχο τυχαίων γεγονότων, καθώς και στην αντιμετώπιση των διαφόρων ψυχιατρικών και νευρολογικών συμπτωμάτων που παρουσιάζονται συνήθως λόγω της εξαρτητικής διαδικασίας. Κύριος στόχος της θεραπευτικής διαδικασίας είναι η κινητοποίηση του ασθενή προς την κατεύθυνση της βαθμιαίας διακοπής του τζόγου και η αναζήτηση τεχνικών για τη μακροχρόνια αποχή του από τα τυχερά παιχνίδια. Είναι προτιμότερο να εμπλακούν και οι σύντροφοι ή οι γονείς στη θεραπεία. Οι άνθρωποι που ζουν γύρω από τον εξαρτημένο συχνά έχουν αυτή την ανάγκη. Η αντιμετώπιση του παθολογικού τζόγου δε διαφέρει ιδιαίτερα από τον τρόπο απεξάρτησης από άλλες συμπεριφορές ή ουσίες. Ωστόσο, ενώ η συντριπτική πλειοψηφία των συνανθρώπων μας έχει ασχοληθεί με κάποιο τυχερό παιχνίδι, ορισμένοι είναι αυτοί που αποκτούν εξάρτηση από τον τζόγο, όπως ακριβώς όλοι όσοι έχουν δοκιμάσει αλκοόλ δεν γίνονται αλκοολικοί. Η απάντηση σε αυτό είναι πολυσύνθετη: Η αυτοπειθαρχία, οι ικανοποιητικές διαπροσωπικές σχέσεις, η αυτογνωσία και ο αυτοσεβασμός είναι κάποιοι παράγοντες που μειώνουν την πιθανότητα κάποιου να εμπλακεί παθολογικά με τον τζόγο. Εν κατακλείδι, όπως και με τις άλλες μορφές εξάρτησης, έτσι και ο εθισμένος στα τυχερά παιχνίδια μπορεί να απεξαρτηθεί όταν πάρει στα χέρια του την ευθύνη του εαυτού του, ώστε να αναγνωρίσει το πρόβλημά του και να ζητήσει βοήθεια (Μάνος,2008).

I. Ψυχολογική θεραπεία

Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση του φαινομένου είναι ψυχοθεραπευτικές και φαρμακευτικές (Nastallyetal.,2010). Οι σύγχρονες ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις βασίζονται στην ψυχοδυναμική /ψυχαναλυτική θεωρία ή περιλαμβάνουν γνωσιακά και συμπεριφορικά μοντέλα θεραπείας (Nastallyetal.,2010). Η αποτελεσματικότητα των διαφορετικών μορφών ψυχοθεραπείας δεν έχει αξιολογηθεί επαρκώς (Αναγνωστόπουλος και συν.,2014).Ορισμένοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι η ψυχοδυναμική προσέγγιση του θέματος είναι η πιο ενδεδειγμένη (Rosenthaletal.,1994). Η ψυχοδυναμική προσέγγιση για τη θεραπεία της παθολογικής ενασχόλησης με τα τυχερά παιχνίδια υπάρχει στο προσκήνιο τα τελευταία περίπου 100 έτη. Το 1920, ο Simmel περιέγραψε τη διαταραχή ως μια εκδήλωση ναρκισσιστικής φαντασίωσης που συνοδεύεται από έντονη αίσθηση εξουσίας. Άλλοι ψυχαναλυτές υποστηρίζουν ότι η συγκεκριμένη ενασχόληση είναι απόρροια της έντονης στέρησης κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας ή μιας ασυνείδητης ανάγκης του ατόμου να χάνει (LopezVietsetal.,1999). Ένα ψυχαναλυτικό μοντέλο θεραπείας βασίζεται στο γεγονός ότι ο θεραπευτής στοχεύει στην αποχή και επικεντρώνεται στην επεξεργασία των αμυνών του ασθενούς και της ανάγκης του να επιζητά την ήττα μέσα από τα παιχνίδια. Σύμφωνα με το εν λόγω μοντέλο, ο θεραπευτής θα πρέπει να καταπολεμήσει την αμφιθυμία σε σχέση με τη θεραπεία με το να δώσει στον παίκτη τη θέση του ενεργά συμμετέχοντος στη θεραπευτική διαδικασία (Rosenthaletal.,1994). Η ένταξη σε ομάδες Ανώνυμων Τζογαδόρων αποτελεί μια άλλη θεραπευτική προσέγγιση. Η θεραπεία αυτή βασίζεται στο μοντέλο των 12 βημάτων των Ανώνυμων Αλκοολικών. Η ομάδα ενθαρρύνει τα μέλη της να κατακτήσουν το κάθε βήμα και ο τελικός στόχος είναι η πλήρης αποχή από τα τυχερά παιχνίδια (Petry,2005).Η ψυχοθεραπευτική προσέγγιση, που αποτελεί την κύρια θεραπεία επιλογής για την ενασχόληση με τα τυχερά παιχνίδια είναι η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία. Πρόκειται για μια προσέγγιση η οποία εκπαιδεύει τον παίκτη να ελέγχει την ανεξέλεγκτη συμπεριφορά του, να παρατηρεί τον εαυτό του και να αναγνωρίζει τις δυσλειτουργικές του σκέψεις πριν και κατά τη διάρκεια του τζόγου. Ταυτόχρονα, ο παίκτης συνειδητοποιεί πώς η ενασχόληση με τα τυχερά παιχνίδια συνδέεται με τη ζωή του και την προσωπικότητά του. Στόχος της ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης είναι να βοηθήσει τον ασθενή να διαχειριστεί την επιθυμία για να παίξει, μέσω ενός προστατευτικού συστήματος ούτως ώστε να τον

αποτρέπει από την επιθυμία του τζογαρίσματος. Επίσης, κύρια επιδίωξη είναι να βοηθήσει τον πάσχοντα να μπορεί να διαχειριστεί τις καταστάσεις υποτροπής. Στο πρώτο στάδιο της θεραπείας ο θεραπευτής έχει στόχο να εξασφαλίσει συνεργασία με τον εξαρτημένο και την οικογένεια, την αποχή του τζογαδόρου με πρακτικούς τρόπους, όπως είναι η απαγόρευση εισόδου στα καζίνο και η διαχείριση των οικονομικών του από κάποιο τρίτο άτομο εμπιστοσύνης. Επίσης, παρέχεται ομαδική και ατομική θεραπεία για να βρεθούν τρόποι, ούτως ώστε ο εθισμένος να απέχει οριστικά και μακροχρόνια από τον τζόγο (Γαβαλά και συν.,2015). Η θεραπεία έχει σαν στόχο αρχικά να ξεπεράσει ο εξαρτημένος τις παράλογες σκέψεις που έχει αναπτύξει. Εξίσου σημαντική είναι και η συμβουλευτική παρέμβαση στην οικογένεια, αφού με αυτόν τον τρόπο οι οικείοι του θεραπευμένου έχουν τη δυνατότητα να αναγνωρίσουν τις δικές τους δυσκολίες αναφορικά με την πάθηση αυτή και να αλλάξουν τον τρόπο αντιμετώπισης.

Οι βασικοί στόχοι της ψυχολογικής θεραπείας είναι οι παρακάτω:

- 1) Καταγραφή, επεξεργασία και κατανόηση της πορείας του ατόμου προς την προβληματική ενασχόληση με τον τζόγο.
- 2) Στρατηγικές και μέθοδοι για τη μείωση της ενασχόλησης.
- 3) Ανάπτυξη κινήτρων για την αποχή από τον προβληματικό τζόγο.
- 4) Εκπαίδευση για την αντιμετώπιση καταστάσεων υψηλού ρίσκου.
- 5) Εκμάθηση μεθόδων επίλυσης προβλημάτων και διαχείρισης διαπροσωπικών σχέσεων.
- 6) Ομάδες Αωνύμων Αυτοθεραπευόμενων Τζογαδόρων.
- 7) Θεραπεία οικογένειας ή θεραπεία ζεύγους.

Το χρονικό διάστημα παρακολούθησης είναι ανάλογο με τις ανάγκες του ενδιαφερόμενου και κυμαίνεται από 4 έως 18 μήνες. Κύριος στόχος της θεραπευτικής διαδικασίας του ασθενή είναι η κινητοποίηση αυτού προς την κατεύθυνση της

βαθμιαίας διακοπής του τζόγου και η αναζήτηση τεχνικών για την μακροχρόνια αποχή αυτού από τα τυχερά παιχνίδια.

Επιπλέον, ο ειδικός ψυχικής υγείας μπορεί να συμβάλλει στην θεραπευτική πορεία του εξαρτημένου ατόμου με την εφαρμογή μιας ποικιλίας υποστηρικτικών προσεγγίσεων:

1) Προσωποκεντρική προσέγγιση

Ο ειδικός αναγνωρίζει την αξία του ανθρώπου ανεξάρτητα από την παθολογική του συμπεριφορά. Ως εκ τούτου, αντιμετωπίζει τον εξαρτημένο παίχτη με κατανόηση, εκτίμηση και σεβασμό, χωρίς να τον κρίνει και να τον αξιολογεί. Επίσης, του προσφέρει την δυνατότητα να είναι ο εαυτός του, ώστε να ανακτήσει την αξιοπρέπεια του και να εκφράσει αυτό που τον στενοχωρεί και τον ωθεί στον τζόγο. Με την ασφάλεια που του παρέχει το θεραπευτικό πλαίσιο, το εξαρτημένο άτομο μπορεί να αναζητήσει και να δοκιμάσει εναλλακτικούς τρόπους έκφρασης, επικοινωνίας και συμπεριφοράς. Τέλος, μαθαίνει να εμπιστεύεται τον εαυτό του, να θέτει στόχους και να αξιοποιεί τις δυνατότητές του ώστε να τους πετύχει.

2) Γνωσιακή προσέγγιση

Εξακρίβωση και διόρθωση των παράλογων σκέψεων και πεποιθήσεων, οι οποίες συνδέονται με την παρορμητική συμπεριφορά του τζόγου. Επιπλέον, αναγνώριση των συναισθημάτων (απογοήτευση, θλίψη, ανασφάλεια) και των αντικειμενικών περιστάσεων (συναναστροφή με άλλα άτομα εξαρτημένα από τον τζόγο, πέρασμα από χώρους τυχερών παιχνιδιών), οι οποίες είναι υψηλού κινδύνου και μπορεί να οδηγήσουν στον τζόγο. Ακόμη, αναζήτηση και εκμάθηση θετικών, εναλλακτικών τρόπων αντίδρασης στα στρεσογόνα ερεθίσματα.

3) Συμπεριφορική προσέγγιση – τεχνικές χαλάρωσης

Ο εξαρτημένος παίχτης μαθαίνει τεχνικές μυϊκής χαλάρωσης και καλείται να τις εφαρμόζει, ώστε να μπορεί να αντιδρά με χαλάρωση, ψυχραιμία και αυτοσυγκράτηση όταν οι εμπειρίες και οι συνθήκες τον προκαλούν να παίξει. Συγκεκριμένα, η εικονική από-ευαισθητοποίηση είναι μια τεχνική «καθοδηγούμενης φαντασίας», η οποία βασίζεται στην εφαρμογή τεχνικών χαλάρωσης που βοηθούν το άτομο να ελέγξει τις παρορμήσεις του. Ο θεραπευόμενος περιγράφει μερικές καταστάσεις οι οποίες

συνήθως τον παρακινούν να παίξει τυχερά παιχνίδια. Οι καταστάσεις αυτές βαθμολογούνται σε μία κλίμακα από 1-10 ανάλογα με την ένταση της παρόρμησης και τον βαθμό δυσκολίας του ατόμου να αντισταθεί. Ο θεραπευτής αναφέρει τις καταστάσεις οι οποίες παρακινούν τον θεραπευόμενο στον τζόγο ξεκινώντας από τις λιγότερο έντονες και ο θεραπευόμενος καλείται να εφαρμόζει στο άκουσμα αυτών των καταστάσεων μια τεχνική χαλάρωσης και να επαναλαμβάνει μέσα του τις θετικές διαβεβαιώσεις τις οποίες του αναφέρει ο θεραπευτής. Μια παραλλαγή της εικονικής από-ευαισθητοποίησης είναι η "Καλυμμένη ευαισθητοποίηση" (Covert sensitization) κατά την οποία ο θεραπευόμενος καλείται να συνδέσει συνειρμικά και βιωματικά την συμπεριφορά του τζόγου με τις αρνητικές επιπτώσεις και τις παρενέργειες που έχει ο τζόγος στην ζωή του (Καυκίος,2013).

Εκτός από τα παραπάνω που συναντιούνται πιο συχνά, υπάρχουν και άλλες προσεγγίσεις στο πρόβλημα του παθολογικού τζόγου, συμπεριλαμβανομένων κάποιος προγραμμάτων τεσσάρων σταδίων ,της αυτοβοήθειας, άλλα και πρακτικών στρατηγικών που μπορούν να ακολουθηθούν κατά τη στιγμή της αίσθησης της ορμής για τζόγο, που όμως μπορεί εύκολα να γίνουν η δικαιολογία, αν δεν είναι δυνατή η αντίσταση, για να τα παρατήσσει κανείς και να μη δεχτεί βοήθεια (Σιδηρόπουλος και συν.,2010). Μια άλλη πιθανότητα είναι να λάβει βοήθεια, για παράδειγμα μέσω κλινικών για εξαρτημένους ασθενείς που ανήκουν σε ψυχιατρικά νοσοκομεία ή ιδρύματα για εξαρτήσεις ή μέσω κλινικών που εξειδικεύονται στην αντιμετώπιση προβλημάτων που σχετίζονται με τη κατάχρηση αλκοόλ και ναρκωτικών ουσιών.

II. Φαρμακολογική Θεραπεία

Για τη φαρμακολογική θεραπεία της διαταραχής έχουν προταθεί συγκεκριμένες κατηγορίες φαρμάκων, στα οποία περιλαμβάνονται οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRIs), οι ανταγωνιστές των οπιοειδών, οι σταθεροποιητές της διάθεσης, τα άτυπα αντιψυχωσικά φάρμακα και οι γλουταμινεργικοί παράγοντες (Αναγνωστόπουλος και συν.,2014). Επίσης επιστήμονες από την Αυστραλία θεωρούν, πως η λύση για την απεξάρτηση από τα τυχερά παιχνίδια δεν είναι η ψυχολογική υποστήριξη, αλλά ένα φάρμακο που χορηγούν σε τοξικομανείς και αλκοολικούς, την γνωστή ουσία ναλτρεξόνη (Naltrexone). Η ναλτρεξόνη είναι μια ουσία που μειώνει την επιθυμία του ατόμου προς το αντικείμενο της εξάρτησής του, όμως μπορεί να οδηγήσει σε μια σειρά από

παρενέργειες (Grant et al., 2004). Οι έρευνες βρίσκονται ακόμη σε πειραματικό στάδιο, όμως η ιατρική μελέτη που δημοσιεύθηκε στην αυστραλιανή ιστοσελίδα «Medical Journal» παροτρύνει τους ειδικούς να συνταγογραφούν την συγκεκριμένη ουσία και σε όσους έχουν εθιστεί στα τυχερά παιχνίδια (Γαβαλά και συν.,2015). Τέλος αν και έχουν ερευνηθεί διάφορα είδη φαρμάκων, μέχρι στιγμής δεν υπάρχει κάποια εγκεκριμένη φαρμακευτική αγωγή για τη συγκεκριμένη διαταραχή (Morasco, et al., 2009).

III. Βοήθεια στην οικογένεια του παίκτη

Ο εθισμένος χρειάζεται τη στήριξη της οικογένειας, για να σταματήσει τον τζόγο. Η απόφαση όμως για να σταματήσει, είναι αποκλειστικά δική του. Όσο σκληρό κι αν είναι να βλέπει κάποιος ή να ζει τα αποτελέσματα του τζόγου, δε μπορεί να κάνει κάποιον χωρίς τη θέλησή του να σταματήσει να παίζει. Οι αγαπημένοι των εθισμένων από την άλλη μεριά, παρουσιάζουν αντικρουόμενα συναισθήματα, βιώνοντας όλη αυτή την κατάσταση. Συγκαλύπτουν τον τζόγο και περνούν πολύ χρόνο αστυνομεύοντας τον εθισμένο, στην προσπάθειά τους να τον κρατήσουν μακριά από αυτή τη συνήθεια. Την ίδια στιγμή, είναι έξαλλοι από θυμό για το ρόλο του «αστυνόμου» και κουράζονται από την προσπάθειά τους να κρυφτεί και συνάμα, να διατηρηθεί η υποκρισία-παρωδία της ευτυχισμένης οικογένειας. Δανείζουν χρήματα στον εθισμένο, πληρώνουν χρέη, στερούνται τα αντικείμενα που έχουν πωληθεί εν αγνοία τους, πληρώνουν πιστωτικές κάρτες και λογαριασμούς και βλέπουν τους τραπεζικούς λογαριασμούς να εξανειμίζονται. Ακόμη, φωνάζουν, συμβουλεύουν, κλαίνε, μαλώνουν, βρίζουν, ίσως ακόμη και να ασκούν σωματική βία στον εθισμένο. Παρόλα αυτά, συνεχίζουν να φροντίζουν τόσο τον ίδιο όσο και το σπίτι στο οποίο κατοικεί. Με άλλα λόγια, από τη μια προσπαθούν να ελέγξουν το τζόγο του ανεπιτυχώς και απ' την άλλη τον συντηρούν με επιτυχία. Οπότε, διαπιστώνουμε, ότι και τα μέλη της οικογένειας του παίκτη χρειάζονται βοήθεια, ώστε να μπορέσουν με την σειρά τους να βοηθήσουν στην θεραπεία του εξαρτημένου. Συγκεκριμένα, τα μέλη της οικογένειας πρέπει να:

1) Βοηθήσουν τον εαυτό τους.

Είναι δικαίωμά τους να προστατεύσουν τον εαυτό τους συναισθηματικά και οικονομικά. Επίσης, δεν πρέπει να κατηγορούν τον εαυτό τους για τα προβλήματα που αντιμετωπίζει κάποιος άλλος.

2) Να μην απομονώνονται.

Μπορεί να ντρέπονται και να αισθάνονται, ότι μόνο αυτοί αντιμετωπίζουν τέτοιες καταστάσεις. Η συμμετοχή σε θεραπευτικές ομάδες και η δημοσιοποίηση του προβλήματος σ' ένα ασφαλές περιβάλλον, φέρνει τη συνειδητοποίηση, ότι πολλές οικογένειες δίνουν τον ίδιο αγώνα.

3) Να βάλουν όρια στη διαχείριση χρημάτων.

Πρέπει να απομακρύνουν τον εθισμένο από την ευθύνη του οικογενειακού προϋπολογισμού, ακόμη κι αν βρίσκεται σε αποχή, διότι υπάρχει πάντα ο φόβος της υποτροπής.

4) Να σκεφτούν πώς θα διαχειριστούν τα χρηματικά αιτήματα του εθισμένου. Ο εθισμένος είναι εξαιρετικά χειριστικό και επίμονο άτομο και μπορεί να χρησιμοποιήσει οποιοδήποτε μέσο προκειμένου να επιτύχει το σκοπό του. Τα μέλη της οικογένειας χρειάζονται χρόνο, υπομονή και υποστήριξη, προκειμένου να διαχειριστούν αυτές τις καταστάσεις και να μη γίνονται συνένοχοι στο πρόβλημα, όπως επίσης και να διατηρήσουν την αξιοπρέπειά τους (Γαβαλά και συν., 2015).

IV. Φορείς για την καταπολέμηση του εθισμού

Όταν καταλάβει κάποιος, ότι έχει εθιστεί ο ίδιος ή κάποιος γνωστός του στα τυχερά παιχνίδια, θα πρέπει να ζητήσει την ανάλογη βοήθεια από ειδικούς (ψυχολόγους, ψυχιάτρους, κοινωνικούς λειτουργούς και οικογενειακούς θεραπευτές), που απαρτίζουν ομάδες υποστήριξης και θεραπείας σε διάφορα προγράμματα. Στην Ελλάδα δεν είναι ευρέως διαδεδομένα τα προγράμματα απεξάρτησης από τα τυχερά παιχνίδια. Αν και το πρόβλημα αυτό πάντα υπήρχε, αντιμετωπίζεται ως συννοσηρότητα, ακόμη και σήμερα, με το πρόβλημα της εξάρτησης από τα ναρκωτικά ή το αλκοόλ. Παρ όλα αυτά, τα τελευταία χρόνια έχουν δημιουργηθεί κάποια προγράμματα που ασχολούνται ιδιαίτερα με τους εξαρτημένους χρήστες των

τυχερών παιχνιδιών. Ενδεικτικά αναφέρονται κάποιοι από τους φορείς, στους οποίους μπορούν να απευθυνθούν οι ενδιαφερόμενοι στην Ελλάδα:

1) Ανώνυμοι Τζογαδόροι

Στην Ελλάδα λειτουργούν οι Ανώνυμοι Τζογαδόροι, όπου διαθέτουν ένα πρόγραμμα 12 βημάτων για τα άτομα που έχουν πρόβλημα από εθισμό στα τυχερά παιχνίδια, υποστηριζόμενο από μία διεθνή ομάδα ειδικών. Το πρόγραμμα αυτό θεσπίστηκε στην Αμερική για πρώτη φορά και επεκτάθηκε λόγω της μεγάλης του απήχησης. Τα βήματα ξεκινάνε από το πρώτο, που είναι η παραδοχή του ίδιου του ατόμου, ότι αντιμετωπίζει το συγκεκριμένο πρόβλημα και συνεχίζει, με την εγκαθίδρυση δραστηριοτήτων και συμπεριφορών που αποφεύγουν τον οποιοδήποτε συσχετισμό με τον τζόγο. Στην χώρα μας καθιερώνονται σχεδόν καθημερινές συνεδρίες στην οδό Καρόλου 28, στο Μεταξουργείο της Αθήνας και στη Θεσσαλονίκη, στην οδό Μητροπόλεως 10. Περισσότερες πληροφορίες δίνονται στα τηλέφωνα 6977-717585-6974-392204 για Αθήνα και 23105-00477-8 για Θεσσαλονίκη

Πηγή: <http://www.selfhelp.gr/el/gamblers-anonymous-el.html>

2) Πρόγραμμα απεξάρτησης από το αλκοόλ και τα τυχερά παιχνίδια: ΚΕΘΕΑ ΑΛΦΑ

Στη χώρα μας λειτουργεί ολοκληρωμένο πρόγραμμα από το ΚΕΘΕΑ (συγκεκριμένα το ΚΕΘΕΑ ΑΛΦΑ), για την απεξάρτηση από τα τυχερά παιχνίδια. Το πρόγραμμα αυτό, που προσφέρεται εντελώς δωρεάν, είναι μοναδικό για το κάθε άτομο και μπορεί να διαρκέσει από 4 έως και 18 μήνες. Η θεραπεία που προσφέρεται στο κάθε άτομο περιλαμβάνει ατομική συμβουλευτική-υποστήριξη από ειδικούς, συμμετοχή σε ομάδες αυτοθεραπευόμενων τζογαδόρων, καταγραφή, επεξεργασία και κατανόηση της πορείας που έχει οδηγήσει στην προβληματική ενασχόληση με τα τυχερά παιχνίδια, στρατηγική και μεθόδους για τη μείωση της ενασχόλησης με τον τζόγο, ανάπτυξη κινήτρων για την αποχή. Επίσης, ειδικοί αναλαμβάνουν εκπαίδευση για την αντιμετώπιση καταστάσεων υψηλού κινδύνου, εκμάθηση μεθόδων επίλυσης προβλημάτων και διαχείρισης διαπροσωπικών σχέσεων, ομάδες ανώνυμων αυτό-θεραπευόμενων τζογαδόρων και θεραπεία οικογένειας-ζεύγους. Τα γραφεία του ΚΕΘΕΑ ΑΛΦΑ βρίσκονται στην οδό Χαρβούρη 1, στο Μετς της Αθήνας, όπου

μπορεί ο ενδιαφερόμενος να κανονίσει μία συνάντηση ατομική ή ακόμα και με την οικογένειά του. Περισσότερες πληροφορίες δίνονται στα τηλέφωνα 21092-15776 και 21092-37777 Πηγή: http://www.ektepn.gr/content/region_new/ΑΤΤΙΚΙ_PDF/p98.pdf

3) Ελληνικό Κέντρο Διαπολιτισμικής Ψυχιατρικής και Περίθαλψης

Σκοπός του Κέντρου είναι η παροχή υπηρεσιών ψυχοκοινωνικής στήριξης και επανένταξης κοινωνικώς αποκλεισμένων ή/και πολιτισμικώς διαφοροποιημένων ομάδων πληθυσμού. Δραστηριοποιείται σε περιοχές και πληθυσμούς με πολιτισμικές ή/και θρησκευτικές ιδιαιτερότητες, προβλήματα ανεργίας, στέγασης και εκπαίδευσης, κατάχρησης εξαρτησιογόνων ουσιών, που παρουσιάζουν παράλληλη έλλειψη ανάλογων υποστηρικτικών δομών (ψυχικά πάσχοντες, πρώην χρήστες ουσιών, τσιγγάνοι, μουσουλμάνοι, τζογαδόροι). Τα κεντρικά του γραφεία βρίσκονται στην Λεωφόρο Αθηνών 30, στην Αθήνα. Περισσότερες πληροφορίες δίνονται στο τηλέφωνο 21072-21707 Πηγή: <http://www.kostisballas.gr/>

4) Συμβουλευτικός και Θεραπευτικός Σταθμός για άτομα εξαρτημένα από αλκοόλ, φάρμακα και τυχερά παιχνίδια «Μέθεξις»

Η Μονάδα «Μέθεξις» απευθύνεται σε άτομα εξαρτημένα από αλκοόλ, φάρμακα (όπως ηρεμιστικά, αγχολυτικά, αναλγητικά), τη χρήση οργανικών διαλυτών (βενζίνη, κόλλες κ.ά.), καθώς και άλλου είδους εθισμούς (πχ. χαρτοπαιξία, τυχερά παιχνίδια) (Ειδικό Ψυχιατρικό Νοσοκομείο, χ.χ.). Λειτουργεί κυρίως σε επίπεδο πρωτοβάθμιας περίθαλψης, με δυνατότητα στο μεγαλύτερο ποσοστό ολοκληρωμένων θεραπευτικών ενεργειών. Οι υπηρεσίες της Μονάδας παρέχονται σε όσους θεωρούνται, ότι αντιμετωπίζουν πρόβλημα εξάρτησης ως χρήστες ή έμμεσα σε συμβουλευτικό επίπεδο, σε όσους ενδιαφέρονται ως συγγενείς χρηστών. Οι στόχοι του σταθμού, πέρα από το θεραπευτικό έργο, επικεντρώνονται στην πρόληψη σε όλες τις βαθμίδες, στην εκπαίδευση, τη διασύνδεση, την έρευνα, τη στατιστική επεξεργασία και την ανάλυση θεμάτων εξάρτησης. Δίνεται ιδιαίτερο βάρος στην επικοινωνία και συνεργασία της θεραπευτικής ομάδας με την οικογένεια, τόσο στην πορεία προς την απεξάρτηση, όσο και σε επίπεδο άλλου είδους διαταραχών. Το κέντρο βρίσκεται στην οδό Πτολεμαίων 21, στη Θεσσαλονίκη. Περισσότερες πληροφορίες δίνονται στο τηλέφωνο 23105-42141

Πηγή: http://www.ektepn.gr/content/region_new/KENT_MAK_PDF/p37-38.pdf

5) Πνοή στη Ζωή

Το πρόγραμμα του κέντρου απεξάρτησης Πνοή στη Ζωή αφορά όλων των ειδών τις εξαρτήσεις: αλκοόλ, ναρκωτικά (ηρωίνη, κοκαΐνη, χασίς κ.λπ.), τζόγο (χαρτοπαιξία, ζάρια, στοιχήματα, κάθε είδους τυχερά παιχνίδια), εθισμό στο διαδίκτυο. Η μεθοδολογία που χρησιμοποιείται είναι καθαρά προσωποκεντρική. Το πρόγραμμά απεξάρτησης που χρησιμοποιείται, στηρίζεται σε τρεις βασικούς άξονες, οι οποίοι βασίζονται σε ισάριθμα μοντέλα, που λαμβάνουν υπόψη τη διαφορετικότητα και εξετάζουν λεπτομερειακά τις ιδιαίτερες ανάγκες του κάθε ατόμου. Το κέντρο βρίσκεται στην οδό Οσίας Ξένης 4, στο Πλαγιάρι Θεσσαλονίκης. Περισσότερες πληροφορίες δίνονται στα τηλέφωνα 23920-25456-6974-520527 Πηγή: <http://www.pnoistizoi.gr/>

6) ΑΡΩΓΗ 12+

Το Κέντρο Παροχής Υπηρεσιών Καθοδήγησης σε συνεργασία με τον Σύλλογο ΑΡΩΓΗ 12+, ιδρύθηκε τα τελευταία χρόνια, για να στηρίξει ανθρώπους που παλεύουν με την μαστίγα των εξαρτήσεων. Είναι μια ιδιωτική πρωτοβουλία, με σκοπό να παρέχει εξειδικευμένες υπηρεσίες σε άτομα με προβλήματα εθισμού. Το κέντρο αποτελείται από δύο μονάδες, που έχουν σχεδιαστεί ειδικά για άτομα με τέτοια προβλήματα. Η φιλοσοφία του κέντρου επηρεάζεται από τη θεραπευτική μέθοδο Minnesota Model, η οποία έχει αποδειχτεί εξαιρετικά επιτυχής στις ΗΠΑ, όπως και στην Ευρώπη. Το μοντέλο έχει 3 θεμελιώδες αρχές:

- α)** Παροχή θεραπείας στα άτομα που υποφέρουν και όχι ιδρυματοποίηση ή αδιαφορία.
- β)** Θεραπεία βασισμένη στην αξιοπρέπεια και τον σεβασμό της προσωπικότητας του θεραπευμένου.
- γ)** Παροχή βοήθειας για ανάρρωση και στα τρία επίπεδα, δηλαδή σωματικό, διανοητικό, πνευματικό.

Το κέντρο βρίσκεται στην οδό Ανθέων 22, στο Νέο Ρύσιο Θεσσαλονίκης.

Περισσότερες πληροφορίες δίνονται στο τηλέφωνο 23920-7340

Πηγή: <http://www.arogi12.gr/>

7) Κατά φύσιν

Άνθρωποι, οι οποίοι έχουν βιώσει οι ίδιοι την εξάρτηση και έχουν απεξαρτηθεί και εκπαιδευτεί, δημιούργησαν το «Κατά Φύσιν», ένα Κέντρο Συμβουλευτικής καθοδήγησης ατόμων με προβλήματα εθισμού σε ναρκωτικά, αλκοόλ και τυχερά παιχνίδια. Ειδικοί σύμβουλοι και επιστήμονες, οι οποίοι έχουν τη γνώση και την εξειδίκευση, μπορούν να βοηθήσουν το άτομο να αναγνωρίσει και να ξεπεράσει το πρόβλημα του εθισμού, όπως επίσης να του παρέχει την κατάλληλη υποστήριξη, ώστε να ανακαλύψει καινούριες υγιείς συμπεριφορές και μια δημιουργική στάση απέναντι στη ζωή. Το κέντρο βρίσκεται στον Περαιά, Θεσσαλονίκης. Περισσότερες πληροφορίες δίνονται στα τηλέφωνα 23920-23470 και 6944-318118
Πηγή:<http://katafysin.gr/>

8) ΟΑΣΙΣ

Η «Οασις» είναι ο μοναδικός φορέας υποστήριξης στο χώρο των εξαρτημένων, που δημιουργήθηκε από πρώην εξαρτημένους. Μάλιστα το 2005 βραβεύτηκε από το υπουργείο Υγείας αλλά και τη νομαρχία Θεσσαλονίκης για τη σημαντική προσφορά του. Οι βασικές αρχές της «Οασις» είναι μεταξύ άλλων η δημιουργία ενός πυρήνα, όπου τα μέλη αποδεσμεύονται από το «εγώ» και μπαίνουν στη θεραπευτική δύναμη του «εμείς», καθώς και η ψυχολογική στήριξη σε συγγενείς των εξαρτημένων. Το κέντρο βρίσκεται στην οδό Κ. Μοσκόφ 12, λειτουργεί καθημερινά από τις 10 το πρωί έως τις 8 το βράδυ. Περισσότερες πληροφορίες δίνονται στο τηλέφωνο 2310-508598

Πηγή: <http://www.oasis.org.gr/tzogol/>

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

4.1 ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Ο σκοπός της παρούσας πτυχιακής μελέτης είναι με τη βοήθεια της κατάλληλης ανασκόπησης της διεθνούς βιβλιογραφίας και αρθρογραφίας αλλά και με τα κατάλληλα ερευνητικά στοιχεία να μελετηθούν οι διατροφικές συνήθειες των ατόμων που ασχολούνται με τα τυχερά παιχνίδια, καθώς επίσης και η πιθανότητα ανάπτυξης διατροφικών διαταραχών, αλλά και ψυχολογικών διαταραχών συναφών με τη διατροφή.

4.2 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

4.2.1.ΔΕΙΓΜΑ

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στην επαρχία αλλά και στην πρωτεύουσα. Η δειγματοληψία ήταν τυχαία. Στη μελέτη συμμετείχαν εθελοντικά 100 άτομα από τα οποία συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια και ολοκλήρωσαν την διαδικασία τα 89. Έντεκα άτομα αρνήθηκαν να απαντήσουν σε όλες τις ερωτήσεις ή δεν ολοκλήρωσαν και τα τρία ερωτηματολόγια για διάφορους προσωπικούς τους λόγους. Στην έρευνα συμμετείχαν άνδρες και γυναίκες ηλικίας από 20 έως 70 ετών. Τα άτομα απάντησαν στα ερωτηματολόγια αυτά ύστερα από παρότρυνση μας και τα οποία συντάχθηκαν με τέτοιο τρόπο ώστε να εξασφαλίζεται η ανωνυμία και κατ' επέκταση η ειλικρίνεια των απαντήσεων των ερωτηθέντων. Οι περισσότερες ερωτήσεις ήταν τυποποιημένες.

Οι περισσότεροι εθελοντές συμπλήρωσαν το μεγαλύτερο μέρος όλων των ερωτηματολογίων που τους δόθηκαν. Όλοι οι συμμετέχοντες ήταν ενήμεροι για το σκοπό και το στόχο της έρευνας και δέχτηκαν οικειοθελώς να συμπληρώσουν τρία ερωτηματολόγια: ένα ερωτηματολόγιο το οποίο είναι κωδικοποιημένο «EAT-26» και θεωρείται το καλύτερο εργαλείο για να αναγνωρίσει κάποιος τα χαρακτηριστικά μιας πιθανής ανάπτυξης διατροφικών διαταραχών. Ένα άλλο ερωτηματολόγιο το οποίο είναι βασισμένο στα Διαγνωστικά Κριτήρια του DSM-IV και ανιχνεύει προβληματική συμπεριφορά και κατηγοριοποιεί τον παίκτη. Και τέλος, ένα ερωτηματολόγιο συχνότητας κατανάλωσης τροφίμων.

4.2.2. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΠΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΘΗΚΑΝ – ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ

Η συμπλήρωση των συγκεκριμένων ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε για την συσχέτιση της ενασχόλησης με τα τυχερά παιχνίδια με τις διατροφικές συνήθειες των ατόμων. Κανένα ερωτηματολόγιο ξεχωριστά δε θα μπορούσε να αποδείξει έστω και κατ' ελάχιστο μια πιθανή διατροφική διαταραχή ή μια αδυναμία σε συγκριμένη κατηγορία τροφίμων για παράδειγμα αλμυρά ή γλυκά.

4.2.2.α Ερωτηματολόγιο Ενασχόλησης με τα τυχερά παιχνίδια

Το ερωτηματολόγιο αυτό είναι ειδικά σχεδιασμένο ώστε να υπολογίζεται η παθολογία του παίκτη, η συχνότητα ενασχόλησης με τα τυχερά παιχνίδια, ο χρόνος που επενδύεται σε αυτή, η βαρύτητα του προβλήματος και οι ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις της συμπεριφοράς. Επίσης το ερωτηματολόγιο αυτό παρέχει πληροφορίες για το φύλο, την ηλικία, τον τόπο καταγωγής, την οικογενειακή και επαγγελματική κατάσταση και το ετήσιο εισόδημα. Εφόσον το σύνολο του ατόμου στις ερωτήσεις που αφορούν τα διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM είναι από 0-2 κατηγοριοποιείται ως «μη παίκτης» ή «παίκτης χωρίς προβλήματα», εφόσον το άθροισμα είναι 3-4 κατηγοριοποιείται ως «υποψήφιος Εθισμένος» (παθολογικός) παίκτης και εφόσον είναι από 5 και πάνω κατηγοριοποιείται ως «Εθισμένος» παθολογικός παίκτης.

4.2.2.β Ερωτηματολόγιο «EAT 26» (Eating Attitudes Test, ερωτηματολόγιο διατροφικών συνηθειών)

Το EAT-26 επιλέχθηκε ως το όργανο ελέγχου που χρησιμοποιείται στο Εθνικό Πρόγραμμα Εξέτασης διαταραχών (1998). Το δεύτερο ερωτηματολόγιο που δόθηκε στους εθελοντές είναι το EAT 26, το οποίο περιέχει ερωτήσεις κλειστού τύπου. Αξίζει να σημειωθεί πως το τεστ είναι ίσως το πιο ευρέως χρησιμοποιούμενο ερωτηματολόγιο με τυποποιημένο τρόπο αποτίμησης των συμπτωμάτων και ανησυχιών, κάτι το οποίο είναι χαρακτηριστικό των διατροφικών διαταραχών. Πολλές μελέτες έχουν διεξαχθεί χρησιμοποιώντας το EAT-26 ως εργαλείο ελέγχου και βασίζονται στην υπόθεση ότι ο έγκαιρος προσδιορισμός μιας διατροφικής

διαταραχής μπορεί να οδηγήσει σε θεραπεία με αποτέλεσμα τη μείωση σωματικών και ψυχολογικών επιπλοκών, ακόμη και του θανάτου. Αποτελείται από 26 προτάσεις-συμπεριφορές, για τις οποίες το άτομο καλείται να δηλώσει τη συχνότητα ή τον βαθμό που η κάθε πρόταση τον απασχολεί. Η ολική βαθμολογία του EAT-26 προκύπτει αθροίζοντας το σύνολο των προτάσεων που το απαρτίζουν με ειδικό κλειδί βαθμολόγησης. Οι 26 ερωτήσεις πέραν του ότι αποτελούν το σύνολο του ερωτηματολογίου χωρίζονται σε 3 ξεχωριστές υποκλίμακες (subscales), όπου η κάθε πρόταση ανήκει σε μια και μόνο υποκλίμακα, οι οποίες είναι οι εξής: «ενασχόληση με δίαιτες αδυνατίσματος» (dieting), «βουλιμία και ενασχόληση με το φαγητό» (bulimia and food preoccupation) και «αυτοέλεγχος της τροφής» (oral control). Η βαθμολογία της κάθε υποκλίμακας προκύπτει αθροίζοντας τη βαθμολογία όλων των προτάσεων που την απαρτίζουν. Η υποκλίμακα «ενασχόληση με δίαιτες αδυνατίσματος» (dieting), περιλαμβάνει συμπεριφορές σχετικές με την αποφυγή «παχυντικών» τροφίμων και την ενασχόληση του ατόμου με το σώμα του, σε μια προσπάθεια να γίνει πιο αδύνατο. Η υποκλίμακα «βουλιμία και ενασχόληση με το φαγητό» (bulimia and food preoccupation), περιέχει προτάσεις που υποδηλώνουν έντονο ενδιαφέρον για τα τρόφιμα και το φαγητό καθώς και βουλιμική συμπεριφορά. Τέλος, η υποκλίμακα «αυτοέλεγχος της τροφής» (oral control), περιγράφει τον αυτοέλεγχο της πράξης του φαγητού και τις πιέσεις που δέχεται το άτομο από το περιβάλλον του για να πάρει βάρος. Οι περισσότερες έρευνες των εφήβων ή νεαρών ενήλικων γυναικών που χρησιμοποίησαν το ερωτηματολόγιο δείχνουν ότι περίπου το 15% από την βαθμολογία είναι ίσο ή μεγαλύτερο από 20. Ολική βαθμολογία σε αυτό το ερωτηματολόγιο μεγαλύτερη ή ίση του 20 συνεπάγεται μη φυσιολογική διατροφική συμπεριφορά και εμφάνιση συμπτωμάτων διατροφικών διαταραχών. Το γεγονός αυτό όμως δε σημαίνει ότι το EAT 26 μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη διάγνωση των διατροφικών διαταραχών, αλλά αποτελεί ένα αξιόπιστο εργαλείο για τον εντοπισμό πρωταρχικών περιπτώσεων με συμπτώματα μη ισορροπημένων διατροφικών συνηθειών (Garner, Olmsted, Bohretal, 1982). Συμπερασματικά, το EAT-26 θα πρέπει να αντιμετωπίζεται περισσότερο ως μέτρο αξιολόγησης του ατόμου με το βάρος και το φαγητό.

4.2.2.γ Ερωτηματολόγιο συχνότητας κατανάλωσης τροφίμων (FFQ)

Το τελευταίο ερωτηματολόγιο που έπρεπε να συμπληρωθεί από τους συμμετέχοντες ήταν το ερωτηματολόγιο συχνότητας κατανάλωσης τροφίμων. Με το ερωτηματολόγιο συχνότητας κατανάλωσης τροφίμων αποδίδεται στα ελληνικά ο αγγλικός όρος (food frequency questionnaire) <FFQ>. Μέσω του ερωτηματολογίου αυτού επιδιώκεται ο προσδιορισμός της συχνότητας κατανάλωσης τροφίμων και ποτών για ένα αρκετά μεγάλο διάστημα συνήθως ενός έτους. Τα ερωτηματολόγια συχνότητας κατανάλωσης τροφίμων μπορούν να δώσουν πληροφορίες για τη συνήθη διαιτητική πρόσληψη. Ο στόχος των ερωτηματολογίων κατανάλωσης τροφίμων είναι η αξιολόγηση της συχνότητας με την οποία συγκεκριμένα τρόφιμα ή ομάδες τροφίμων καταναλώνονται κατά την διάρκεια μιας συγκεκριμένης χρονικής περιόδου. Το ερωτηματολόγιο αυτό απαρτίζεται από δύο μέρη: α) μια λίστα τροφίμων και β) μια σειρά από απαντήσεις που αφορούν στη συχνότητα κατανάλωσης των τροφίμων που αναφέρονται στην λίστα. Η λίστα των τροφίμων μπορεί να περιλαμβάνει συγκεκριμένες ομάδες τροφίμων ή συγκεκριμένα τρόφιμα. Όπως το ερωτηματολόγιο που συμπλήρωσαν οι συμμετέχοντες που περιελάμβανε συγκεκριμένες κατηγορίες τροφίμων δηλαδή γλυκά, αλμυρά και ροφήματα. Η λίστα αυτή μπορεί να είναι ιδιαίτερα εκτενής προκειμένου να ληφθεί μια συνολική εικόνα της πρόσληψης τροφίμων ή πιο περιορισμένη, ανάλογα με τα εκάστοτε ερευνητικά ζητούμενα. Συγκεκριμένοι συνδυασμοί τροφίμων μπορούν να συμπεριληφθούν σε ένα τέτοιο ερωτηματολόγιο και μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να εκτιμηθεί η πρόσληψη συγκριμένων θρεπτικών συστατικών, που περιέχονται σε μεγάλες συγκεντρώσεις σε περιορισμένο αριθμό τροφίμων. Όσον αφορά στη συχνότητα κατανάλωσης των τροφίμων, που συνθέτουν την λίστα του ερωτηματολογίου, οι περισσότεροι ερευνητές χρησιμοποιούν ερωτηματολόγια με πολλαπλές επιλογές που κυμαίνονται από πέντε μέχρι δέκα. Ωστόσο σύμφωνα με μία υπόθεση, ένα ερωτηματολόγιο που περιλαμβάνει αρκετές κατηγορίες, φαίνεται ότι παρέχει ακριβέστερες πληροφορίες για την κατανάλωση τροφίμων σε σχέση με άλλα με λιγότερες κατηγορίες. Μπορούν να διακριθούν τρία βασικά είδη ερωτηματολογίων τα απλά ή μη ποσοτικά και τα ημι-ποσοτικά. Επιπλέον, το ερωτηματολόγιο θα πρέπει να περιλαμβάνει απλές και συγκεκριμένες κατηγορίες τροφίμων. Προσχηματισμένες λίστες τροφίμων πρέπει να προτιμούνται, καθώς βοηθούν τον ερωτώμενο να ανακαλεί γρήγορα την κατανάλωση του εκάστοτε τροφίμου. Οι ανοιχτές ερωτήσεις θα πρέπει να αποφεύγονται ενώ η

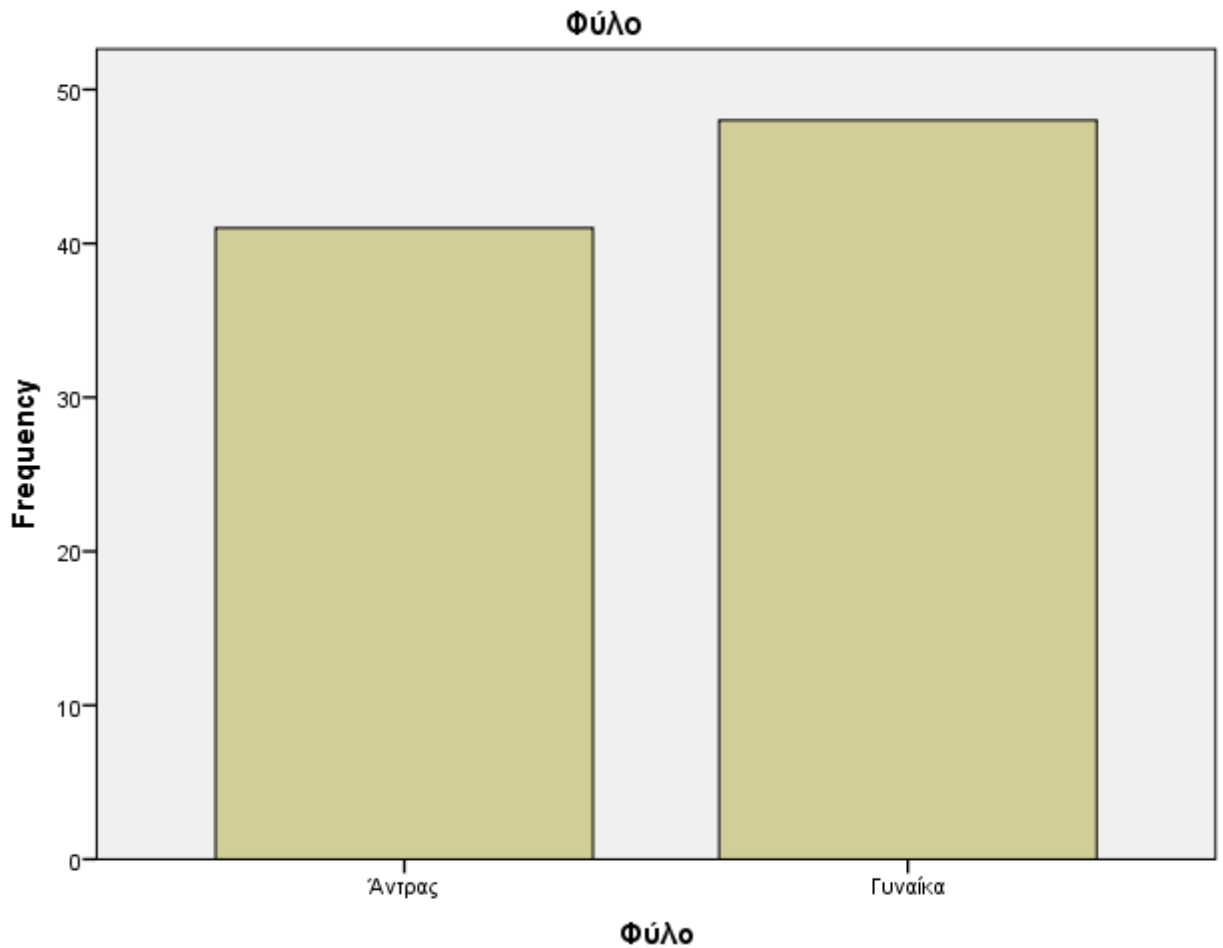
συμπλήρωση του ερωτηματολογίου μπορεί να γίνει σε συνέντευξη ή από τον ίδιο τον ερωτώμενο. Και στις δύο περιπτώσεις απαιτείται ένα τέταρτο με μισή ώρα για να ολοκληρωθεί η συμπλήρωση του. Τέλος, τα αποτελέσματα αντιπροσωπεύουν την συνήθη πρόσληψη των τροφίμων για μια μεγάλη χρονική περίοδο , αλλά δεν μπορεί να προσδιορίσει την κατάσταση θρέψης του ατόμου (Μανιός,2006).

Στατιστική ανάλυση (SPSS)

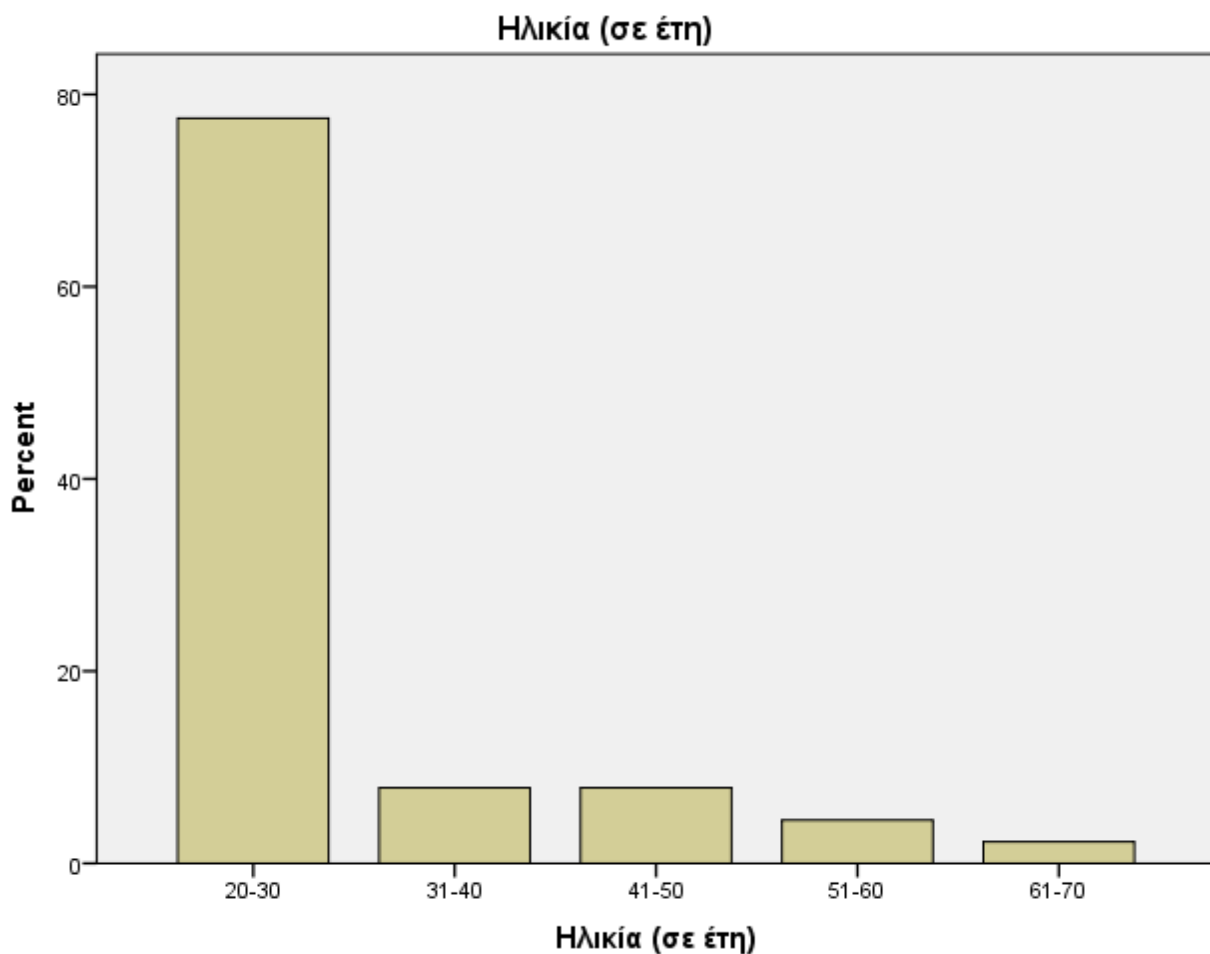
Για τη στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα Statistical Package for the Social Scienses (SPSS) SoftwareVersion 10 for Windows. Αποτελεί το στατιστικό πρόγραμμα που χρησιμοποιείται από τις περισσότερες έρευνες για την ποσοτική ανάλυση των δεδομένων.

5.0. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

5.1 Προφίλ δείγματος



Όπως παρατηρείται από τα στοιχεία του πίνακα 1, η πλειοψηφία των ερωτηθέντων 47,5% είναι γυναίκες έναντι 40,6% που είναι άνδρες.



Αναφορικά με την ηλικιακή δομή του δείγματος, παρατηρείται ότι οι περισσότεροι ερωτώμενοι είναι σε ηλικία μεταξύ 20-30 ετών. Συγκεκριμένα το 68,3% που συμμετείχαν στην έρευνα ανήκουν σε αυτήν την κατηγορία. Το 13,8% των ερωτηθέντων είναι μεταξύ 31-50 χρονών. Το 4% του δείγματος ανήκει στην ηλικιακή ομάδα 51-60 ενώ τέλος το 2% του δείγματος είναι μεταξύ 61-70 χρονών

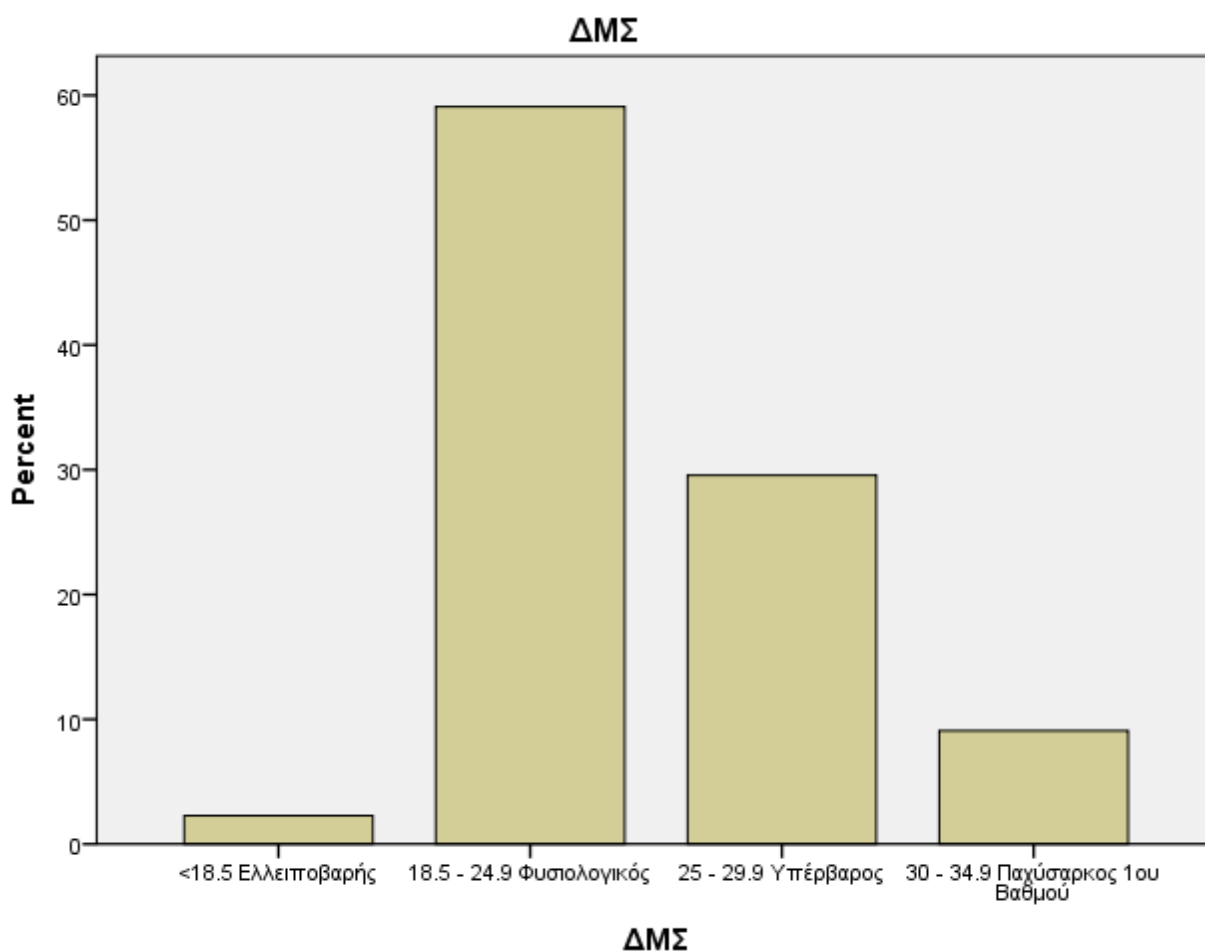
Πίνακας 3 Επαγγελματική Κατάσταση .					
		Συχνότητα	Ποσοστό %	Ποσοστό επί του συνόλου των έγκυρων απαντήσεων v %	Αθροιστικό Ποσοστό %
Valid	Πλήρους απασχόλησης εργασία	19	18.8	21.3	21.3
	Μερικής απασχόλησης εργασία	15	14.9	16.9	38.2
	Οικοκυρικά	1	1.0	1.1	39.3
	Φοιτητής/ Φοιτήτρια	43	42.6	48.3	87.6
	Συνταξιούχος	1	1.0	1.1	88.8
	Άνεργος	9	8.9	10.1	98.9
	Άλλο (προσδιορίστε)	1	1.0	1.1	100.0
	Σύνολο	89	88.1	100.0	
Missing	System	12	11.9		
Total		101	100.0		

Από το πίνακα 3 διαπιστώνουμε ότι τα περισσότερα άτομα που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο είναι φοιτητές συγκεκριμένα το 42,6%. Το 18,8% των ερωτηθέντων έχουν πλήρους απασχόλησης εργασίας , το 14,9 % των συμμετεχόντων έχουν μερικής απασχόλησης εργασίας , το 8,9% δήλωσαν ότι είναι άνεργοι, το 1% ασχολείται με τα οικοκυρικά, ένα άλλο 1% απάντησε άλλο ενώ τέλος το 1% είναι συνταξιούχος.

Πίνακας 4 Μορφωτικό επίπεδο					
		Συχνότητα	Ποσοστό %	Ποσοστό επί του συνόλου των έγκυρων απαντήσεων %	Αθροιστικό Ποσοστό %
Valid	Διδακτορικό Δίπλωμα/ Μεταπτυχιακό	3	3.0	3.4	3.4
	Πτυχίο ΑΕΙ	7	6.9	7.9	11.2
	Πτυχίο ΤΕΙ (ΚΑΤΕ, ΚΑΤΕΕ)	9	8.9	10.1	21.3
	Φοιτητές ΑΕΙ, ΤΕΙ, Ανώτερες Σχολές	46	45.5	51.7	73.0
	Απολυτήριο Λυκείου (ΓΕΛ/ΤΕΛ/ΕΠΑΛ/ΤΕΣ)	22	21.8	24.7	97.8
	Απολυτήριο Γυμνασίου	2	2.0	2.2	100.0
	Σύνολο	89	88.1	100.0	
Missing	System	12	11.9		
Total		101	100.0		

Από το πίνακα 4 συμπεραίνουμε ότι τα περισσότερα άτομα που συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια είναι φοιτητές συγκεκριμένα το 45,5%. Το 21,8% έχουν απολυτήριο λυκείου, το 8,9% έχουν πτυχίο ΤΕΙ ενώ το 6,9% έχουν πτυχίο ΑΕΙ, το 3% των ερωτηθέντων είναι κάτοχοι διδακτορικού/μεταπτυχιακού και τέλος το 2% έχουν απολυτήριο γυμνασίου.

5.2 Σχολιασμός ΔΜΣ γενικού δείγματος



Όπως απεικονίζεται στο παραπάνω πίνακα τα περισσότερα άτομα παρουσιάζουν φυσιολογικό Δείκτη Μάζας Σώματος. Ειδικότερα το 51,5% του συνόλου εμφανίζει ΔΜΣ από 18.5 έως 24.9 και επομένως εντάσσεται στην κατηγορία των ατόμων με φυσιολογικό βάρος. Από την άλλη το 25,7% των ερωτηθέντων είναι υπέρβαροι, το 7,9 % παχύσαρκοι Α' βαθμού και το 2% ελλιποβαρείς.

5.3 Διαταραχές διατροφικών συνηθειών EAT-26

Συνολικό Σκορ EAT-26					
		Συχνότητα	Ποσοστό %	Ποσοστό επί του συνόλου των έγκυρων απαντήσεων %	Αθροιστικό Ποσοστό %
Valid	0-17	69	68.3	78.4	78.4
	18-19 Πιθανότητα Εμφάνισης	5	5.0	5.7	84.1
	>20 Διατροφική Διαταραχή	14	13.9	15.9	100.0
	Σύνολο	88	87.1	100.0	
Missing	System	13	12.9		
Total		101	100.0		

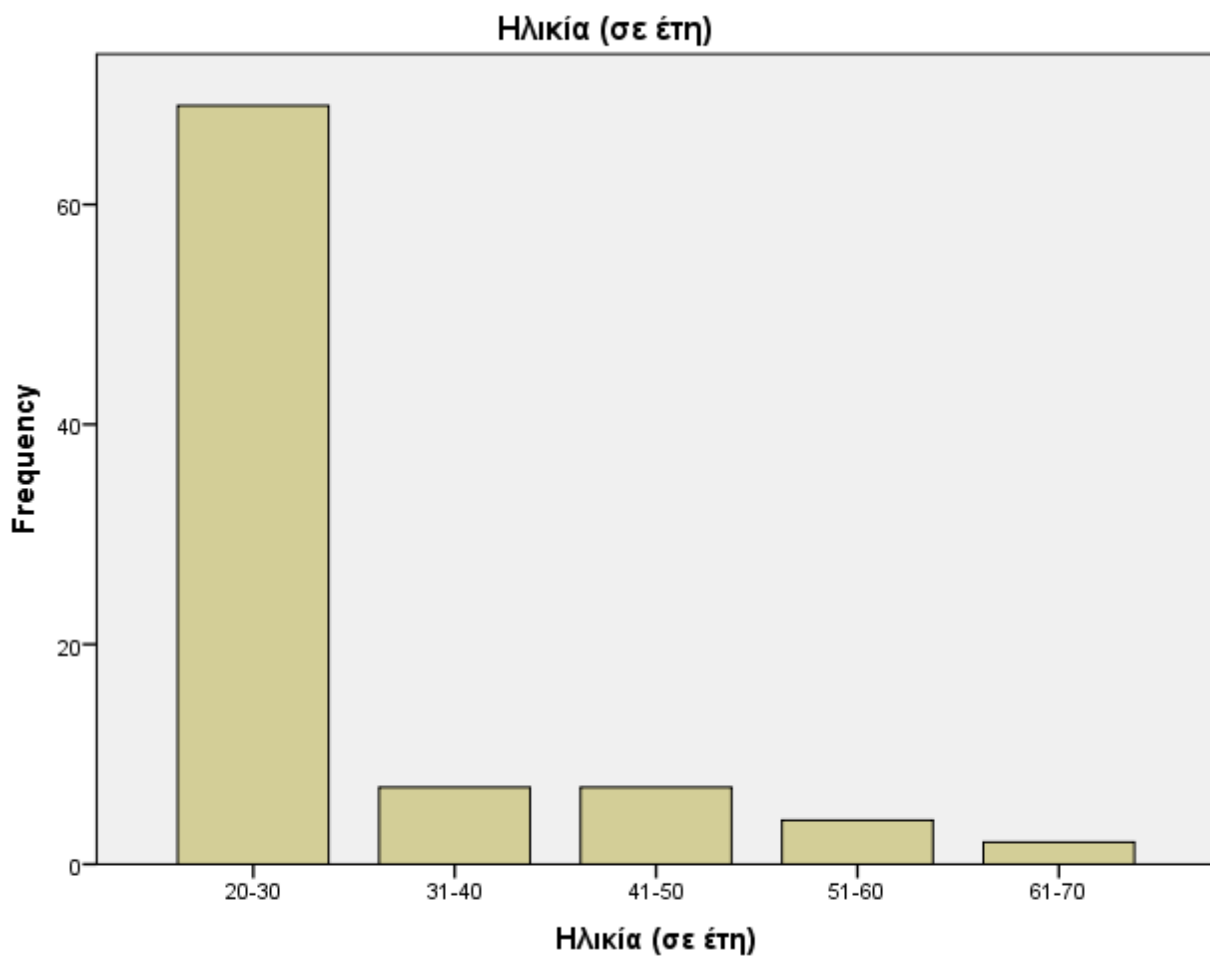
Από τα αποτελέσματα της έρευνας προκύπτει πως τα άτομα του δείγματος δεν εμφανίζουν ιδιαίτερα συμπτώματα Διαταραγμένων Διατροφικών Συνηθειών. Ειδικότερα το 68,3% των ερωτηθέντων εμφανίζει σκορ 0-17, το 5% των ερωτηθέντων εμφανίζει μειωμένη πιθανότητα ανάπτυξης Διατροφικών Διαταραχών και το 13,9% αυξημένη πιθανότητα (>20).

6.ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΙΚΤΕΣ

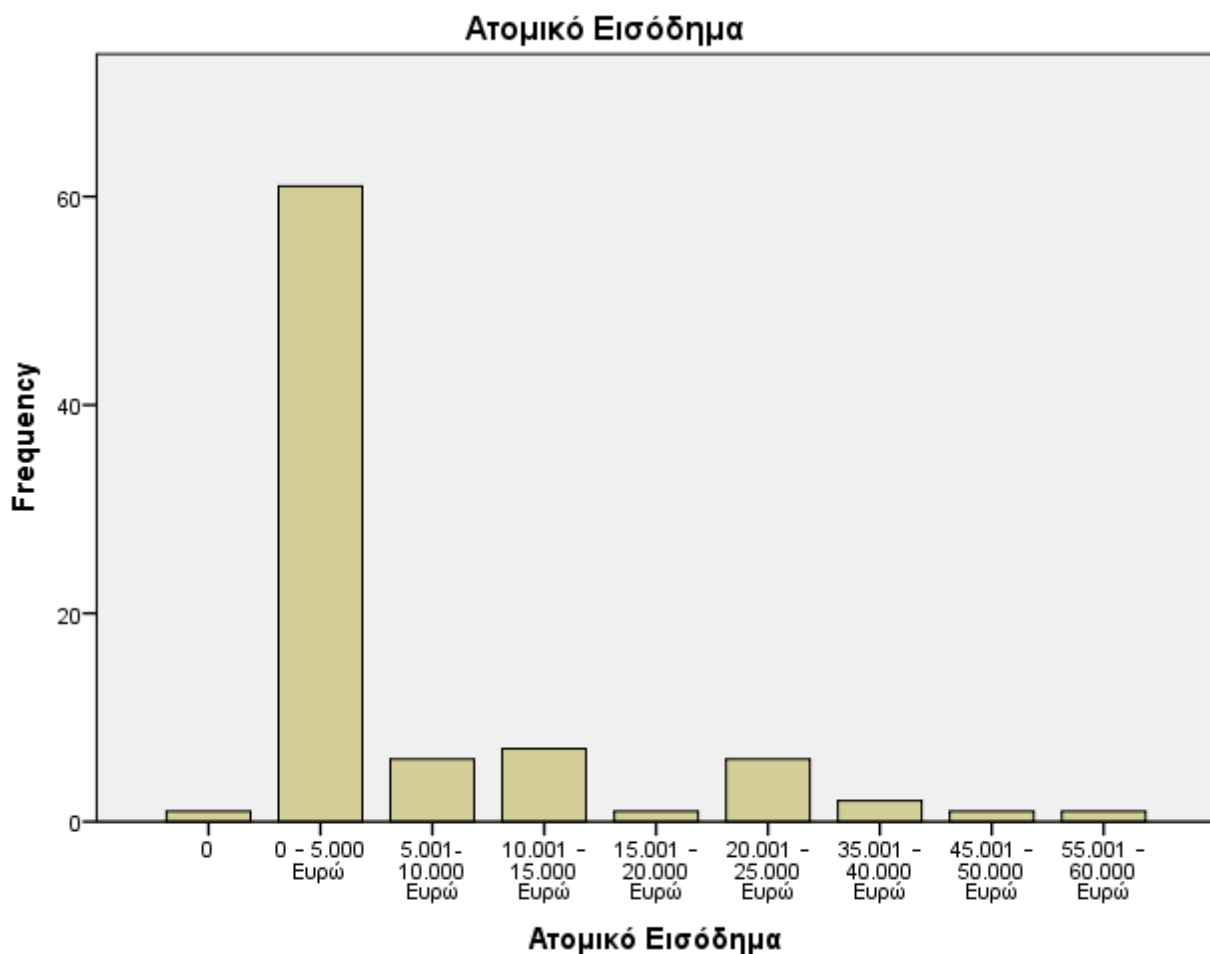
6.1 Προφίλ παθολογικών παικτών

Πίνακας 1 Φύλο					
		Συχνότητα	Ποσοστό %	Ποσοστό επί του συνόλου των έγκυρων απαντήσεων %	Αθροιστικό Ποσοστό %
Valid	Άντρας	28	68.3	68.3	68.3
	Γυναίκα	13	31.7	31.7	100.0
	Σύνολο	41	100.0	100.0	

Από τα 89 άτομα που συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια και συμμετείχαν στην έρευνα τα 41 άτομα, ασχολούνται με τα τυχερά παιχνίδια. Συγκεκριμένα 28 άνδρες (68,3%) και 13 γυναίκες (31,7%).

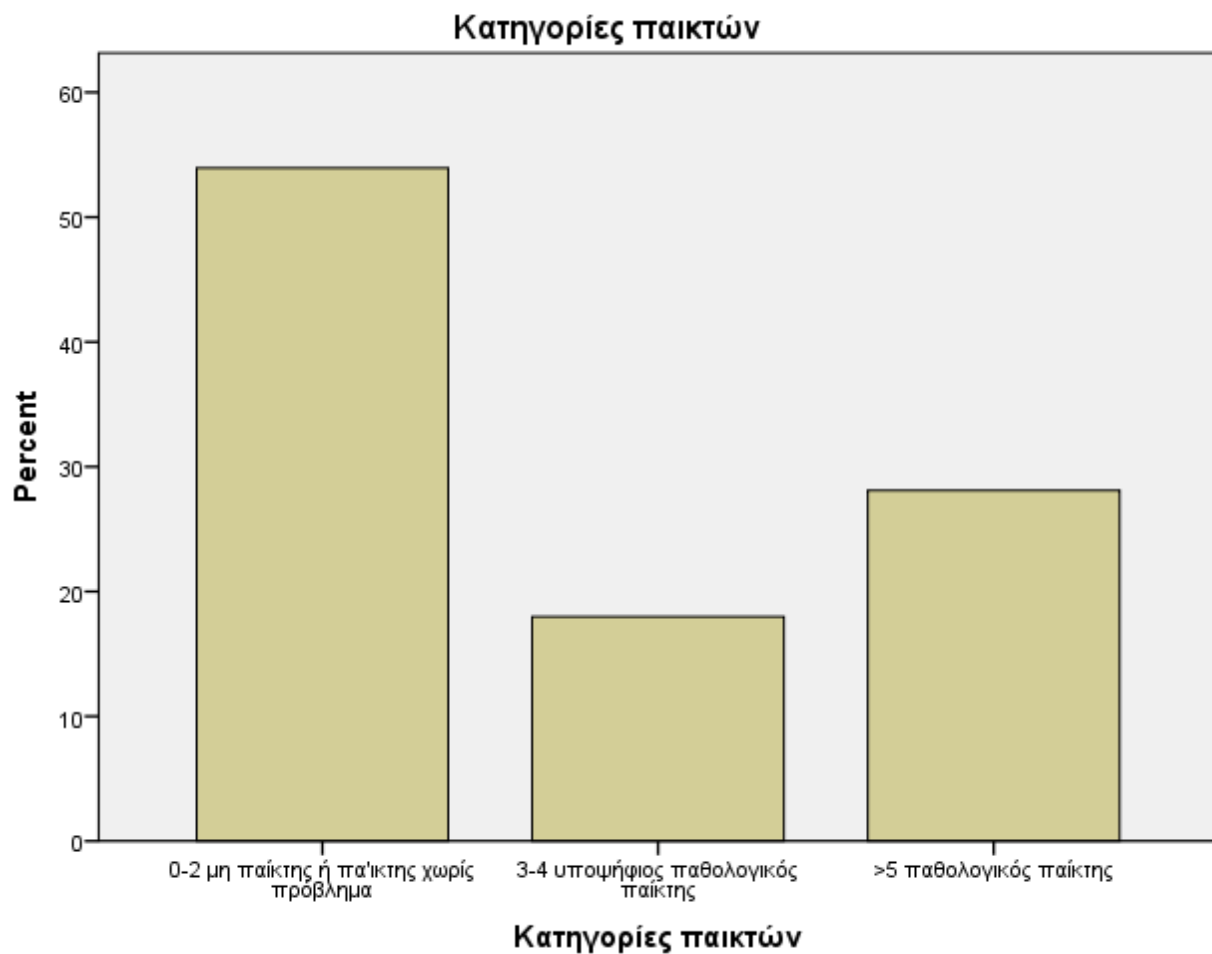


Αναφορικά με την ηλικιακή δομή του δείγματος, παρατηρείται πως οι περισσότεροι ερωτώμενοι που ασχολούνται με τα τυχερά παιχνίδια είναι σε ηλικία μεταξύ 20-30 ετών. Συγκεκριμένα, το 63,4% των ερωτηθέντων ανήκουν σε αυτή την ηλικιακή κατηγορία. Το 14,6 % ανήκει στην ηλικιακή ομάδα 41-50. Το 9,8% ανήκει στην ηλικιακή ομάδα 31-40. Το 7,3% στην ηλικιακή ομάδα 51-60 και τέλος το 4,9% στην ηλικιακή ομάδα 61-70.



Από το πίνακα 3 διαπιστώνουμε ότι το 63,4% των ερωτηθέντων που είναι και η πλειοψηφία του δείγματος το ατομικό τους εισόδημα κυμαίνεται από 0-5.000ευρώ. Ακολουθεί το 12,2% που έχει ατομικό εισόδημα 20.001-25.000ευρώ. Το 7,3 % έχει εισόδημα από 5.001 μέχρι 15.000 ευρώ. Το 4,9% του δείγματος έχει ατομικό εισόδημα από 35.001-40.000ευρώ. 15.001-20.000 ευρώ έχει το 2,4% και τέλος από 55.001-60.000 ευρώ έχει ένα άλλο 2,4% του δείγματος.

6.2 Κατηγορίες παικτών



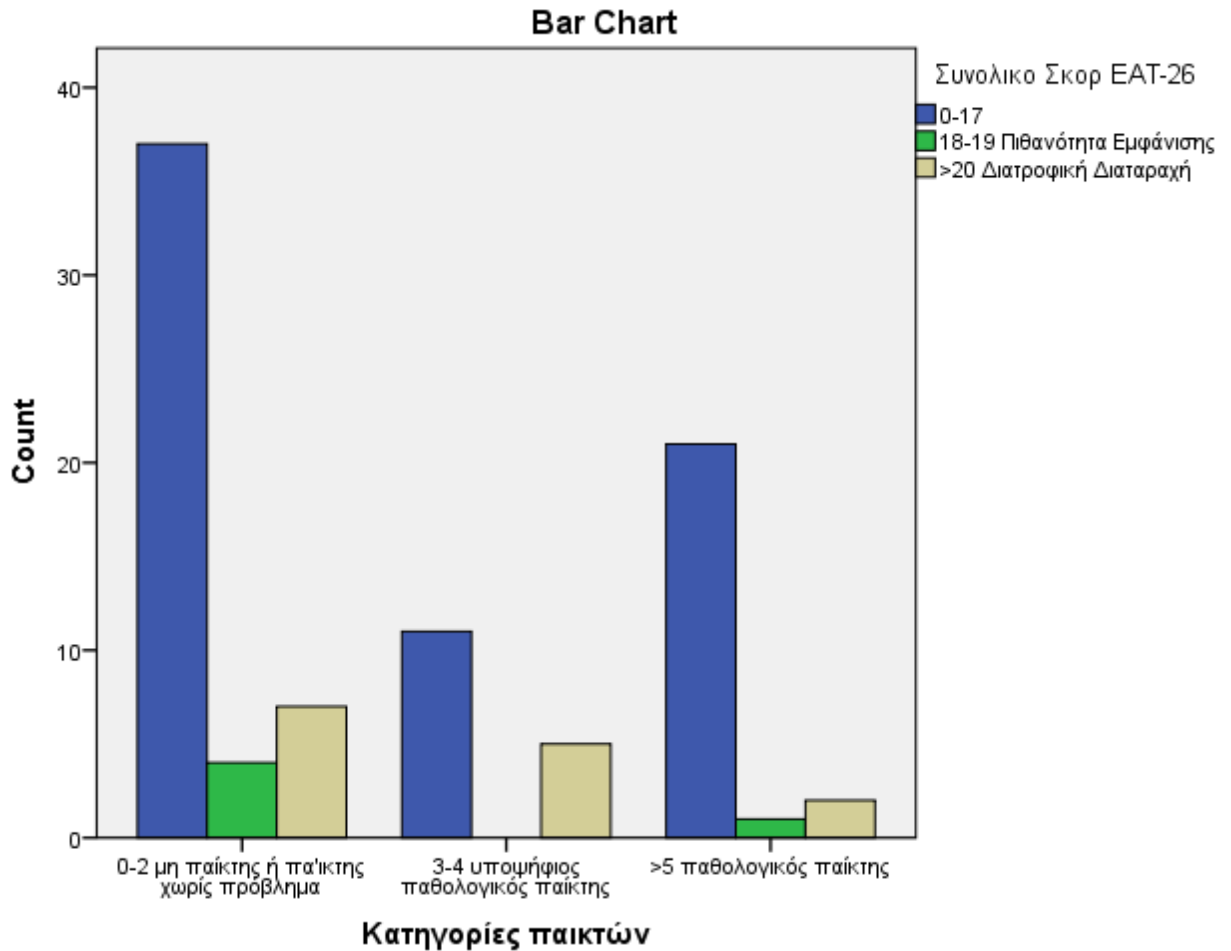
Με βάση τον παραπάνω πίνακα διαπιστώνουμε ότι το 47,5% των ερωτηθέντων είναι παίκτες χωρίς πρόβλημα. Το 15,8% είναι υποψήφιοι παθολογικοί παίκτες και τέλος το 24,8% είναι παθολογικοί παίκτες.

6.3 Σχολιασμός ΔΜΣ ατόμων που ασχολούνται με τα τυχερά παιχνίδια

ΔΜΣ					
		Συχνότητα	Ποσοστό %	Ποσοστό επί του συνόλου των έγκυρων απαντήσεων %	Αθροιστικό Ποσοστό %
Valid	<18.5 Ελλιποβαρής	1	2.4	2.5	2.5
	18.5 - 24.9 Φυσιολογικός	21	51.2	52.5	55.0
	25 - 29.9 Υπέρβαρος	14	34.1	35.0	90.0
	30 - 34.9 Παχύσαρκος Ιου Βαθμού	4	9.8	10.0	100.0
	Σύνολο	40	97.6	100.0	
Missing	System	1	2.4		
Total		41	100.0		

Όπως απεικονίζεται στο παραπάνω πίνακα τα περισσότερα άτομα που ασχολούνται με τα τυχερά παιχνίδια παρουσιάζουν φυσιολογικό Δείκτη Μάζας Σώματος. Ειδικότερα το 51,2% του συνόλου εμφανίζει ΔΜΣ από 18.5 έως 24.9 και επομένως εντάσσεται στην κατηγορία των ατόμων με φυσιολογικό βάρος. Από την άλλη το 34,1% των ερωτηθέντων είναι υπέρβαροι, το 9,8% είναι παχύσαρκοι Α' βαθμού και τέλος το 2,4% ελλιποβαρείς.

6.4 Διαταραχές διατροφικών συνηθειών EAT-26 υποψήφιων παθολογικών παικτών και παθολογικών παικτών



Από τους 48 μη παίκτες ή παίκτες χωρίς πρόβλημα το 77,1% (37 άτομα) έχει χαμηλό σκορ που δείχνει πως δεν υπάρχει μεγάλη πιθανότητα εμφάνισης διατροφικών διαταραχών, το 8,3% (4 άτομα) έχει πιθανότητα εμφάνισης διατροφικών διαταραχών και το 14,6% (7 άτομα) έχουν κάποια πιθανή διατροφική διαταραχή. Από τους 16 υποψήφιους παθολογικούς παίκτες το 68,8% (11 άτομα) έχει χαμηλό σκορ που δείχνει πως δεν υπάρχει μεγάλη πιθανότητα εμφάνισης διατροφικών διαταραχών, το 0% έχει πιθανότητα εμφάνισης διατροφικών διαταραχών και το 31,3% (5 άτομα)

έχουν κάποια πιθανή διατροφική διαταραχή. Από τους 24 παθολογικούς παίκτες το 87,5% (21 άτομα) έχουν χαμηλό σκορ που δείχνει πως δεν υπάρχει μεγάλη πιθανότητα εμφάνισης διατροφικών διαταραχών, το 4,2% (1 άτομο) έχει πιθανότητα εμφάνισης διατροφικών διαταραχών και το 8,3% (2 άτομα) έχουν κάποια πιθανή διατροφική διαταραχή.

Τεστ χ^2

	Τεστ χ^2		
	Τιμή	Βαθμοί Ελευθερίας Df	Ασυμπτωματική Σημαντικότητα
Pearson χ^2	5.340 ^a	4	.254
Λόγος Πιθανοφάνειας	5.844	4	.211
Linear-by-Linear Association	.437	1	.508
N Έγκυρων Περιπτώσεων	88		

a. 5 κελιά (55.6%) έχουν θεωρητική συχνότητα λιγότερα από 5. Η ελάχιστη συχνότητα είναι 0.91.

Δεν υπάρχει στατιστικά διαφορά μεταξύ κατηγορίας παικτών και εμφάνισης κάποιας διατροφικής διαταραχής ($p=0,254$)

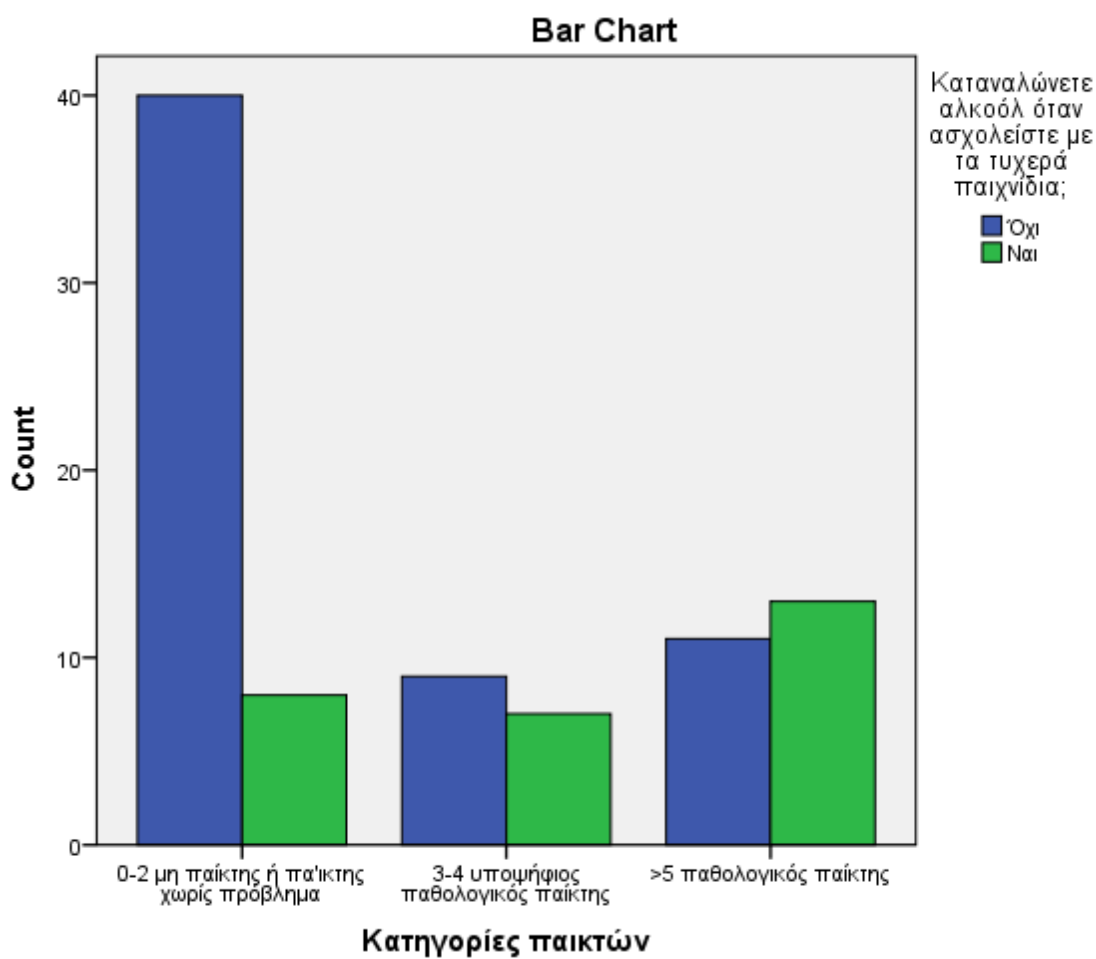
7. ΑΛΚΟΟΛ-ΟΥΣΙΕΣ-ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Όπως είδαμε στο θεωρητικό μέρος τα τυχερά παιχνίδια σχετίζονται με τις καταχρήσεις καθώς και η παθολογική ενασχόληση με τα τυχερά παιχνίδια είναι συμπεριφοριστική εξάρτηση. Έτσι από το ερωτηματολόγιο βασισμένο στα διαγνωστικά κριτήρια DSM-IV απομονώσαμε ερωτήσεις που σχετίζονται με την ενασχόληση με τον παθολογικό τζόγο και τις καταχρήσεις.

7.1 Αλκοόλ

Κατηγορίες παικτών * Καταναλώνετε αλκοόλ όταν ασχολείστε με τα τυχερά παιχνίδια; Crosstabulation

			Καταναλώνετε αλκοόλ όταν ασχολείστε με τα τυχερά παιχνίδια;		Total
			Όχι	Ναι	
Κατηγορίες παικτών	0-2 μη παίκτης ή παίκτης χωρίς πρόβλημα	Count	40	8	48
		% within Κατηγορίες παικτών	83.3%	16.7%	100.0%
	3-4 υποψήφιος παθολογικός παίκτης	Count	9	7	16
		% within Κατηγορίες παικτών	56.3%	43.8%	100.0%
	>5 παθολογικός παίκτης	Count	11	13	24
		% within Κατηγορίες παικτών	45.8%	54.2%	100.0%
Total		Count	60	28	88
		% within Κατηγορίες παικτών	68.2%	31.8%	100.0%



Από την ανάλυση προκύπτει πως από τους 48 παίκτες χωρίς πρόβλημα το 83,3% (40 άτομα) δεν καταναλώνει αλκοόλ, έναντι του 16,7% (8 άτομα) που καταναλώνει. Από τους 16 υπονήφιους παθολογικούς παίκτες το 56,3% (9 άτομα) δεν καταναλώνει αλκοόλ, έναντι του 43,8% (7 άτομα) που καταναλώνει. Τέλος, από τους 24 παθολογικούς παίκτες το 45,8% (11 άτομα) δεν καταναλώνει αλκοόλ, έναντι του 54,2% (13 άτομα) που καταναλώνει αλκοόλ.

Τεστ χ^2

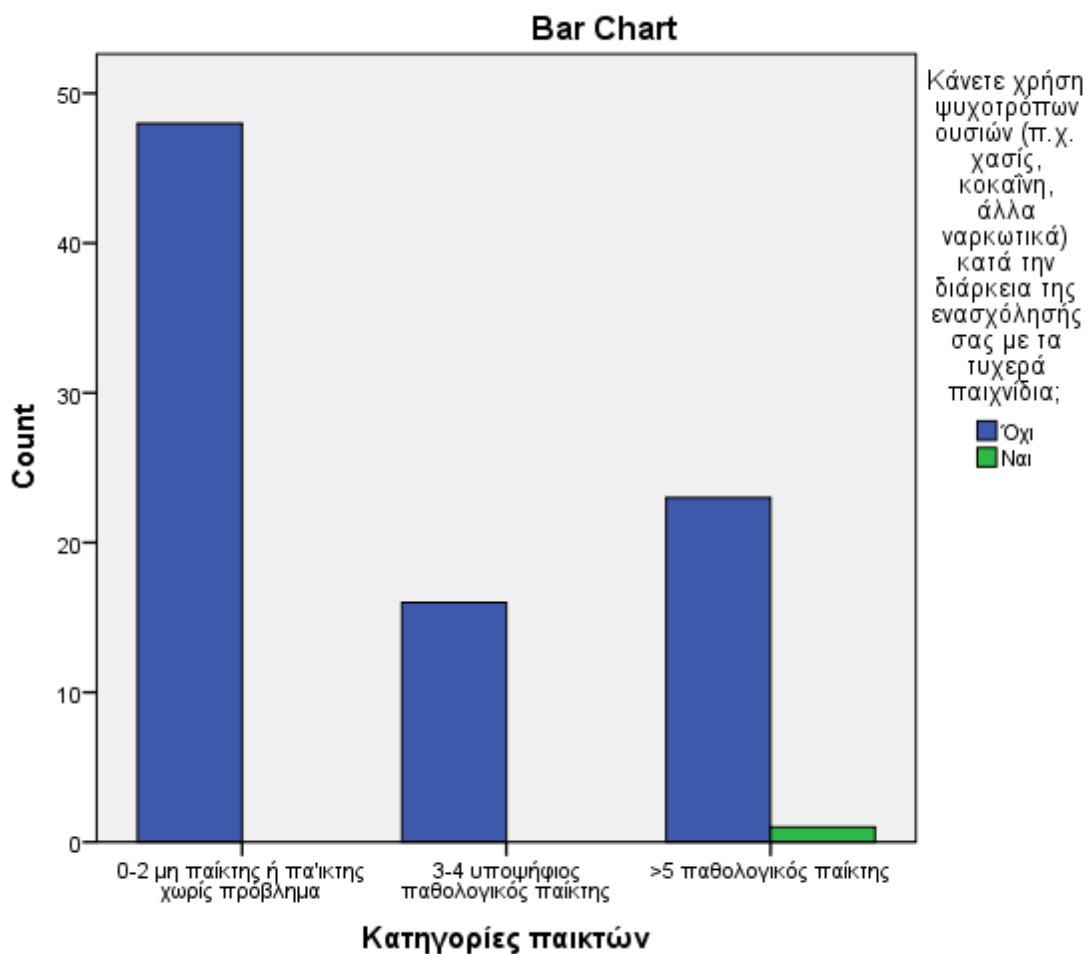
	Τιμή	Βαθμοί Ελευθερίας Df	Ασυμπτωματική Σημαντικότητα
Pearson χ^2	11.655 ^a	2	.003
Λόγος Πιθανοφάνειας	11.798	2	.003
Linear-by-Linear Association	11.117	1	.001
N Έγκυρων Περιπτώσεων	88		

a. 0 κελιά (0.0%) έχουν θεωρητική συχνότητα λιγότερο από 5. Η ελάχιστη θεωρητική συχνότητα είναι 5.09.

Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των κατηγοριών παικτών και του αλκοόλ ($p=0,003$). Συνεπώς, όσο μεγαλύτερη είναι η παθολογία του παίκτη, τόσο μεγαλύτερη είναι η κατανάλωση αλκοόλ.

7.2 Ουσίες

Κατηγορίες παικτών * Κάνετε χρήση ψυχοτρόπων ουσιών (π.χ. χασίς, κοκαΐνη, άλλα ναρκωτικά) κατά την διάρκεια της ενασχόλησής σας με τα τυχερά παιχνίδια; Crosstabulation					
		Κάνετε χρήση ψυχοτρόπων ουσιών (π.χ. χασίς, κοκαΐνη, άλλα ναρκωτικά) κατά την διάρκεια της ενασχόλησής σας με τα τυχερά παιχνίδια;			
			Όχι	Ναι	Total
Κατηγορίες παικτών	0-2 μη παίκτης ή παίκτης χωρίς πρόβλημα	Count	48	0	48
		% within Κατηγορίες παικτών	100.0%	0.0%	100.0%
	3-4 υποψήφιος παθολογικός παίκτης	Count	16	0	16
		% within Κατηγορίες παικτών	100.0%	0.0%	100.0%
	>5 παθολογικός παίκτης	Count	23	1	24
		% within Κατηγορίες παικτών	95.8%	4.2%	100.0%
	Total	Count	87	1	88
		% within Κατηγορίες παικτών	98.9%	1.1%	100.0%



Από τους 48 μη παίκτης ή παίκτης χωρίς πρόβλημα το 100% (48 άτομα) δεν κάνουν χρήση ψυχοτρόπων ουσιών.

Από τους 16 υποψήφιους παθολογικούς παίκτης το 100% (16 άτομα) δεν κάνουν χρήση ψυχοτρόπων ουσιών.

Από τους 24 παθολογικούς παίκτης το 95,8% (23 άτομα) δεν κάνουν χρήση ψυχοτρόπων ουσιών, ενώ το 4,2% (1 άτομο) κάνει χρήση ψυχοτρόπων ουσιών.

Τεστ χ^2

	Τιμή	Βαθμοί Ελευθερίας Df	Ασυμπτωματική Σημαντικότητα
Pearson χ^2	2.697 ^a	2	.260
Λόγος Πιθανοφάνειας	2.629	2	.269
Linear-by-Linear Association	2.178	1	.140
N Έγκυρων Περιπτώσεων	88		

a. 3 κελιά (50.0%) έχουν θεωρητική συχνότητα λιγότερη από 5. Η ελάχιστη θεωρητική συχνότητα είναι 0.18.

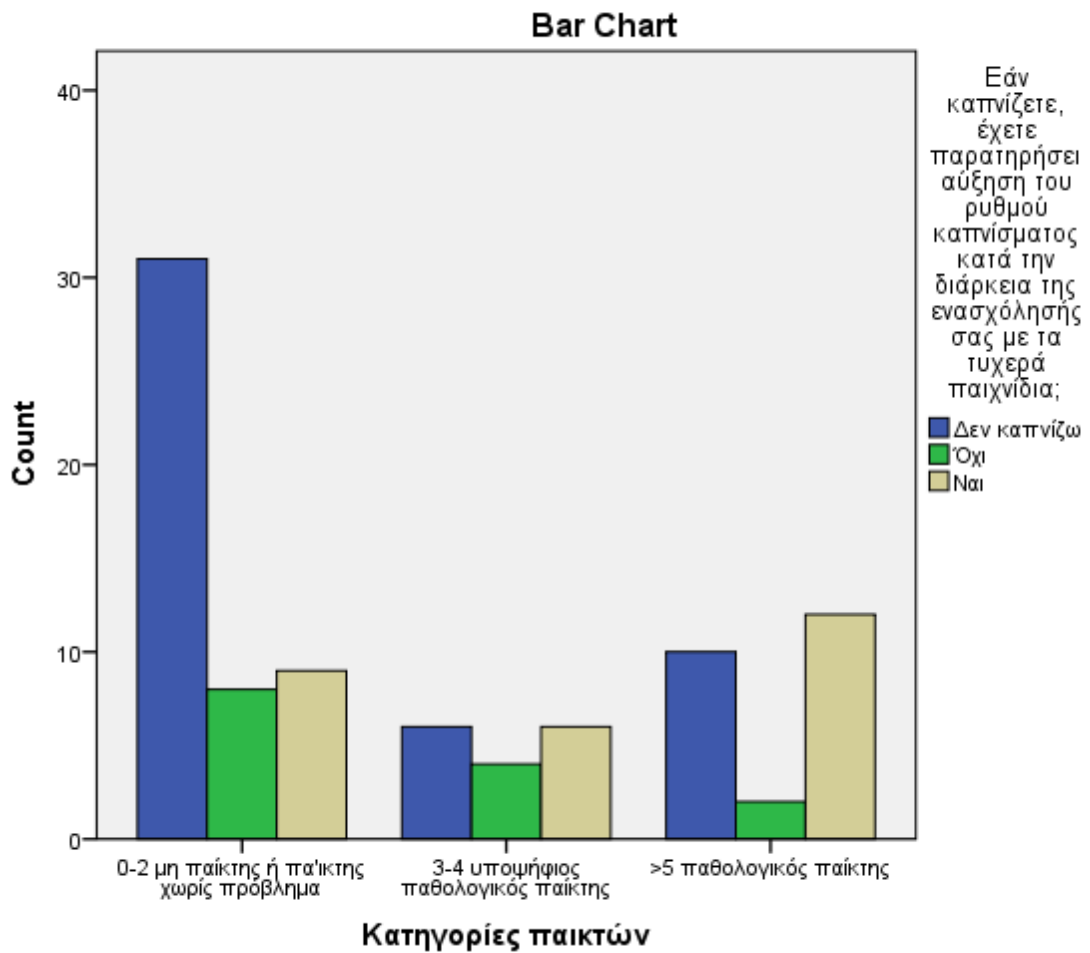
Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της παθολογίας των παικτών και της χρήσης ψυχοτρόπων ουσιών ($p=0,290$).

7.3 Κάπνισμα

Κατηγορίες παικτών * Εάν καπνίζετε, έχετε παρατηρήσει αύξηση του ρυθμού καπνίσματος κατά την διάρκεια της ενασχόλησής σας με τα τυχερά παιχνίδια; Crosstabulation

		Εάν καπνίζετε, έχετε παρατηρήσει αύξηση του ρυθμού καπνίσματος κατά την διάρκεια της ενασχόλησής σας με τα τυχερά παιχνίδια;			Total	
		Δεν καπνίζω	Όχι	Ναι		
Κατηγορίες παικτών	0-2 μη παίκτης ή παίκτης χωρίς πρόβλημα	Count	31	8	9	48
		% within Κατηγορίες παικτών	64.6%	16.7%	18.8%	100.0%
	3-4 υποψήφιος παθολογικός παίκτης	Count	6	4	6	16
		% within Κατηγορίες παικτών	37.5%	25.0%	37.5%	100.0%
	>5 παθολογικός παίκτης	Count	10	2	12	24
		% within Κατηγορίες παικτών	41.7%	8.3%	50.0%	100.0%
Total		Count	47	14	27	88

	% within Κατηγορίες παικτών	53.4%	15.9%	30.7%	100.0%
--	-----------------------------------	-------	-------	-------	--------



Από τους 48 μη παίκτες ή παίκτες χωρίς πρόβλημα, το 64,6% (31 άτομα) δεν καπνίζει, το 16,7% (8 άτομα) δεν έχει παρατηρήσει αύξηση του ρυθμού καπνίσματος και το 18,8% (9 άτομα) έχει παρατηρήσει αύξηση.

Από τους 16 υποψήφιους παθολογικούς παίκτες, το 37,5% (6 άτομα) δεν καπνίζουν, το 25% (4 άτομα) δεν έχουν παρατηρήσει αύξηση του ρυθμού καπνίσματος και το 37,5% (6 άτομα) έχουν παρατηρήσει αύξηση.

Από τους 24 παθολογικούς παίκτες, το 41,7% δεν καπνίζει, το 8,3% (2 άτομα) δεν έχει παρατηρήσει αύξηση του ρυθμού καπνίσματος και το 50% (12 άτομα) έχουν παρατηρήσει αύξηση.

Τεστ χ^2

	Τιμή	Βαθμοί Ελευθερίας Df	Ασυμπτωματική Σημαντικότητα
Pearson χ^2	9.603 ^a	4	.048
Λόγος Πιθανοφάνειας	9.607	4	.048
Linear-by-Linear Association	6.582	1	.010
N Έγκυρων Περιπτώσεων	88		

a. 3 κελιά(33.3%) έχουν θεωρητική συχνότητα λιγότερη από 5. Η ελάχιστη συχνότητα είναι 2.55.

Δεν υπάρχει στατιστικά διαφορά μεταξύ των παικτών και της αύξησης του ρυθμού καπνίσματος ($p=0,048$).

8. ΔΙΑΤΡΟΦΗ- ΦΥΣΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ

Από το ερωτηματολόγιο βασισμένο στα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-IV απομονώσαμε κάποιες ερωτήσεις που είχαν να κάνουν με την διατροφή και την φυσική δραστηριότητα για να δούμε κατά πόσο συνδέονται με τα τυχερά παιχνίδια. Οι ερωτήσεις που απομονώθηκαν καθώς και τα αποτελέσματα που βγάλαμε παρατίθενται παρακάτω.

8.1 Φυσική Δραστηριότητα

Κατηγορίες παικτών * Έχετε παρατηρήσει κάποια μείωση στο επίπεδο της φυσικής σας δραστηριότητας μετά την έναρξη της ενασχόλησής σας με τα τυχερά παιχνίδια; Crosstabulation

		Έχετε παρατηρήσει κάποια μείωση στο επίπεδο της φυσικής σας δραστηριότητας μετά την έναρξη της ενασχόλησής σας με τα τυχερά παιχνίδια;		Total	
		Όχι	Ναι		
Κατηγορίες παικτών	0-2 μη παίκτης ή παίκτης χωρίς πρόβλημα	Count	43	4	47
		% within Κατηγορίες παικτών	91.5%	8.5%	100.0%
	3-4 υποψήφιος παθολογικός παίκτης	Count	13	3	16
		% within Κατηγορίες παικτών	81.3%	18.8%	100.0%
	>5 παθολογικός παίκτης	Count	16	8	24
		% within Κατηγορίες παικτών	66.7%	33.3%	100.0%

Total	Count	72	15	87
	% within Κατηγορίες παικτών	82.8%	17.2%	100.0%

Από τους 47 μη παίκτες ή παίκτες χωρίς πρόβλημα το 91,5% (43 άτομα) δεν έχει παρατηρήσει μείωση στο επίπεδο φυσικής δραστηριότητας, ενώ το 8,5% (4 άτομα) έχει παρατηρήσει μείωση στην φυσική δραστηριότητα.

Από τους 16 υποψήφιους παθολογικούς παίκτες το 81,3% (13 άτομα) δεν έχει παρατηρήσει μείωση στην φυσική δραστηριότητα, ενώ το 18,8% (3 άτομα) έχει παρατηρήσει μείωση.

Από τους 24 παθολογικούς παίκτες το 66,7% (16 άτομα) δεν έχει παρατηρήσει μείωση στην φυσική δραστηριότητα, ενώ το 33,3% (8 άτομα) έχει παρατηρήσει μείωση.

Τεστ χ^2

	Τιμή	Βαθμοί Ελευθερίας Df	Ασυμπτωματική ή Σημαντικότητα
Pearson χ^2	6.892 ^a	2	.032
Λόγος Πιθανοφάνειας	6.631	2	.036
Linear-by-Linear Association	6.771	1	.009
N Έγκυρων Περιπτώσεων	87		

a. 2 κελιά (33.3%) έχουν θεωρητική συχνότητα λιγότερη από

5. Η ελάχιστη συχνότητα είναι 2.76.

Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των παικτών και της μείωσης φυσικής δραστηριότητας ($p=0,032$). Συνεπώς, όσο αυξάνεται η παθολογία του παίκτη, τόσο μεγαλύτερη μείωση παρατηρείται στην φυσική δραστηριότητα.

8.2 Διατροφή

Κατηγορίες παικτών * Έχετε παρατηρήσει κάποια αύξηση στην κατανάλωση γλυκών ή αλμυρών τροφίμων κατά την διάρκεια της ενασχόλησης σας με τα τυχερά παιχνίδια. Crosstabulation

		Έχετε παρατηρήσει κάποια αύξηση στην κατανάλωση γλυκών ή αλμυρών τροφίμων κατά την διάρκεια της ενασχόλησης σας με τα τυχερά παιχνίδια.			
		Όχι	Ναι	Total	
Κατηγορίες παικτών	0-2 μη παίκτης ή παίκτης χωρίς πρόβλημα	Count	42	6	48
		% within Κατηγορίες παικτών	87.5%	12.5%	100.0%
	3-4 υποψήφιος παθολογικός παίκτης	Count	10	6	16
		% within Κατηγορίες παικτών	62.5%	37.5%	100.0%
	>5 παθολογικός παίκτης	Count	18	6	24
		% within Κατηγορίες παικτών	75.0%	25.0%	100.0%
Total		Count	70	18	88
		% within Κατηγορίες παικτών	79.5%	20.5%	100.0%

Από τους 48 μη παίκτες ή παίκτες χωρίς πρόβλημα το 87,% (42 άτομα) δεν έχει παρατηρήσει αύξηση σε κατανάλωση γλυκών ή αλμυρών, ενώ το 12,5% (6 άτομα) έχει παρατηρήσει αύξηση.

Από τους 16 υποψήφιους παθολογικούς παίκτες το 62,5% (10 άτομα) δεν έχει παρατηρήσει αύξηση σε κατανάλωση γλυκών ή αλμυρών, ενώ το 37,5% (6 άτομα) έχει παρατηρήσει αύξηση.

Από τους 24 παθολογικούς παίκτες το 75% δεν έχει παρατηρήσει αύξηση γλυκών ή αλμυρών , ενώ το 25% (6 άτομα) έχει παρατηρήσει αύξηση.

Τεστ χ^2

	Τιμή	Βαθμοί Ελευθερίας Df	Ασυμπτωματική Σημαντικότητα
Pearson χ^2	5.029 ^a	2	.081
Λόγος Πιθανοφάνειας	4.837	2	.089
Linear-by-Linear Association	2.237	1	.135
N Έγκυρων Περιπτώσεων	88		

a. 2 κελιά(33.3%) έχουν θεωρητική συχνότητα λιγότερη από 5. Η ελάχιστη συχνότητα είναι 3.27.

Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική μεταξύ των παικτών και της αύξησης κατανάλωσης γλυκών ή αλμυρών κατά την ενασχόληση με τυχερά παιχνίδια (p=0.081).

Κατηγορίες παικτών * Έχετε παρατηρήσει κάποια διαφορά στην διατροφή σας κατά την διάρκεια της ενασχόλησής σας με τα τυχερά παιχνίδια;

Crosstabulation

		Έχετε παρατηρήσει κάποια διαφορά στην διατροφή σας κατά την διάρκεια της ενασχόλησής σας με τα τυχερά παιχνίδια;		Total	
		Όχι	Ναι		
Κατηγορίες παικτών	0-2 μη παίκτης ή παίκτης χωρίς πρόβλημα	Count	43	5	48
		% within Κατηγορίες παικτών	89.6%	10.4%	100.0%
	3-4 υποψήφιος παθολογικός παίκτης	Count	11	5	16
		% within Κατηγορίες παικτών	68.8%	31.3%	100.0%
	>5 παθολογικός παίκτης	Count	19	5	24
		% within Κατηγορίες παικτών	79.2%	20.8%	100.0%
Total		Count	73	15	88
		% within Κατηγορίες παικτών	83.0%	17.0%	100.0%

Από τους 48 μη παίκτες ή παίκτες χωρίς πρόβλημα το 89,6% (43 άτομα) δεν έχουν παρατηρήσει κάποια διαφορά στην διατροφή τους, ενώ το 10,4% (5 άτομα) έχουν παρατηρήσει διαφορά.

Από τους 16 υποψήφιους παθολογικούς παίκτες το 68,8% (11 άτομα) δεν έχουν παρατηρήσει κάποια διαφορά στην διατροφή τους, ενώ το 31,3% (5 άτομα) έχουν παρατηρήσει διαφορά.

Από τους 24 παθολογικούς παίκτες το 79,2% (19 άτομα) δεν έχουν παρατηρήσει κάποια διαφορά στην διατροφής τους, ενώ το 20,8% (5 άτομα) έχουν παρατηρήσει διαφορά.

Τεστ χ^2

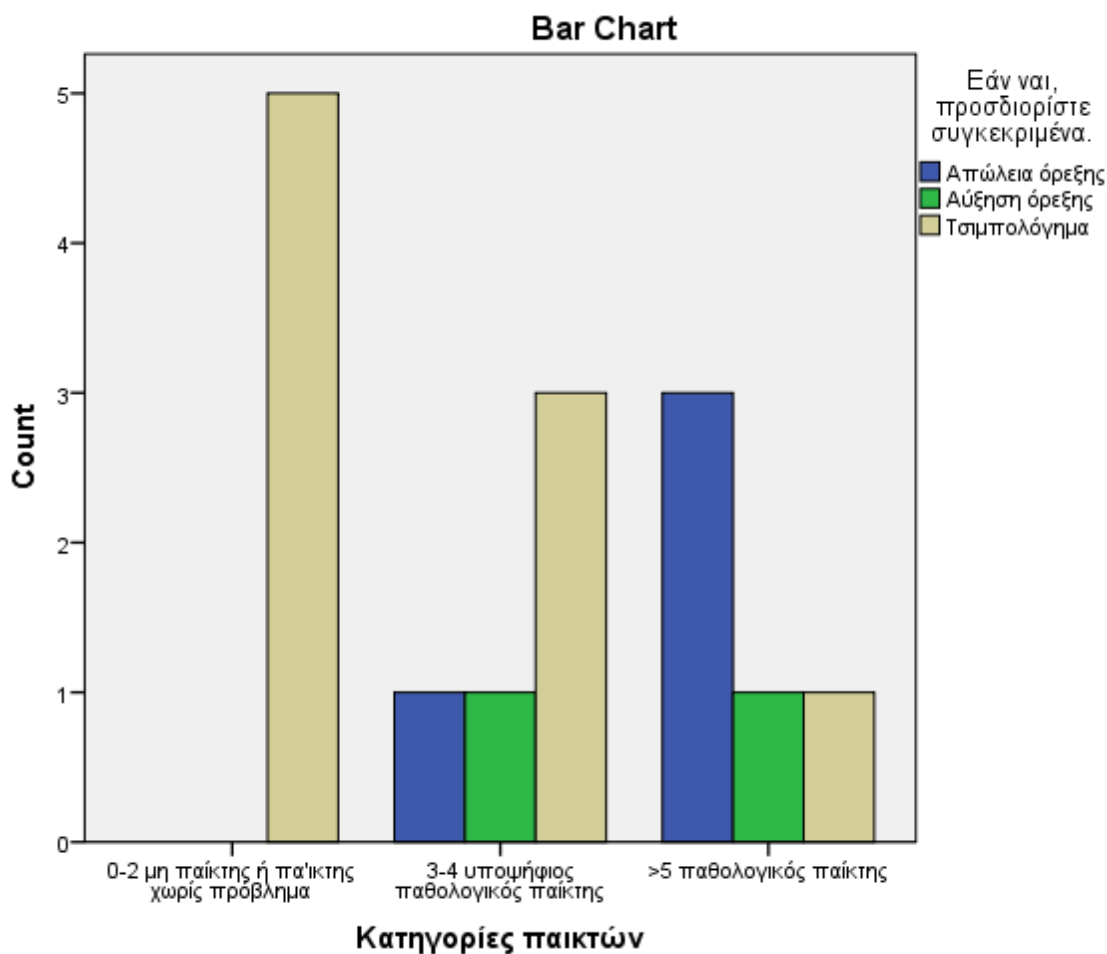
	Τιμή	Βαθμοί Ελευθερίας Df	Ασυμπτωματική Σημαντικότητα
Pearson χ^2	4.018 ^a	2	.134
Λόγος Πιθανοφάνειας	3.847	2	.146
Linear-by-Linear Association	1.788	1	.181
N Έγκυρων Περιπτώσεων	88		

a. 2 κελιά (33.3%) έχουν θεωρητική συχνότητα λιγότερη από 5. Η ελάχιστη συχνότητα είναι 2.73.

Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της παθολογίας των παικτών και της διαφοράς στη διατροφή ($p=0,134$).

Κατηγορίες παικτών * Εάν ναι, προσδιορίστε συγκεκριμένα. Crosstabulation

			Εάν ναι, προσδιορίστε συγκεκριμένα.			Total
			Απώλεια όρεξης	Αύξηση όρεξης	Τσιμπολόγημα	
Κατηγορίες παικτών	0-2 μη παίκτης ή παίκτης χωρίς πρόβλημα	Count	0	0	5	5
		% within Κατηγορίες παικτών	0.0%	0.0%	100.0%	100.0%
	3-4 υποψήφιος παθολογικός παίκτης	Count	1	1	3	5
		% within Κατηγορίες παικτών	20.0%	20.0%	60.0%	100.0%
	>5 παθολογικός παίκτης	Count	3	1	1	5
		% within Κατηγορίες παικτών	60.0%	20.0%	20.0%	100.0%
	Total	Count	4	2	9	15
		% within Κατηγορίες παικτών	26.7%	13.3%	60.0%	100.0%



Από τους 5 μη παίκτες ή παίκτες χωρίς πρόβλημα το 0% (0 άτομα) δεν έχει παρατηρήσει απώλεια όρεξης ούτε αύξηση όρεξης, ενώ το 100% (5 άτομα) έχει παρατηρήσει τσιμπολόγημα.

Από τους 5 υπομήφιους παθολογικούς παίκτες το 20% (1 άτομο) έχει παρατηρήσει απώλεια όρεξης, το 20% (1 άτομο) έχει παρατηρήσει αύξηση όρεξης και το 60% (3 άτομα) έχει παρατηρήσει τσιμπολόγημα.

Από τους 5 παθολογικούς παίκτες το 60% (3 άτομα) έχει παρατηρήσει απώλεια όρεξης, το 20% (1 άτομο) έχει παρατηρήσει αύξηση όρεξης και το 20% (1 άτομο) έχει παρατηρήσει τσιμπολόγημα.

Συμμετρική Μέτρηση

		Τιμή	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	-.658	.146	-3.147	.008 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.669	.145	-3.248	.006 ^c
N of Valid Cases		15			

- a. Δεν υποθέτει την μηδενική υπόθεση
- b. Χρήση του ασυμπτωματικού σφάλματος
- c. Βασισμένο στην κανονική υπόθεση

Κατηγορίες παικτών * Έχετε παρατηρήσει κάποια διαφορά στην διατροφή σας κάθε φορά που χάνετε σε κάποιο τυχερό παιχνίδι;

Crosstabulation

		Έχετε παρατηρήσει κάποια διαφορά στην διατροφή σας κάθε φορά που χάνετε σε κάποιο τυχερό παιχνίδι;			Total
		Όχι	Ναι		
Κατηγορίες παικτών	0-2 μη παίκτης ή παίκτης χωρίς πρόβλημα	Count	47	1	48
		% within Κατηγορίες παικτών	97.9%	2.1%	100.0%
	3-4 υποψήφιος παθολογικός παίκτης	Count	15	1	16
		% within Κατηγορίες παικτών	93.8%	6.3%	100.0%
	>5 παθολογικός παίκτης	Count	19	4	23
		% within Κατηγορίες παικτών	82.6%	17.4%	100.0%
Total		Count	81	6	87
		% within Κατηγορίες παικτών	93.1%	6.9%	100.0%

Από τους 48 μη παίκτης ή παίκτης χωρίς πρόβλημα το 97,9% (47 άτομα) δεν έχει παρατηρήσει κάποια διαφορά στην διατροφή όταν χάνει σε τυχερό παιχνίδι, ενώ το 2,1% (1 άτομο) έχει παρατηρήσει διαφορά.

Από τους 16 υποψήφιους παθολογικούς παίκτης το 93,8% (15 άτομα) δεν έχει παρατηρήσει κάποια διαφορά, ενώ το 6,3% (1 άτομο) έχει παρατηρήσει.

Από τους 23 παθολογικούς παίκτης το 82,6% (19 άτομα) δεν έχει παρατηρήσει κάποια διαφορά, ενώ το 17,4% (4 άτομα) έχει παρατηρήσει διαφορά. Ένα άτομο δεν απάντησε στην συγκεκριμένη ερώτηση.

Τεστ χ^2

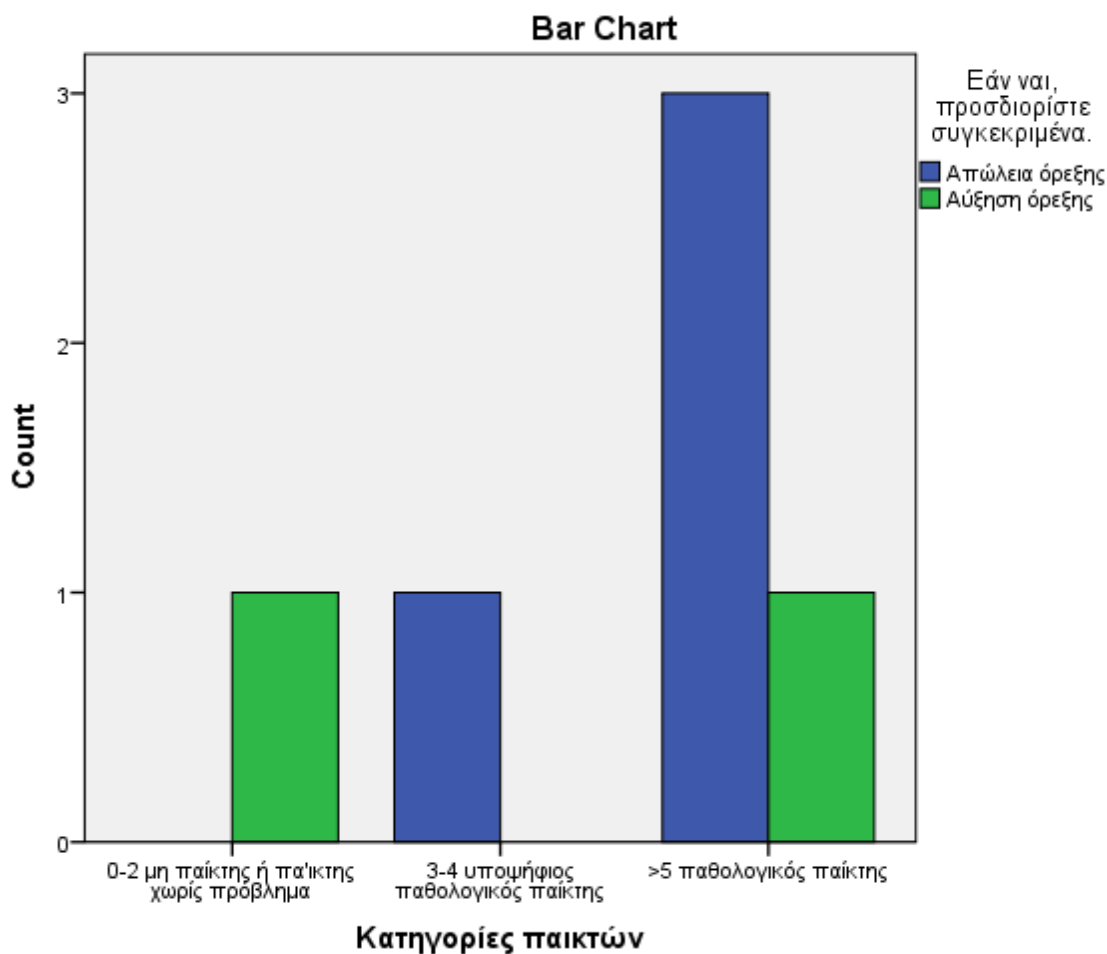
	Τιμή	Βαθμοί Ελευθερίας Df	Ασυμπτωματική Σημαντικότητα
Pearson χ^2	5.688 ^a	2	.058
Λόγος Πιθανοφάνειας	5.210	2	.074
Linear-by-Linear Association	5.384	1	.020
N Έγκυρων Περιπτώσεων	87		

a. 3 κελιά (50.0%) έχουν θεωρητική συχνότητα λιγότερη από 5. Η ελάχιστη συχνότητα είναι 1.10.

Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των παικτών και την διαφορά στην διατροφή όταν χάνουν σε κάποιο τυχερό παιχνίδι ($p=0,058$).

Κατηγορίες παικτών * Εάν ναι, προσδιορίστε συγκεκριμένα. Crosstabulation

		Εάν ναι, προσδιορίστε συγκεκριμένα.			Total
		Απώλεια όρεξης	Αύξηση όρεξης		
Κατηγορίες παικτών	0-2 μη παίκτης ή παίκτης χωρίς πρόβλημα	Count	0	1	1
		% within Κατηγορίες παικτών	0.0%	100.0%	100.0%
	3-4 υποψήφιος παθολογικός παίκτης	Count	1	0	1
		% within Κατηγορίες παικτών	100.0%	0.0%	100.0%
	>5 παθολογικός παίκτης	Count	3	1	4
		% within Κατηγορίες παικτών	75.0%	25.0%	100.0%
Total		Count	4	2	6
		% within Κατηγορίες παικτών	66.7%	33.3%	100.0%



Ο ένας μη παίκτης ή παίκτης χωρίς πρόβλημα έχει παρατηρήσει αύξηση όρεξης.

Ο ένας υποψήφιος παθολογικός παίκτης έχει παρατηρήσει απώλεια όρεξης.

Από τους 4 παθολογικούς παίκτες το 75% (3 άτομα) έχει παρατηρήσει απώλεια όρεξης, ενώ το 25% (1 άτομο) έχει παρατηρήσει αύξηση όρεξης.

Τεστ χ^2

	Τιμή	Βαθμοί Ελευθερίας Df	Ασυμπτωματική Σημαντικότητα
Pearson χ^2	2.625 ^a	2	.269
Λόγος Πιθανοφάνειας	3.139	2	.208
Linear-by-Linear Association	1.071	1	.301
N Έγκυρων Περιπτώσεων	6		

a. 6 κελιά (100.0%) έχουν θεωρητική συχνότητα λιγότερη από 5. Η ελάχιστη συχνότητα είναι 0.33.

Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στους παίκτες και στον τύπο αλλαγής διατροφικής συμπεριφοράς ($p=0,269$).

9.ΑΝΑΛΥΣΗ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ ΤΡΟΦΙΜΩΝ(FFQ)

Το τελευταίο ερωτηματολόγιο που έπρεπε να συμπληρωθεί από τους συμμετέχοντες ήταν το ερωτηματολόγιο συχνότητας κατανάλωσης τροφίμων. Μέσω του ερωτηματολογίου αυτού επιδιώκεται ο προσδιορισμός της συχνότητας κατανάλωσης τροφίμων και ποτών για ένα αρκετά μεγάλο διάστημα συνήθως ενός έτους. Τα ερωτηματολόγια συχνότητας κατανάλωσης τροφίμων μπορούν να δώσουν πληροφορίες για τη συνήθη διαιτητική πρόσληψη. Μέσω του ερωτηματολογίου αυτού θέλαμε να διαπιστώσουμε αν τα άτομα που ασχολούνται παθολογικά με τα τυχερά παιχνίδια καταναλώνουν συγκεκριμένες ομάδες τροφίμων. Δηλαδή αλμυρά, γλυκά και ροφήματα. Τα αποτελέσματα των απαντήσεων των ερωτηθέντων παρατίθενται παρακάτω.

9.1 Αλμυρά

Κατηγορίες παικτών * Πόσο συχνά καταναλώνετε hamburger - hot dog Crosstabulation

	Πόσο συχνά καταναλώνετε hamburger - hotdog				Total
	2 - 4 φορές την εβδομάδα	1 φορά την εβδομάδα	1 - 3 φορές τον μήνα	Λίγες φορές τον χρόνο ή ποτέ	

Κατηγορίες παικτών	0-2 μη παίκτης ή παίκτης χωρίς πρόβλημα	Count % within Κατηγορίες παικτών	1 2.1%	2 4.3%	14 29.8%	30 63.8%	47 100.0%
	3-4 υποψήφιος παθολογικός παίκτης	Count % within Κατηγορίες παικτών	2 12.5%	0 0.0%	0 0.0%	9 56.3%	16 100.0%
	>5 παθολογικός παίκτης	Count % within Κατηγορίες παικτών	3 12.5%	1 4.2%	5 20.8%	15 62.5%	24 100.0%
Total		Count % within Κατηγορίες παικτών	6 6.9%	3 3.4%	24 27.6%	54 62.1%	87 100.0%

Από τους 47 μη παίκτες ή παίκτες χωρίς πρόβλημα το 2,1% (1 άτομο) καταναλώνει hamburger – hotdog 2 -4 φορές την εβδομάδα, το 4,3% (2 άτομα) καταναλώνει 1 φορά την εβδομάδα, το 29,8% (14 άτομα) καταναλώνει 1-3 φορές τον μήνα και το 63,8% (30 άτομα) καταναλώνει λίγες φορές τον χρόνο ή ποτέ.

Από τους 16 υποψήφιους παθολογικούς παίκτες το 12,5% (2 άτομα) καταναλώνει 2-4 φορές την εβδομάδα, το 0% 1 φορά την εβδομάδα, το 0% καταναλώνει 1-3 φορές τον μήνα και το 56,3% (9 άτομα) καταναλώνει λίγες φορές τον χρόνο ή ποτέ.

Από τους 24 παθολογικούς παίκτες το 12,5% (3 άτομα) καταναλώνει 2-4 φορές την εβδομάδα, το 4,2% (1άτομο) καταναλώνει 1 φορά την εβδομάδα, το 20,8% (5 άτομα) καταναλώνει 1-3 φορές τον μήνα και το 62,5% (15 άτομα) καταναλώνει λίγες φορές τον χρόνο ή ποτέ.

Τεστ χ^2

	Τιμή	Βαθμοί Ελευθερίας Df	Ασυμπτωματική Σημαντικότητα
Pearson χ^2	4.716 ^a	6	.581
Λόγος Πιθανοφάνειας	5.518	6	.479
Linear-by-Linear Association	1.233	1	.267
N Έγκυρων Περιπτώσεων	87		

a. 7 κελιά(58.3%) έχουν θεωρητική συχνότητα λιγότερη από .5. Η ελάχιστη συχνότητα είναι 0.55

Δεν υπάρχει σημαντική στατιστική διαφορά μεταξύ των παικτών και της κατανάλωσης hamburger – hotdog ($p=0,581$).

Κατηγορίες παικτών * Πόσο συχνά καταναλώνετε σουβλάκια - σάντουιτς με κρέας Crosstabulation

			Πόσο συχνά καταναλώνετε σουβλάκια - σάντουιτς με κρέας						
			1 φορ ά την ημέ ρα	5 - 6 φορές την εβδομ άδα	2 - 4 φορές την εβδομ άδα	1 φορά την εβδομ άδα	1 - 3 φορ ές τον μήν α	Λίγ ες φορ ές τον χρό νο ή ποτ έ	Total
Κατηγο ρίες παικτών	0-2 μη παίκτης ή πα'ικτης χωρίς	Count % within Κατηγο ρίες	0 0.0 %	1 2.1%	9 19.1%	17 36.2%	17 36.2 %	3 6.4 %	47 100. 0%

	πρόβλημα	παικτών							
	3-4 υποψήφιος παθολογικός παίκτης	Count % within Κατηγορίες παικτών	0 0.0 %	0 0.0%	8 50.0%	4 25.0%	3 18.8 %	1 6.3 %	16 100. 0%
	>5 παθολογικός παίκτης	Count % within Κατηγορίες παικτών	1 4.2 %	2 8.3%	9 37.5%	4 16.7%	7 29.2 %	1 4.2 %	24 100. 0%
Total		Count % within Κατηγορίες παικτών	1 1.1 %	3 3.4%	26 29.9%	25 28.7%	27 31.0 %	5 5.7 %	87 100. 0%

Από τους 47 μη παίκτες ή παίκτες χωρίς πρόβλημα το 0% καταναλώνει σουβλάκια 1 φορά την ημέρα, το 2,1% (1 άτομο) καταναλώνει 5-6 φορές την εβδομάδα, το 19,1% (9 άτομα) καταναλώνει 2-4 φορές την εβδομάδα, το 36,2% (17 άτομα) καταναλώνει 1 φορά την εβδομάδα, το 36,2% (17 άτομα) καταναλώνει 1-3 φορές τον μήνα και το 6,4% (3 άτομα) καταναλώνει λίγες φορές τον χρόνο ή ποτέ.

Από τους 16 υποψήφιους παθολογικούς παίκτες το 0% καταναλώνει σουβλάκια 1 φορά την ημέρα, το 0% καταναλώνει 5-6 φορές την εβδομάδα, το 50% (8 άτομα) καταναλώνει 2-4 φορές την εβδομάδα, το 25% (4 άτομα) καταναλώνει 1 φορά την εβδομάδα, το 18,8% (3 άτομα) καταναλώνει 1-3 φορές τον μήνα και το 6,3% (1 άτομο) καταναλώνει λίγες φορές τον χρόνο ή ποτέ.

Από τους 24 παθολογικούς παίκτες το 4,2% καταναλώνει σουβλάκια 1 φορά την ημέρα, το 8,3% (2 άτομα) καταναλώνει 5-6 φορές την εβδομάδα, το 37,5% (9 άτομα) καταναλώνει 2-4 φορές την εβδομάδα, το 16,7% (4 άτομα) καταναλώνει 1 φορά την εβδομάδα, το 29,2% (7 άτομα) καταναλώνει 1-3 φορές τον μήνα και το 4,2% (1 άτομο) καταναλώνει λίγες φορές τον χρόνο ή ποτέ.

Τεστ χ^2

	Τιμή	Βαθμοί Ελευθερίας Df	Ασυμπτωματική Σημαντικότητα
Pearson χ^2	13.067 ^a	10	.220
Λόγος Πιθανοφάνειας	13.268	10	.209
Linear-by-Linear Association	4.811	1	.028
N Έγκυρων Περιπτώσεων	87		

a. 12 κελιά (66.7%) έχουν θεωρητική συχνότητα λιγότερη από 5. Η ελάχιστη συχνότητα είναι 0.18.

Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ παικτών και κατανάλωσης σουβλάκι ($p=0,220$)

**Κατηγορίες παικτών * Πόσο συχνά καταναλώνετε σφολιατοειδή;
Crosstabulation**

			Πόσο συχνά καταναλώνετε σφολιατοειδή;						
			1 φορ ά την ημέ ρα	5 - 6 φορές την εβδομ άδα	2 - 4 φορές την εβδομ άδα	1 φορά την εβδομ άδα	1 - 3 φορ ές τον μήν α	Λίγ ες φορ ές τον χρο νο ή ποτέ	Total
Κατηγο ρίες παικτών	0-2 μη παίκτης ή	Count % within	0 0.0 %	2 4.3%	12 25.5%	14 29.8%	13 27.7 %	6 12.8 %	47 100. 0%

	παίκτης χωρίς πρόβλημα	Κατηγο- ρίες παικτών							
	3-4 υποψήφι- ος παθολογ- ικός παίκτης	Count % within Κατηγο- ρίες παικτών	0 0.0 %	1 6.3%	3 18.8%	5 31.3%	2 12.5 %	5 31.3 %	16 100. 0%
	>5 παθολογ- ικός παίκτης	Count % within Κατηγο- ρίες παικτών	2 8.3 %	4 16.7%	2 8.3%	7 29.2%	7 29.2 %	2 8.3 %	24 100. 0%
Total		Count % within Κατηγο- ρίες παικτών	2 2.3 %	7 8.0%	17 19.5%	26 29.9%	22 25.3 %	13 14.9 %	87 100. 0%

Από τους 47 μη παίκτες ή παίκτες χωρίς πρόβλημα το 0% καταναλώνει σφολιατοειδή 1 φορά την ημέρα, το 4,3% (2 άτομα) καταναλώνει 5-6 φορές την εβδομάδα, το 25% (12 άτομα) καταναλώνει 2-4 φορές την εβδομάδα, το 29,8% (14 άτομα) καταναλώνει 1 φορά την εβδομάδα, το 27,7% (13 άτομα) καταναλώνει 1-3 φορές τον μήνα και το 12,8% (6 άτομα) καταναλώνει λίγες φορές τον χρόνο ή ποτέ.

Από τους 16 υποψήφιους παθολογικούς παίκτες το 0% καταναλώνει σφολιατοειδή 1 φορά την ημέρα, το 6,3% (1 άτομο) καταναλώνει 5-6 φορές την εβδομάδα, το 18,8% (3 άτομα) καταναλώνει 2-4 φορές την εβδομάδα, το 31,3% (5 άτομα) καταναλώνει 1 φορά την εβδομάδα, το 12,5% (2 άτομα) καταναλώνει 1-3 φορές τον μήνα και το 31,3% (5 άτομα) καταναλώνει λίγες φορές τον χρόνο ή ποτέ.

Από τους 24 παθολογικούς παίκτες το 8,3% (2 άτομα) καταναλώνει σφολιατοειδή 1 φορά την ημέρα, το 16,7% (4 άτομα) καταναλώνει 5-6 φορές την εβδομάδα, το 8,3% (2 άτομα) καταναλώνει 2-4 φορές την εβδομάδα, το 29,2% (7 άτομα) καταναλώνει 1 φορά την εβδομάδα, το 29,2% (7 άτομα) καταναλώνει 1-3 φορές τον μήνα και το 8,3% (2 άτομα) καταναλώνει λίγες φορές τον χρόνο ή ποτέ.

Τεστ χ^2

	Τιμή	Βαθμοί Ελευθερίας Df	Ασυμπτωματική Σημαντικότητα
Pearson χ^2	15.776 ^a	10	.106
Λόγος Πιθανοφάνειας	15.365	10	.119
Linear-by-Linear Association	1.202	1	.273
N Έγκυρων Περιπτώσεων	87		

a. 12 κελιά (66.7%) έχουν θεωρητική συχνότητα λιγότερη από 5. Η ελάχιστη συχνότητα είναι 0.37.

Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ παικτών και κατανάλωσης σφολιατοειδών ($p=0,106$)

Κατηγορίες παικτών * Πόσο συχνά καταναλώνετε Πίτσα; Crosstabulation

			Πόσο συχνά καταναλώνετε Πίτσα;				Total
			2 - 4 φορές την εβδομάδα	1 φορά την εβδομάδα	1 - 3 φορές τον μήνα	Λίγες φορές τον χρόνο ή ποτέ	
Κατηγορίες παικτών	0-2 μη παίκτης ή παίκτης χωρίς πρόβλημα	Count	2	9	25	11	47
		% within Κατηγορίες παικτών	4.3%	19.1%	53.2%	23.4%	100.0%
	3-4 υπογήφιος παθολογικός παίκτης	Count	0	4	11	1	16
		% within Κατηγορίες παικτών	0.0%	25.0%	68.8%	6.3%	100.0%
	>5 παθολογικός παίκτης	Count	2	3	15	4	24
		% within Κατηγορίες παικτών	8.3%	12.5%	62.5%	16.7%	100.0%
Total		Count	4	16	51	16	87
		% within Κατηγορίες παικτών	4.6%	18.4%	58.6%	18.4%	100.0%

Από τους 47 μη παίκτες ή παίκτες χωρίς πρόβλημα το 4,3% (2 άτομα) καταναλώνει πίτσα 2-4 φορές την εβδομάδα, το 19,1% (9 άτομα) καταναλώνει 1 φορά την εβδομάδα, το 53,2% (25 άτομα) καταναλώνει 1-3 φορές τον μήνα και το 23,4% (11 άτομα) καταναλώνει λίγες φορές τον χρόνο ή ποτέ.

Από τους 16 υποψήφιους παθολογικούς παίκτες το 0% καταναλώνει πίτσα 2-4 φορές την εβδομάδα, το 25% (4 άτομα) καταναλώνει 1 φορά την εβδομάδα, το 68,8% (11 άτομα) καταναλώνει 1-3 φορές τον μήνα και το 6,3% (1 άτομο) λίγες φορές τον χρόνο ή ποτέ.

Από τους 24 παθολογικούς παίκτες το 8,3% (2 άτομα) καταναλώνει πίτσα 2-4 φορές την εβδομάδα, το 12,5% (3 άτομα) καταναλώνει 1 φορά την εβδομάδα, το 62,5% (15 άτομα) καταναλώνει 1-3 φορές τον μήνα και το 16,4% (4 άτομα) καταναλώνει λίγες φορές τον χρόνο ή ποτέ.

Τεστ χ^2

	Τιμή	Βαθμοί Ελευθερίας Df	Ασυμπτωματική Σημαντικότητα
Pearson χ^2	4.865 ^a	6	.561
Λόγος Πιθανοφάνειας	5.863	6	.439
Linear-by-Linear Association	.272	1	.602
N Έγκυρων Περιπτώσεων	87		

a. 7 κελιά (58.3%) έχουν θεωρητική συχνότητα λιγότερη από 5. Η ελάχιστη συχνότητα είναι 0.74.

Δεν υπάρχει στατιστικά διαφορά μεταξύ παικτών και κατανάλωσης πίτσας (p=0,561)

Κατηγορίες παικτών * Πόσο συχνά καταναλώνετε κριτσίνια; Crosstabulation

			Πόσο συχνά καταναλώνετε κριτσίνια;							
			0	1 φορ ά την ημέ ρα	5 - 6 φορές την εβδομ άδα	2 - 4 φορές την εβδομ άδα	1 φορά την εβδομ άδα	1 - 3 φορ ές τον μήν α	Λίγες φορές τον χρόνο ή ποτέ α	Total
Κατηγορίες παικτών	0-2 μη παίκτες ή παίκτες χωρίς πρόβλημα	Count % within Κατηγορίες παικτών	0 0.0 %	2 4.2 %	1 2.1%	4 8.3%	8 16.7 %	10 20. 8%	23 47.9 %	48 100.0 %
	3-4 υποψήφιος παθολογικός παίκτης	Count % within Κατηγορίες παικτών	1 6.3 %	1 6.3 %	0 0.0%	2 12.5 %	2 12.5 %	3 18. 8%	7 43.8 %	16 100.0 %
	>5 παθολογικός παίκτης	Count % within Κατηγορίες παικτών	0 0.0 %	1 4.2 %	2 8.3%	0 0.0%	3 12.5 %	6 25. 0%	1 8.3%	24 100.0 %

	v									
Total	Count	1	4	3	6	13	19	7	88	
	%	1.1	4.5	3.4%	6.8%	14.8	21.	16.3	100.0	
	within	%	%			%	6%	%	%	
	Κατηγ ορίες παικτώ v									

Από τους 48 μη παίκτες ή παίκτες χωρίς πρόβλημα το 0% δεν καταναλώνει κριτσίνια, το 4,2% (2 άτομα) καταναλώνει μια φορά την ημέρα, το 2,1% (1 άτομο) καταναλώνει 5-6 φορές την εβδομάδα, το 8,3% (4 άτομα) καταναλώνει 2-4 φορές την εβδομάδα, το 16,7% (8 άτομα) καταναλώνει 1 φορά την εβδομάδα, το 20,8% (10 άτομα) καταναλώνει 1-3 φορές τον μήνα, το 47,9% (23 άτομα) καταναλώνει λίγες φορές τον χρόνο ή ποτέ.

Από τους 16 υποψήφιους παθολογικούς παίκτες το 6,3% (1 άτομο) δεν καταναλώνει κριτσίνια, το 6,3% (1 άτομο) καταναλώνει μια φορά την ημέρα, το 0% καταναλώνει 5-6 φορές την εβδομάδα, το 12,5% (2 άτομα) καταναλώνει 2-4 φορές την εβδομάδα, το 12,5% (2άτομα) καταναλώνει 1 φορά την εβδομάδα, το 18,8% (3 άτομα) καταναλώνει 1-3 φορές τον μήνα, το 43,8% (7 άτομα) καταναλώνει λίγες φορές τον χρόνο ή ποτέ.

Από τους 24 παθολογικούς παίκτες το 0% δεν καταναλώνει κριτσίνια, το 4,2% (1 άτομο) καταναλώνει μια φορά την ημέρα, το 8,3% (2 άτομα) καταναλώνει 5-6 φορές την εβδομάδα, το 0% καταναλώνει 2-4 φορές την εβδομάδα, το 12,5% (3άτομα) καταναλώνει 1 φορά την εβδομάδα, το 25% (6 άτομα) καταναλώνει 1-3 φορές τον μήνα, το 8,3% (1 άτομο) καταναλώνει λίγες φορές τον χρόνο ή ποτέ.

Τεστ χ^2

	Τιμή	Βαθμοί Ελευθερίας Df	Ασυμπτωματική Σημαντικότητα
Pearson χ^2	10.218 ^a	12	.597
Λόγος Πιθανοφάνειας	10.683	12	.556
Linear-by-Linear Association	.011	1	.918
N Έγκυρων Περιπτώσεων	88		

a. 15 κελιά (71.4%) έχουν θεωρητική συχνότητα λιγότερη από 5. Η ελάχιστη συχνότητα είναι 0.18.

Δεν υπάρχει στατιστική διαφορά μεταξύ παικτών και κατανάλωσης κριτσινιών (p=0,597)

Κατηγορίες παικτών * Πόσο συχνά καταναλώνετε κρακερ; Crosstabulation

			Πόσο συχνά καταναλώνετε κρακερ;						
			1 φορ ά την ημέ ρα	5 - 6 φορές την εβδομ άδα	2 - 4 φορές την εβδομ άδα	1 φορά την εβδομ άδα	1 - 3 φορ ές τον μήν α	Λίγες φορές τον χρόνο ή ποτέ	Tota l
Κατη γορίες παικτώ ν	0-2 μη παίκτης ή παίκτης χωρίς πρόβλη	Count % within Κατηγ ορίες παικτώ	1 2.1 %	1 2.1%	4 8.3%	4 8.3%	11 23. 4%	26 55.3 %	47 100. 0%

	μα	ν							
	3-4 υποψή φιος παθολο γικός παίκτης	Count % within Κατηγ ορίες παικτώ ν	0 0.0 %	0 0.0%	1 6.3%	1 6.3%	8 50. 0%	6 37.5 %	16 100. 0%
	>5 παθολο γικός παίκτης	Count % within Κατηγ ορίες παικτώ ν	1 4.2 %	0 0.0%	0 0.0%	5 20.8 %	7 29. 2%	11 45.8 %	24 100. 0%
Total		Count % within Κατηγ ορίες παικτώ ν	2 2.3 %	1 1.1%	5 5.7%	10 11.5 %	26 29. 9%	43 49.4 %	87 100. 0%

Από τους 47 μη παίκτες ή παίκτες χωρίς πρόβλημα το 2,1% (1 άτομο) καταναλώνει 1 φορά την εβδομάδα κράκερ, το 2,1% (1 άτομο) καταναλώνει 5-6 φορές την εβδομάδα, το 8,3% (4 άτομα) καταναλώνει 2-4 φορές την εβδομάδα, το 8,3% (4 άτομα) καταναλώνει 1 φορά την εβδομάδα, το 23,4% (11 άτομα) καταναλώνει 1-3 φορές τον μήνα, το 55,3% (26 άτομα) καταναλώνει λίγες φορές τον χρόνο ή ποτέ. Από τους 16 υποψήφιους παθολογικούς παίκτες το 0% καταναλώνει 1 φορά την εβδομάδα κράκερ, το 0% καταναλώνει 5-6 φορές την εβδομάδα, το 6,3% (1 άτομο) καταναλώνει 2-4 φορές την εβδομάδα, το 6,3% (1 άτομο) καταναλώνει 1 φορά την

εβδομάδα, το 50% (8 άτομα) καταναλώνει 1-3 φορές τον μήνα, το 37,5% (6 άτομα) καταναλώνει λίγες φορές τον χρόνο ή ποτέ.

Από τους 24 παθολογικούς παίκτες το 4,2% (1 άτομο) καταναλώνει 1 φορά την εβδομάδα κράκερ, το 0% καταναλώνει 5-6 φορές την εβδομάδα, το 0% καταναλώνει 2-4 φορές την εβδομάδα, το 20,8% (5 άτομα) καταναλώνει 1 φορά την εβδομάδα, το 29,2% (7 άτομα) καταναλώνει 1-3 φορές τον μήνα, το 45,8% (11 άτομα) καταναλώνει λίγες φορές τον χρόνο ή ποτέ.

Τεστ χ^2

	Τιμή	Βαθμοί Ελευθερίας Df	Ασυμπτωματική Σημαντικότητα
Pearson χ^2	9.852 ^a	10	.454
Λόγος Πιθανοφάνειας	11.300	10	.335
Linear-by-Linear Association	.039	1	.843
N Έγκυρων Περιπτώσεων	87		

a. 12 κελιά (66.7%) έχουν θεωρητική συχνότητα λιγότερη από 5. Η ελάχιστη συχνότητα είναι 0.18.

Δεν υπάρχει στατιστική διαφορά μεταξύ παικτών και κατανάλωσης κράκερ ($p=0,454$).

Κατηγορίες παικτών * Πόσο συχνά καταναλώνετε πατατάκια, γαριδάκια, ποπ κορν, κλπ Crosstabulation							
		Πόσο συχνά καταναλώνετε πατατάκια, γαριδάκια, ποπ κορν, κλπ				Total	
		2 - 4 φορές την εβδομάδα	1 φορά την εβδομάδα	1 - 3 φορές τον μήνα	Λίγες φορές τον χρόνο ή ποτέ		
Κατηγορίες παικτών	0-2 μη παίκτης ή παίκτης χωρίς πρόβλημα	Count	4	2	17	23	46
		% within Κατηγορίες παικτών	8.7%	4.3%	37.0%	50.0%	100.0%
	3-4 υποψήφιος παθολογικός παίκτης	Count	1	7	4	4	16
		% within Κατηγορίες παικτών	6.3%	43.8%	25.0%	25.0%	100.0%
	>5 παθολογικός παίκτης	Count	4	3	5	12	24
		% within Κατηγορίες παικτών	16.7%	12.5%	20.8%	50.0%	100.0%
Total	Count	9	12	26	39	86	
	% within Κατηγορίες παικτών	10.5%	14.0%	30.2%	45.3%	100.0%	

Από τους 46 μη παίκτες ή παίκτες χωρίς πρόβλημα το 8,7% (4 άτομα) καταναλώνει πατατάκια κ.α. 2-4 φορές την εβδομάδα, το 4,3% (2 άτομα) καταναλώνει 1 φορά την εβδομάδα, το 37% (17 άτομα) καταναλώνει 1-3 φορές τον μήνα, το 50% (23 άτομα) καταναλώνει λίγες φορές τον χρόνο ή ποτέ.

Από τους 16 υποψήφιους παθολογικούς παίκτες το 6,3% (1 άτομο) καταναλώνει πατατάκια κ.α. 2-4 φορές την εβδομάδα, το 43,8% (7 άτομα) καταναλώνει 1 φορά την εβδομάδα, το 25% (4 άτομα) καταναλώνει 1-3 φορές τον μήνα, το 25% (4 άτομα) καταναλώνει λίγες φορές τον χρόνο ή ποτέ.

Από τους 24 παθολογικούς παίκτες το 16,7% (4 άτομα) καταναλώνει πατατάκια κ.α. 2-4 φορές την εβδομάδα, το 12,5% (3 άτομα) καταναλώνει 1 φορά την εβδομάδα, το 20% (5 άτομα) καταναλώνει 1-3 φορές τον μήνα, το 50% (12 άτομα) καταναλώνει λίγες φορές τον χρόνο ή ποτέ.

Τεστ χ^2

	Τιμή	Βαθμοί Ελευθερίας Df	Ασυμπτωματική Σημαντικότητα
Pearson χ^2	17.879 ^a	6	.007
Λόγος Πιθανοφάνειας	15.539	6	.016
Linear-by-Linear Association	1.443	1	.230
N Έγκυρων Περιπτώσεων	86		

a. 6 κελιά (50.0%) έχουν θεωρητική συχνότητα λιγότερη από 5. Η ελάχιστη συχνότητα είναι 1.67.

Υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ των παικτών και της κατανάλωσης αλμυρών σνακ όπως πατατάκια. ($p=0,007$). Συνεπώς όσο αυξάνεται η παθολογία του παίκτη, τόσο αυξάνεται και η κατανάλωση αυτών των σνακ.

**Κατηγορίες παικτών * Πόσο συχνά καταναλώνετε ξηρούς καρπούς;
Crosstabulation**

			Πόσο συχνά καταναλώνετε ξηρούς καρπούς;								
			6+ φορ ές την ημέ ρα	2 - 3 φορές την ημέρ α	1 φορά την ημέρ α	5 - 6 φορές την εβδομ άδα	2 - 4 φορ ές την εβδ ομά δα	1 φορά την εβδο μάδα	1 - 3 φορ ές τον μήν α	Λίγ ες φορ ές τον χρό νο ή ποτέ	Tot al
Κατη γορίες	0-2 μη παίκτης	Count %	0 0.0	1 2.1%	1 2.1%	1 2.1%	10 21.	6 12.8	10 21.3	18 38.3	47 100.

παικτώ ν	ή παίκτης χωρίς πρόβλη μα	within Κατηγ ορίες παικτώ ν	%				3%	%	%	%	0%
	3-4 υποψή φιος παθολο γικός παίκτης	Count % within Κατηγ ορίες παικτώ ν	0 0.0 %	0 0.0%	1 6.3%	1 6.3%	5 31. 3%	4 25.0 %	3 18.8 %	2 12.5 %	16 100. 0%
	>5 παθολο γικός παίκτης	Count % within Κατηγ ορίες παικτώ ν	1 4.2 %	0 0.0%	0 0.0%	1 4.2%	8 33. 3%	4 16.7 %	5 20.8 %	5 20.8 %	24 100. 0%
Total		Count % within Κατηγ ορίες παικτώ ν	1 1.1 %	1 1.1%	2 2.3%	3 3.4%	23 26. 4%	14 16.1 %	18 20.7 %	25 28.7 %	87 100. 0%

Από τους 47 μη παίκτες ή παίκτες χωρίς πρόβλημα το 0% καταναλώνει ξηρούς καρπούς περισσότερες από 6 φορές ημερησίως, το 2,1% (1 άτομο) καταναλώνει 2-3 φορές την ημέρα, το 2,1% (1 άτομο) καταναλώνει 1 φορά την ημέρα, το 2,1% (1 άτομο) καταναλώνει 5-6 φορές την εβδομάδα, το 21,3% (10 άτομα) καταναλώνει 2-4 φορές την εβδομάδα, το 12,8% (6 άτομα) καταναλώνει 1 φορά την εβδομάδα, το

21,3% (10 άτομα) καταναλώνει 1-3 φορές τον μήνα και το 38,3% (18 άτομα) καταναλώνει λίγες φορές τον χρόνο ή ποτέ.

Από τους 16 υποψήφιους παθολογικούς παίκτες το 0% καταναλώνει ξηρούς καρπούς περισσότερες από 6 φορές ημερησίως, το 0% καταναλώνει 2-3 φορές την ημέρα, το 6,3% (1 άτομο) καταναλώνει 1 φορά την ημέρα, το 6,3% (1 άτομο) καταναλώνει 5-6 φορές την εβδομάδα, το 31,3% (5 άτομα) καταναλώνει 2-4 φορές την εβδομάδα, το 25% (4 άτομα) καταναλώνει 1 φορά την εβδομάδα, το 18,8% (3 άτομα) καταναλώνει 1-3 φορές τον μήνα και το 12,5% (2 άτομα) καταναλώνει λίγες φορές τον χρόνο ή ποτέ.

Από τους 24 παθολογικούς παίκτες το 4,2% (1 άτομο) καταναλώνει ξηρούς καρπούς περισσότερες από 6 φορές ημερησίως, το 0% καταναλώνει 2-3 φορές την ημέρα, το 0% καταναλώνει 1 φορά την ημέρα, το 4,2% (1 άτομο) καταναλώνει 5-6 φορές την εβδομάδα, το 33,3% (8 άτομα) καταναλώνει 2-4 φορές την εβδομάδα, το 16,7% (4 άτομα) καταναλώνει 1 φορά την εβδομάδα, το 20,8% (5 άτομα) καταναλώνει 1-3 φορές τον μήνα και το 20,8% (5 άτομα) καταναλώνει λίγες φορές τον χρόνο ή ποτέ.

Τεστ χ^2

	Τιμή	Βαθμοί Ελευθερίας Df	Ασυμπτωματική Σημαντικότητα
Pearson χ^2	11.443 ^a	14	.651
Λόγος Πιθανοφάνειας	12.154	14	.594
Linear-by-Linear Association	2.934	1	.087
N Έγκυρων Περιπτώσεων	87		

a. 18 κελιά (75.0%) έχουν θεωρητική συχνότητα λιγότερη από 5. Η ελάχιστη συχνότητα είναι 0.18.

Δεν υπάρχει στατιστική διαφορά μεταξύ παικτών και κατανάλωσης ξηρών καρπών ($p=0,651$).

Κατηγορίες παικτών * Πόσο συχνά καταναλώνετε τoστ, σάντουιτς;

Crosstabulation

			Πόσο συχνά καταναλώνετε σάντουιτς;								
			6+ φορ ές την ημέ ρα	2 - 3 φορές την ημέρ α	1 φορά την ημέρ α	5 - 6 φορέ ς την εβδο μάδα	2 - 4 φορ ές την εβδο μάδα	1 φορά την εβδο μάδα	1 - 3 φορ ές τον μήν α	Λίγ ες φορ ές τον χρό νο ή ποτέ	Tot al
Κατη γορίες παικτώ ν	0-2 μη παίκτης ή παίκτης χωρίς πρόβλη μα	Count % within Κατηγ ορίες παικτώ ν	0 0.0 %	1 2.1% %	9 18.8 %	7 14.6 %	19 39.6 %	6 12.5 %	4 8.3 %	2 4.2 %	48 100. 0%
	3-4 υποψή φιος παθολο γικός παίκτης	Count % within Κατηγ ορίες παικτώ ν	0 0.0 %	1 6.3% %	2 12.5 %	5 31.3 %	3 18.8 %	1 6.3% %	4 25.0 %	0 0.0 %	16 100. 0%
	>5 παθολο γικός παίκτης	Count % within Κατηγ ορίες	1 4.2 %	0 0.0% %	7 29.2 %	3 12.5 %	6 25.0 %	5 20.8 %	2 8.3 %	0 0.0 %	24 100. 0%

	παικτώ ν										
Total	Count	1	2	18	15	28	12	10	2	88	
	%	1.1	2.3%	20.5	17.0	31.8	13.6	11.4	2.3	100.	
	within Κατηγ ορίες παικτώ ν	%		%	%	%	%	%	%	0%	

Από τους 48 μη παίκτες ή παίκτες χωρίς πρόβλημα το 0% καταναλώνει σάντουιτς περισσότερες από 6 φορές την ημέρα, το 2,1% (1 άτομο) καταναλώνει 2-3 φορές την ημέρα, το 18,8% (9 άτομα) καταναλώνει 1 φορά την ημέρα, το 14,6% (7 άτομα) καταναλώνει 5-6 φορές την εβδομάδα, το 39,6% (19 άτομα) καταναλώνει 2-4 φορές την εβδομάδα, το 12,5% (6 άτομα) καταναλώνει 1 φορά την εβδομάδα, το 8,3% (4 άτομα) καταναλώνει 1-3 φορές τον μήνα, το 4,2% (2 άτομα) καταναλώνει λίγες φορές τον χρόνο ή ποτέ.

Από τους 16 υποψήφιους παθολογικούς παίκτες το 0% καταναλώνει σάντουιτς περισσότερες από 6 φορές την ημέρα, το 6,3% (1 άτομο) καταναλώνει 2-3 φορές την ημέρα, το 12,5% (2 άτομα) καταναλώνει 1 φορά την ημέρα, το 31,3% (5 άτομα) καταναλώνει 5-6 φορές την εβδομάδα, το 18,8% (3 άτομα) καταναλώνει 2-4 φορές την εβδομάδα, το 6,3% (1 άτομο) καταναλώνει 1 φορά την εβδομάδα, το 25% (4 άτομα) καταναλώνει 1-3 φορές τον μήνα, το 0% καταναλώνει λίγες φορές τον χρόνο ή ποτέ.

Από τους 24 παθολογικούς παίκτες το 4,2% (1 άτομο) καταναλώνει σάντουιτς περισσότερες από 6 φορές την ημέρα, το 0% καταναλώνει 2-3 φορές την ημέρα, το 29,2% (7 άτομα) καταναλώνει 1 φορά την ημέρα, το 12,5% (3 άτομα) καταναλώνει 5-6 φορές την εβδομάδα, το 25% (6 άτομα) καταναλώνει 2-4 φορές την εβδομάδα, το 20,8% (5 άτομο) καταναλώνει 1 φορά την εβδομάδα, το 8,3% (2 άτομα) καταναλώνει 1-3 φορές τον μήνα, το 0% καταναλώνει λίγες φορές τον χρόνο ή ποτέ.

Τεστ χ^2

	Τιμή	Βαθμοί Ελευθερίας Df	Ασυμπτωματική Σημαντικότητα
Pearson χ^2	16.726 ^a	14	.271
Λόγος Πιθανοφάνειας	16.771	14	.269
Linear-by-Linear Association	.916	1	.339
N Έγκυρων Περιπτώσεων	88		

a. 17 κελιά (70.8%) έχουν θεωρητική συχνότητα λιγότερη από 5. Η ελάχιστη συχνότητα είναι 0.18.

Δεν υπάρχει στατιστική διαφορά μεταξύ παικτών και κατανάλωσης σάντουιτς (p=0,271)

9.2 Γλυκά

Κατηγορίες παικτών * Πόσο συχνά καταναλώνετε κέικ; Crosstabulation								
			Πόσο συχνά καταναλώνετε κέικ;					Total
			5 - 6 φορές την εβδομάδα	2 - 4 φορές την εβδομάδα	1 φορά την εβδομάδα	1 - 3 φορές τον μήνα	Λίγες φορές τον χρόνο ή ποτέ	
Κατηγορίες παικτών	0-2 μη παίκτης ή παίκτης χωρίς πρόβλημα	Count	1	2	6	21	17	47
		% within Κατηγορίες παικτών	2.1%	4.3%	12.8%	44.7%	36.2%	100.0%
	3-4 υποψήφιος παθολογικός παίκτης	Count	0	3	3	10	0	16
		% within Κατηγορίες παικτών	0.0%	18.8%	18.8%	62.5%	0.0%	100.0%
	>5 παθολογικός παίκτης	Count	0	6	4	7	7	24
		% within Κατηγορίες παικτών	0.0%	25.0%	16.7%	29.2%	29.2%	100.0%
Total		Count	1	11	13	38	24	87
		% within Κατηγορίες παικτών	1.1%	12.6%	14.9%	43.7%	27.6%	100.0%

Από τους 47 μη παίκτες ή παίκτες χωρίς πρόβλημα το 2,1% (1 άτομο) καταναλώνει κέικ 5-6 φορές την εβδομάδα, το 4,3% (2 άτομα) καταναλώνει 2-4 φορές την εβδομάδα, το 12, 8% (6 άτομα) καταναλώνει 1 φορά την εβδομάδα, το 44,7% (21 άτομα) καταναλώνει 1-3 φορές τον μήνα, το 36,2% (17 άτομα) καταναλώνει λίγες φορές τον χρόνο ή ποτέ.

Από τους 16 υποψήφιους παθολογικούς παίκτες το 0% καταναλώνει κέικ 5-6 φορές την εβδομάδα, το 18,8% (3 άτομα) καταναλώνει 2-4 φορές την εβδομάδα, το 18, 8% (3 άτομα) καταναλώνει 1 φορά την εβδομάδα, το 62,5% (10 άτομα) καταναλώνει 1-3 φορές τον μήνα, το 0% καταναλώνει λίγες φορές τον χρόνο ή ποτέ.

Από τους 24 παθολογικούς παίκτες το 0% καταναλώνει κέικ 5-6 φορές την εβδομάδα, το 25% (6 άτομα) καταναλώνει 2-4 φορές την εβδομάδα, το 16,7% (4 άτομα) καταναλώνει 1 φορά την εβδομάδα, το 29,2% (7 άτομα) καταναλώνει 1-3 φορές τον μήνα, το 29,2% (7 άτομα) καταναλώνει λίγες φορές τον χρόνο ή ποτέ.

Τεστ χ^2

	Τιμή	Βαθμοί Ελευθερίας Df	Ασυμπτωματική Σημαντικότητα
Pearson χ^2	15.345 ^a	8	.053
Λόγος Πιθανοφάνειας	20.224	8	.010
Linear-by-Linear Association	4.211	1	.040
N Έγκυρων Περιπτώσεων	87		

a. 8 κελιά (53.3%) έχουν θεωρητική συχνότητα λιγότερη από 5. Η ελάχιστη συχνότητα είναι 0.18.

Δεν υπάρχει σχετική στατιστική διαφορά μεταξύ παικτών και κατανάλωσης κέικ ($p=0,053$).

Κατηγορίες παικτών* Πόσο συχνά καταναλώνετε μπισκότα;

Crosstabulation

			Πόσο συχνά καταναλώνετε μπισκότα;						
			1 φορ ά την ημέ ρα	5 - 6 φορές την εβδομ άδα	2 - 4 φορές την εβδομ άδα	1 φορά την εβδομ άδα	1 - 3 φορ ές τον μήν α	Λίγες φορές τον χρόνο ή ποτέ	Tota l
Κατη ορίες παικτώ ν	0-2 μη παίκτης ή παίκτης χωρίς πρόβλη μα	Count % within Κατη ορίες παικτώ ν	2 4.2 %	0 0.0%	7 14.6 %	6 12.5 %	23 47. 9%	10 20.8 %	48 100. 0%
	3-4 υποψή φιος παθολο γικός παίκτης	Count % within Κατη ορίες παικτώ ν	0 0.0 %	0 0.0%	5 31.3 %	3 18.8 %	6 37. 5%	2 12.5 %	16 100. 0%
	>5 παθολο γικός παίκτης	Count % within Κατη ορίες παικτώ ν	0 0.0 %	1 4.2%	4 16.7 %	4 16.7 %	3 12. 5%	12 50.0 %	24 100. 0%

Total	Count	2	1	16	13	32	24	88
	%	2.3	1.1%	18.2	14.8	36.	27.3	100.
	within	%		%	%	4%	%	0%
	Κατηγορίες παικτών							

Από τους 48 μη παίκτες ή παίκτες χωρίς πρόβλημα το 4,2% (2 άτομα) καταναλώνει 1 φορά την ημέρα μπισκότα, το 0% καταναλώνει 5-6 φορές την εβδομάδα, το 14,6% (7 άτομα) καταναλώνει 2-4 φορές την εβδομάδα, το 12,5% (6 άτομα) καταναλώνει 1 φορά την εβδομάδα, το 47,9% (23 άτομα) καταναλώνει 1-3 φορές τον μήνα, το 20,8% (10 άτομα) καταναλώνει λίγες φορές τον χρόνο ή ποτέ.

Από τους 16 υποψήφιους παθολογικούς παίκτες το 0% καταναλώνει 1 φορά την ημέρα μπισκότα, το 0% καταναλώνει 5-6 φορές την εβδομάδα, το 31,3% (5 άτομα) καταναλώνει 2-4 φορές την εβδομάδα, το 18,8% (3 άτομα) καταναλώνει 1 φορά την εβδομάδα, το 37,5% (6 άτομα) καταναλώνει 1-3 φορές τον μήνα, το 12,5% (2 άτομα) καταναλώνει λίγες φορές τον χρόνο ή ποτέ.

Από τους 24 παθολογικούς παίκτες το 0% καταναλώνει 1 φορά την ημέρα μπισκότα, το 4,2% (1 άτομο) καταναλώνει 5-6 φορές την εβδομάδα, το 16,7% (4 άτομα) καταναλώνει 2-4 φορές την εβδομάδα, το 16,7% (4 άτομα) καταναλώνει 1 φορά την εβδομάδα, το 12,5% (3 άτομα) καταναλώνει 1-3 φορές τον μήνα, το 50% (12 άτομα) καταναλώνει λίγες φορές τον χρόνο ή ποτέ.

Τεστ χ^2

	Τιμή	Βαθμοί Ελευθερίας Df	Ασυμπτωματική Σημαντικότητα
Pearson χ^2	18.687 ^a	10	.044
Λόγος Πιθανοφάνειας	19.740	10	.032
Linear-by-Linear Association	.401	1	.526
N Έγκυρων Περιπτώσεων	88		

a. 11 κελιά (61.1%) έχουν θεωρητική συχνότητα λιγότερη από 5. Η ελάχιστη συχνότητα είναι 0.18.

Δεν υπάρχει σημαντική στατιστική διαφορά μεταξύ των παικτών και της κατανάλωσης μπισκότων ($p=0,044$).

Κατηγορίες παικτών* Πόσο συχνά καταναλώνετε σοκολάτα;

			Πόσο συχνά καταναλώνετε σοκολάτα;								
			6+ φορές την ημέρα	2 - 3 φορές την ημέρα	1 φορά την ημέρα	5 - 6 φορές την εβδομάδα	2 - 4 φορές την εβδομάδα	1 φορά την εβδομάδα	1 - 3 φορές τον μήνα	Λίγες φορές τον χρόνο ή ποτέ	Total
Κατηγορίες παικτών	0-2 μη παίκτες ή παίκτες χωρίς πρόβλημα	Count % within Κατηγορίες παικτών	2 4.2 %	0 0.0%	5 10.4%	6 12.5 %	13 27.1 %	7 14.6%	11 22.9 %	4 8.3 %	48 100.0%

	3-4 υποψήφ ιος παθολογ ικός παίκτης	Count % within Κατηγο ρίες παικτώ ν	0 0.0 %	0 0.0%	1 6.3%	2 12.5 %	4 25.0 %	3 18.8%	5 31.3 %	1 6.3 %	16 100. 0%
	>5 παθολογ ικός παίκτης	Count % within Κατηγο ρίες παικτώ ν	0 0.0 %	1 4.2%	3 12.5%	3 12.5 %	7 29.2 %	3 12.5%	4 16.7 %	3 12.5 %	24 100. 0%
Total		Count % within Κατηγο ρίες παικτώ ν	2 2.3 %	1 1.1%	9 10.2%	11 12.5 %	24 27.3 %	13 14.8%	20 22.7 %	8 9.1 %	88 100. 0%

Από τους 48 μη παίκτες ή παίκτες χωρίς πρόβλημα το 4,2% (2 άτομα) καταναλώνει σοκολάτα περισσότερες από 6 φορές την ημέρα, το 0% καταναλώνει 2-3 φορές την ημέρα, το 10,4% (5 άτομα) καταναλώνει 1 φορά την ημέρα, το 12,5% (6 άτομα) καταναλώνει 5-6 φορές την εβδομάδα, το 27,3% (13 άτομα) καταναλώνει 2-4 φορές την εβδομάδα, το 14,6% (7 άτομα) καταναλώνει 1 φορά την εβδομάδα, το 22,9% (11 άτομα) καταναλώνει 1-3 φορές τον μήνα, το 8,3% (4 άτομα) καταναλώνει λίγες φορές τον χρόνο ή ποτέ.

Από τους 16 υποψήφιους παθολογικούς παίκτες το 0% καταναλώνει σοκολάτα περισσότερες από 6 φορές την ημέρα, το 0% καταναλώνει 2-3 φορές την ημέρα, το 6,3% (1 άτομο) καταναλώνει 1 φορά την ημέρα, το 12,2% (2 άτομα) καταναλώνει 5-6 φορές την εβδομάδα, το 25% (4 άτομα) καταναλώνει 2-4 φορές την εβδομάδα, το 18,8% (3 άτομο) καταναλώνει 1 φορά την εβδομάδα, το 31,3% (5 άτομα) καταναλώνει 1-3 φορές τον μήνα, το 6,3% (1 άτομο) καταναλώνει λίγες φορές τον χρόνο ή ποτέ.

Από τους 24 παθολογικούς παίκτες το 0% καταναλώνει σοκολάτα περισσότερες από 6 φορές την ημέρα, το 4,2% (1 άτομο) καταναλώνει 2-3 φορές την ημέρα, το 12,5% (3 άτομα) καταναλώνει 1 φορά την ημέρα, το 12,5% (3 άτομα) καταναλώνει 5-6 φορές την εβδομάδα, το 29,2 % (7 άτομα) καταναλώνει 2-4 φορές την εβδομάδα, το 12,5% (3 άτομα) καταναλώνει 1 φορά την εβδομάδα, το 16,7% (4 άτομα) καταναλώνει 1-3 φορές τον μήνα, το 12,5% (3 άτομα) καταναλώνει λίγες φορές τον χρόνο ή ποτέ.

Τεστ χ^2

	Τιμή	Βαθμοί Ελευθερίας Df	Ασυμπτωματική Σημαντικότητα
Pearson χ^2	6.402 ^a	14	.955
Λόγος Πιθανοφάνειας	7.087	14	.931
Linear-by-Linear Association	.007	1	.935
N Έγκυρων Περιπτώσεων	88		

a. 18 κελιά (75.0%) έχουν θεωρητική συχνότητα λιγότερη από 5. Η ελάχιστη συχνότητα είναι .18.

Δεν υπάρχει υπέρχρησιμη σημαντική στατιστική διαφορά μεταξύ κατηγορίας παικτών και κατανάλωσης σοκολάτας (p=0,955)

Κατηγορίες παικτών* Πόσο συχνά καταναλώνετε γλυκά κουταλιού;

			Πόσο συχνά καταναλώνετε γλυκά κουταλιού;					
			1 φορά την ημέρα	5 - 6 φορές την εβδομάδα	1 φορά την εβδομάδα	1 - 3 φορές τον μήνα	Λίγες φορές τον χρόνο ή ποτέ	Total
Κατηγορίες παικτών	0-2 μη παίκτες ή παίκτες χωρίς πρόβλημα	Count % within Κατηγορίες παικτών	0 0.0 %	0 0.0%	2 4.3%	10 21.3%	35 74.5 %	47 100.0%
	3-4 υποψήφιος παθολογικός παίκτης	Count % within Κατηγορίες παικτών	0 0.0 %	0 0.0%	0 0.0%	1 6.3 %	15 93.8 %	16 100.0%
	>5	Count	1	1	2	5	15	24

	παθολογικός παίκτης	% within Κατηγορίες παικτών	4.2 %	4.2%	8.3%	20.8%	62.5 %	100.0%
Total		Count	1	1	4	16	24	87
		% within Κατηγορίες παικτών	1.1 %	1.1%	4.6%	18.4%	27.3 %	100.0%

Από τους 47 μη παίκτες ή παίκτες χωρίς πρόβλημα το 0% καταναλώνει γλυκά του κουταλιού 1 φορά την ημέρα, το 0% καταναλώνει 5-6 φορές την εβδομάδα, το 4,3% (2 άτομα) καταναλώνει 2-4 φορές την εβδομάδα, το 21,3% (10 άτομα) καταναλώνει 1-3 φορές το μήνα, το 74,5% (35 άτομα) καταναλώνει λίγες φορές τον χρόνο ή ποτέ.

Από τους 16 υποψήφιους παίκτες το 0% καταναλώνει γλυκά του κουταλιού 1 φορά την ημέρα, το 0% καταναλώνει 5-6 φορές την εβδομάδα, το 0% καταναλώνει 2-4 φορές την εβδομάδα, το 6,3% (1 άτομο) καταναλώνει 1-3 φορές το μήνα, το 93,8% (15 άτομα) καταναλώνει λίγες φορές τον χρόνο ή ποτέ.

Από τους 24 παθολογικούς παίκτες το 4,2% (1 άτομο) καταναλώνει γλυκά του κουταλιού 1 φορά την ημέρα, το 4,2% (1 άτομο) καταναλώνει 5-6 φορές την εβδομάδα, το 8,3% (2 άτομα) καταναλώνει 2-4 φορές την εβδομάδα, το 20,8% (5 άτομα) καταναλώνει 1-3 φορές το μήνα, το 62,5% (15 άτομα) καταναλώνει λίγες φορές τον χρόνο ή ποτέ.

Τεστ χ^2

	Τιμή	Βαθμοί Ελευθερίας Df	Ασυμπτωματική Σημαντικότητα
Pearson χ^2	9.555 ^a	8	.298
Λόγος Πιθανοφάνειας	10.450	8	.235

Linear-by-Linear Association	3.546	1	.060
N Έγκυρων Περιπτώσεων	87		

a. 11 κελιά (73.3%) έχουν θεωρητική συχνότητα λιγότερη από 5. Η ελάχιστη συχνότητα είναι 0.18.

Δεν υπάρχει στατιστική διαφορά μεταξύ παικτών και κατανάλωσης γλυκού του κουταλιού ($p=0,298$).

Κατηγορίες παικτών* Πόσο συχνά καταναλώνετε γλυκό ταψιού;

			Πόσο συχνά καταναλώνετε γλυκό ταψιού;					
			1 φορά την ημέρα	2 - 4 φορές την εβδομάδα	1 φορά την εβδομάδα	1 - 3 φορές τον μήνα	Λίγες φορές τον χρόνο ή ποτέ	Total
Κατηγορίες παικτών	0-2 μη παίκτες ή παίκτες χωρίς πρόβλημα	Count % within Κατηγορίες παικτών	0 0.0%	0 0.0%	1 2.1%	10 21.3%	36 76.6%	47 100.0%
	3-4 υποψήφιος παθολογικός παίκτης	Count % within Κατηγορίες παικτών	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	4 25.0%	12 75.0%	16 100.0%

	>5 παθολο γικός παίκτης	Count % within Κατηγ ορίες παικτώ ν	1 4.2%	2 8.3 %	2 8.3%	7 29.2%	12 50.0 %	24 100.0%
Total		Count % within Κατηγ ορίες παικτώ ν	1 1.1%	2 2.3 %	3 3.4%	21 24.1%	60 69.0 %	87 100.0%

Από τους 47 μη παίκτες ή παίκτες χωρίς πρόβλημα το 0% καταναλώνει 1 φορά την ημέρα γλυκό ταψιού, το 0% καταναλώνει 2-4 φορές την εβδομάδα, το 2,1% (1 άτομο) καταναλώνει 1 φορά την εβδομάδα, το 21,3% (10 άτομα) καταναλώνει 1-3 φορές τον μήνα, το 76,6% (36 άτομα) καταναλώνει λίγες φορές τον χρόνο ή ποτέ.

Από τους 16 υποψήφιους παίκτες το 0% καταναλώνει 1 φορά την ημέρα γλυκό ταψιού, το 0% καταναλώνει 2-4 φορές την εβδομάδα, το 0% καταναλώνει 1 φορά την εβδομάδα, το 25% (4 άτομα) καταναλώνει 1-3 φορές τον μήνα, το 75% (12 άτομα) καταναλώνει λίγες φορές τον χρόνο ή ποτέ.

Από τους 24 παθολογικούς παίκτες το 4,2% (1 άτομο) καταναλώνει 1 φορά την ημέρα γλυκό ταψιού, το 8,3% (2 άτομα) καταναλώνει 2-4 φορές την εβδομάδα, το 8,3% (2 άτομα) καταναλώνει 1 φορά την εβδομάδα, το 29,2% (7 άτομα) καταναλώνει 1-3 φορές τον μήνα, το 50% (12 άτομα) καταναλώνει λίγες φορές τον χρόνο ή ποτέ.

Τεστ χ^2

	Τιμή	Βαθμοί Ελευθερίας Df	Ασυμπτωματική Σημαντικότητα
Pearson χ^2	12.474 ^a	8	.131
Λόγος Πιθανοφάνειας	12.548	8	.128
Linear-by-Linear Association	8.961	1	.003
N Έγκυρων Περιπτώσεων	87		

a. 10 κελιά (66.7%) έχουν θεωρητική συχνότητα λιγότερη από 5. Η ελάχιστη συχνότητα είναι 0.18.

Δεν υπάρχει στατιστική διαφορά μεταξύ παικτών και κατανάλωσης γλυκού ταψιού ($p=0,131$).

Κατηγορίες παικτών* Πόσο συχνά καταναλώνετε πάστα;

			Πόσο συχνά καταναλώνετε πάστα;					
			1 φορ ά την ημέ ρα	2 - 4 φορές την εβδομ άδα	1 φορά την εβδο μάδα	1 - 3 φορ ές τον μήν α	Λίγες φορές τον χρόνο ή ποτέ	Total
Κατηγ ορίες παικτώ ν	0-2 μη παίκτης ή παίκτης χωρίς πρόβλη μα	Count % within Κατηγ ορίες παικτώ ν	1 2.1 %	0 0.0%	1 2.1%	18 38. 3%	27 57.4 %	47 100.0 %

	3-4 υποψή φιος παθολο γικός παίκτης	Count % within Κατηγ ορίες παικτώ ν	0 0.0 %	0 0.0%	1 6.3%	5 31. 3%	10 62.5 %	16 100.0 %
	>5 παθολο γικός παίκτης	Count % within Κατηγ ορίες παικτώ ν	1 4.2 %	1 4.2%	1 4.2%	12 50. 0%	9 37.5 %	24 100.0 %
Total		Count % within Κατηγ ορίες παικτώ ν	2 2.3 %	1 1.1%	3 3.4%	35 40. 2%	46 52.9 %	87 100.0 %

Από τους 47 μη παίκτες ή παίκτες χωρίς πρόβλημα το 2,1% (1 άτομο) καταναλώνει πάστα 1 φορά την ημέρα, το 0% καταναλώνει 2-4 φορές την εβδομάδα, το 2,1% (1 άτομο) καταναλώνει 1 φορά την εβδομάδα, το 38,3% (18 άτομα) καταναλώνει 1-3 φορές το μήνα, το 57,4% (27 άτομα) καταναλώνει λίγες φορές τον χρόνο ή ποτέ.

Από τους 16 υποψήφιους παθολογικούς παίκτες το 0% καταναλώνει πάστα 1 φορά την ημέρα, το 0% καταναλώνει 2-4 φορές την εβδομάδα, το 6,3% (1 άτομο) καταναλώνει 1 φορά την εβδομάδα, το 31,3% (5 άτομα) καταναλώνει 1-3 φορές το μήνα, το 62,5% (10 άτομα) καταναλώνει λίγες φορές τον χρόνο ή ποτέ.

Από τους 24 παθολογικούς παίκτες το 4,2% (1 άτομο) καταναλώνει πάστα 1 φορά την ημέρα, το 4,2% (1 άτομο) καταναλώνει 2-4 φορές την εβδομάδα, το 4,2% (1

άτομο) καταναλώνει 1 φορά την εβδομάδα, το 50% (12 άτομα) καταναλώνει 1-3 φορές το μήνα, το 37,5% (9 άτομα) καταναλώνει λίγες φορές τον χρόνο ή ποτέ.

Τεστ χ^2

	Τιμή	Βαθμοί Ελευθερίας Df	Ασυμπτωματική Σημαντικότητα
Pearson χ^2	6.474 ^a	8	.594
Λόγος Πιθανοφάνειας	6.774	8	.561
Linear-by-Linear Association	2.324	1	.127
N Έγκυρων Περιπτώσεων	87		

a. 9 κελιά (60.0%) έχουν θεωρητική συχνότητα λιγότερη από 5. Η ελάχιστη συχνότητα είναι 0.18.

Δεν υπάρχει στατιστική διαφορά μεταξύ παικτών και κατανάλωσης πάστας (p=0,594).

Κατηγορίες παικτών*Πόσο συχνά καταναλώνετε μερέντα;

			Πόσο συχνά καταναλώνετε μερέντα;								
			6+ φορ ές την ημέ ρα	2 - 3 φορές την ημέρ α	1 φορά την ημέρ α	5 - 6 φορέ ς την εβδο μάδα	2 - 4 φορ ές την εβδο ομά δα	1 φορά την εβδο μάδα	1 - 3 φορ ές τον μήν α	Λίγ ες φορ ές τον χρό νο ή ποτέ	Tot al
Κατηγ ορίες παικτώ ν	0-2 μη παίκτης ή παίκτης χωρίς πρόβλη	Count % within Κατηγ ορίες παικτώ	1 2.1 %	1 2.1%	0 0.0%	0 0.0%	5 10.6 %	5 10.6 %	15 31.9 %	20 42.6 %	47 100. 0%

	μα	ν									
	3-4 υποψή φιος παθολο γικός παίκτης	Count % within Κατηγ ορίες παικτώ ν	0 0.0 %	0 0.0%	1 6.3%	1 6.3%	2 12.5 %	3 18.8 %	2 12.5 %	7 43.8 %	16 100. 0%
	>5 παθολο γικός παίκτης	Count % within Κατηγ ορίες παικτώ ν	0 0.0 %	0 0.0%	0 0.0%	2 8.3%	0 0.0 %	2 8.3%	4 16.7 %	16 66.7 %	24 100. 0%
Total		Count % within Κατηγ ορίες παικτώ ν	1 1.1 %	1 1.1%	1 1.1%	3 3.4%	7 8.0 %	10 11.5 %	21 24.1 %	43 49.4 %	87 100. 0%

Από τους 47 μη παίκτες ή παίκτες χωρίς πρόβλημα το 2,1% (1 άτομο) καταναλώνει μερέντα περισσότερες από 6 φορές την ημέρα, το 2,1% (1 άτομο) καταναλώνει 2-4 φορές την ημέρα, το 0% καταναλώνει 1 φορά την ημέρα, το 0% καταναλώνει 5-6 φορές την εβδομάδα, το 10,6% (5 άτομα) καταναλώνει 2-4 φορές την εβδομάδα, το 10,6% (5 άτομα) καταναλώνει 1 φορά την εβδομάδα, το 31,9% (15 άτομα) καταναλώνει 1-3 φορές τον μήνα, το 42,6% (20 άτομα) καταναλώνει λίγες φορές τον χρόνο ή ποτέ.

Από τους 16 υποψήφιους παθολογικούς παίκτες το 0% καταναλώνει μερέντα περισσότερες από 6 φορές την ημέρα, το 0% καταναλώνει 2-4 φορές την ημέρα, το 6,3% (1 άτομο) καταναλώνει 1 φορά την ημέρα, το 6,3% (1 άτομο) καταναλώνει 5-6 φορές την εβδομάδα, το 12,5% (2 άτομα) καταναλώνει 2-4 φορές την εβδομάδα, το 18,8% (3 άτομα) καταναλώνει 1 φορά την εβδομάδα, το 12,5% (2 άτομα) καταναλώνει 1-3 φορές τον μήνα , το 43,8% (7 άτομα) καταναλώνει λίγες φορές τον χρόνο ή ποτέ.

Από τους 24 παθολογικούς παίκτες το 0% καταναλώνει μερέντα περισσότερες από 6 φορές την ημέρα, το 0% καταναλώνει 2-4 φορές την ημέρα, το 0% καταναλώνει 1 φορά την ημέρα, το 8,3% (2 άτομα) καταναλώνει 5-6 φορές την εβδομάδα, το 0% καταναλώνει 2-4 φορές την εβδομάδα, το 8,3% (2 άτομα) καταναλώνει 1 φορά την εβδομάδα, το 16,7% (4 άτομα) καταναλώνει 1-3 φορές τον μήνα , το 66,7% (16 άτομα) καταναλώνει λίγες φορές τον χρόνο ή ποτέ.

Τεστ χ^2

	Τιμή	Βαθμοί Ελευθερίας Df	Ασυμπτωματική Σημαντικότητα
Pearson χ^2	18.102 ^a	14	.202
Λόγος Πιθανοφάνειας	20.663	14	.111
Linear-by-Linear Association	1.153	1	.283
N Έγκυρων Περιπτώσεων	87		

a. 18 κελιά (75.0%) έχουν θεωρητική συχνότητα λιγότερη από 5. Η ελάχιστη συχνότητα είναι 0.18.

Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ παικτών και κατανάλωσης μερέντας ($p=0,202$).

Κατηγορίες παικτών* Πόσο συχνά καταναλώνετε κρουασάν/ντόνατς;

	Πόσο συχνά καταναλώνετε κρουασάν/ντόνατς;
--	---

			6+ φορές την ημέρα	2 - 3 φορές την ημέρα	1 φορά την ημέρα	5 - 6 φορές την εβδομάδα	2 - 4 φορές την εβδομάδα	1 φορά την εβδομάδα	1 - 3 φορές τον μήνα	Λίγες φορές τον χρόνο ή ποτέ	Total
Κατηγορίες παικτών	0-2 μη παίκτες ή παίκτες χωρίς πρόβλημα	Count % within Κατηγορίες παικτών	1 2.1 %	1 2.1%	1 2.1%	2 4.3%	5 10.6 %	4 8.5%	18 38.3 %	15 31.9 %	47 100.0%
	3-4 υποψήφιος παθολογικός παίκτης	Count % within Κατηγορίες παικτών	0 0.0 %	0 0.0%	1 6.3%	2 12.5 %	3 18.8 %	1 6.3%	4 25.0 %	5 31.3 %	16 100.0%
	>5 παθολογικός παίκτης	Count % within Κατηγορίες παικτών	0 0.0 %	0 0.0%	1 4.2%	0 0.0%	3 12.5 %	3 12.5 %	3 12.5 %	14 58.3 %	24 100.0%
Total		Count % within	1 1.1 %	1 1.1%	3 3.4%	4 4.6%	11 12.6 %	8 9.2%	25 28.7 %	34 39.1 %	87 100.0%

	Κατηγορίες παικτών									
--	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Από τους 47 μη παίκτες ή παίκτες χωρίς πρόβλημα το 2,1% (1 άτομο) καταναλώνει κρουασάν/ντόνατς περισσότερες από 6 φορές την ημέρα, το 2,1% (1 άτομο) καταναλώνει 2-4 φορές την ημέρα, το 2,1% (1 άτομο) καταναλώνει 1 φορά την ημέρα, το 4,3% (2 άτομα) καταναλώνει 5-6 φορές την εβδομάδα, το 10,6% (5 άτομα) καταναλώνει 2-4 φορές την εβδομάδα, το 8,5% (4 άτομα) καταναλώνει 1 φορά την εβδομάδα, το 38,3% (18 άτομα) καταναλώνει 1-3 φορές τον μήνα, το 31,9% (15 άτομα) καταναλώνει λίγες φορές τον χρόνο ή ποτέ.

Από τους 16 υποψήφιους παθολογικούς παίκτες το 0% καταναλώνει κρουασάν/ντόνατς περισσότερες από 6 φορές την ημέρα, το 0% καταναλώνει 2-4 φορές την ημέρα, το 6,3% (1 άτομο) καταναλώνει 1 φορά την ημέρα, το 12,5% (2 άτομα) καταναλώνει 5-6 φορές την εβδομάδα, το 18,8% (3 άτομα) καταναλώνει 2-4 φορές την εβδομάδα, το 6,1% (1 άτομο) καταναλώνει 1 φορά την εβδομάδα, το 25% (4 άτομα) καταναλώνει 1-3 φορές τον μήνα, το 31,3% (5 άτομα) καταναλώνει λίγες φορές τον χρόνο ή ποτέ.

Από τους 24 παθολογικούς παίκτες το 0% καταναλώνει κρουασάν/ντόνατς περισσότερες από 6 φορές την ημέρα, το 0% καταναλώνει 2-4 φορές την ημέρα, το 4,2% (1 άτομο) καταναλώνει 1 φορά την ημέρα, το 0% καταναλώνει 5-6 φορές την εβδομάδα, το 12,5% (3 άτομα) καταναλώνει 2-4 φορές την εβδομάδα, το 12,5% (3 άτομα) καταναλώνει 1 φορά την εβδομάδα, το 12,5% (3 άτομα) καταναλώνει 1-3 φορές τον μήνα, το 58,3% (14 άτομα) καταναλώνει λίγες φορές τον χρόνο ή ποτέ.

Τεστ χ^2

	Τιμή	Βαθμοί Ελευθερίας Df	Ασυμπτωματική Σημαντικότητα
Pearson χ^2	13.630 ^a	14	.478
Λόγος Πιθανοφάνειας	14.911	14	.384
Linear-by-Linear Association	.987	1	.320
N Έγκυρων Περιπτώσεων	87		

a. 18 κελιά (75.0%) έχουν θεωρητική συχνότητα λιγότερη από 5. Η ελάχιστη συχνότητα είναι 0.18.

Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των παικτών και της κατανάλωσης κρουασάν/ντόνατς ($p=0,478$).

Κατηγορίες παικτών* Πόσο συχνά καταναλώνετε μέλι;

			Πόσο συχνά καταναλώνετε μέλι;							
			2 - 3 φορές την ημέρ α	1 φορά την ημέρ α	5 - 6 φορέ ς την εβδο μάδα	2 - 4 φορ ές την εβδο ομά δα	1 φορά την εβδο μάδα	1 - 3 φορ ές τον μην α	Λίγ ες φορ ές τον χρό νο ή ποτέ	Tot al
Κατηγορίες παικτών	0-2 μη παίκτες ή παίκτες χωρίς πρόβλημα	Count % within Κατηγορίες παικτών	1 2.1%	7 14.9%	2 4.3%	6 12.8%	7 14.9%	15 31.9%	9 19.1%	47 100.0%

	3-4 υποψή φιος παθολο γικός παίκτης	Count % within Κατηγ ορίες παικτώ ν	0 0.0%	2 12.5 %	2 12.5 %	2 12.5 %	1 6.3%	1 6.3 %	8 50.0 %	16 100. 0%
	>5 παθολο γικός παίκτης	Count % within Κατηγ ορίες παικτώ ν	0 0.0%	3 12.5 %	0 0.0%	2 8.3 %	5 20.8 %	5 20.8 %	9 37.5 %	24 100. 0%
Total		Count % within Κατηγ ορίες παικτώ ν	1 1.1%	12 13.8 %	4 4.6%	10 11.5 %	13 14.9 %	21 24.1 %	26 29.9 %	87 100. 0%

Από τους 47 μη παίκτες ή παίκτες χωρίς πρόβλημα το 2,1% (1 άτομο) καταναλώνει 2-4 φορές την ημέρα μέλι, το 14,9% (7 άτομα) καταναλώνει 1 φορά την ημέρα, το 4,3% (2 άτομα) καταναλώνει 5-6 φορές την εβδομάδα, το 12,8% (6 άτομα) καταναλώνουν 2-4 φορές την εβδομάδα, το 14,9% (7 άτομα) καταναλώνει 1 φορά την εβδομάδα, το 31,9% (15 άτομα) καταναλώνει 1-3 φορές το μήνα, το 19,1% (9 άτομα) καταναλώνει λίγες φορές το χρόνο ή ποτέ.

Από τους 16 υποψήφιους παθολογικούς παίκτες το 0% καταναλώνει 2-4 φορές την ημέρα μέλι, το 12,5% (2 άτομα) καταναλώνει 1 φορά την ημέρα, το 12,5% (2 άτομα) καταναλώνει 5-6 φορές την εβδομάδα, το 12,5% (2 άτομα) καταναλώνουν 2-4 φορές την εβδομάδα, το 6,3% (1 άτομο) καταναλώνει 1 φορά την εβδομάδα, το 6,3% (1

άτομο) καταναλώνει 1-3 φορές το μήνα, το 50% (8 άτομα) καταναλώνει λίγες φορές το χρόνο ή ποτέ.

Από τους 24 παθολογικούς παίκτες το 0% καταναλώνει 2-4 φορές την ημέρα μέλι, το 12,5% (3 άτομα) καταναλώνει 1 φορά την ημέρα, το 0% καταναλώνει 5-6 φορές την εβδομάδα, το 8,3% (2 άτομα) καταναλώνουν 2-4 φορές την εβδομάδα, το 20,8% (5 άτομα) καταναλώνει 1 φορά την εβδομάδα, το 20,8% (5 άτομα) καταναλώνει 1-3 φορές το μήνα, το 37,5% (9 άτομα) καταναλώνει λίγες φορές το χρόνο ή ποτέ.

Τεστ χ^2

	Τιμή	Βαθμοί Ελευθερίας Df	Ασυμπτωματική Σημαντικότητα
Pearson χ^2	13.737 ^a	12	.318
Λόγος Πιθανοφάνειας	15.368	12	.222
Linear-by-Linear Association	1.570	1	.210
N Έγκυρων Περιπτώσεων	87		

a. 14 κελιά (66.7%) έχουν θεωρητική συχνότητα λιγότερη από 5. Η ελάχιστη συχνότητα είναι 0.18.

Δεν υπάρχει στατιστική διαφορά μεταξύ των παικτών και της κατανάλωσης μελιού ($p=0,318$).

Κατηγορίες παικτών * Πόσο συχνά καταναλώνετε μαρμελάδα; Crosstabulation

	Πόσο συχνά καταναλώνετε μαρμελάδα;	Total

			5 - 6 φορές την εβδομάδα	2 - 4 φορές την εβδομάδα	1 φορά την εβδομάδα	1 - 3 φορές τον μήνα	Λίγες φορές τον χρόνο ή ποτέ	
Κατηγορίες παικτών	0-2 μη παίκτης ή παίκτης χωρίς πρόβλημα	Count	0	4	4	17	22	47
		% within Κατηγορίες παικτών	0.0%	8.5%	8.5%	36.2%	46.8%	100.0%
	3-4 υποψήφιος παθολογικός παίκτης	Count	1	2	0	4	9	16
		% within Κατηγορίες παικτών	6.3%	12.5%	0.0%	25.0%	56.3%	100.0%
	>5 παθολογικός παίκτης	Count	0	2	2	5	15	24
		% within Κατηγορίες παικτών	0.0%	8.3%	8.3%	20.8%	62.5%	100.0%
Total	Count	1	8	6	26	46	87	
	% within Κατηγορίες παικτών	1.1%	9.2%	6.9%	29.9%	52.9%	100.0%	

Από τους 47 μη παίκτες ή παίκτες χωρίς πρόβλημα το 0% καταναλώνει 5-6 φορές μαρμελάδα, το 8,5% (4 άτομα) καταναλώνει 2-4 φορές την εβδομάδα, το 8,5% (4 άτομα) καταναλώνει 1 φορά την εβδομάδα, το 36,2% (17 άτομα) καταναλώνει 1-3 φορές τον μήνα, το 46,8% (22 άτομα) καταναλώνει λίγες φορές τον χρόνο ή ποτέ.

Από τους 16 υποψήφιους παίκτες το 6,3% (1 άτομο) καταναλώνει 5-6 φορές μαρμελάδα, το 12,5% (2 άτομα) καταναλώνει 2-4 φορές την εβδομάδα, το 0% καταναλώνει 1 φορά την εβδομάδα, το 25% (4 άτομα) καταναλώνει 1-3 φορές τον μήνα, το 56,3% (9 άτομα) καταναλώνει λίγες φορές τον χρόνο ή ποτέ.

Από τους 24 παθολογικούς παίκτες το 0% καταναλώνει 5-6 φορές την εβδομάδα μαρμελάδα, το 8,3% (2 άτομα) καταναλώνει 2-4 φορές την εβδομάδα, το 8,3% (2 άτομα) καταναλώνει 1 φορά την εβδομάδα, το 20,8% (5 άτομα) καταναλώνει 1-3 φορές τον μήνα, το 62,9% (15 άτομα) καταναλώνει λίγες φορές τον χρόνο ή ποτέ.

Τεστ χ^2

	Τιμή	Βαθμοί Ελευθερίας Df	Ασυμπτωματική Σημαντικότητα
Pearson χ^2	8.213 ^a	8	.413
Λόγος Πιθανοφάνειας	8.266	8	.408
Linear-by-Linear Association	.312	1	.576
N Έγκυρων Περιπτώσεων	87		

a. 10 κελιά (66.7%) έχουν θεωρητική συχνότητα λιγότερη από 5. Η ελάχιστη συχνότητα είναι 0.18.

Δεν υπάρχει στατιστική διαφορά μεταξύ παικτών και κατανάλωσης μαρμελάδας (p=0,413).

Κατηγορίες παικτών* πόσο συχνά καταναλώνετε παγωτό;

			Πόσο συχνά καταναλώνετε παγωτό;						
			1 φορ ά την ημέ ρα	5 - 6 φορές την εβδομ άδα	2 - 4 φορές την εβδομ άδα	1 φορά την εβδομ άδα	1 - 3 φορ ές τον μήν α	Λίγες φορές τον χρόνο ή ποτέ	Tota l
Κατηγο ρίες παικτώ ν	0-2 μη παίκτης ή παίκτης χωρίς πρόβλη μα	Count % within Κατηγο ρίες παικτώ ν	1 2.1 %	2 4.3%	3 6.4%	3 6.4%	19 40.4 %	19 40.4%	47 100. 0%

	3-4 υποψήφιο ς παθολογ ικός παίκτης	Count % within Κατηγο ρίες παικτώ ν	0 0.0 %	0 0.0% %	1 6.3% %	4 25.0% %	3 18.8 %	8 50.0% %	16 100. 0%
	>5 παθολογ ικός παίκτης	Count % within Κατηγο ρίες παικτώ ν	1 4.2 %	1 4.2% %	1 4.2% %	4 16.7% %	8 33.3 %	9 37.5% %	24 100. 0%
Total		Count % within Κατηγο ρίες παικτώ ν	2 2.3 %	3 3.4% %	5 5.7% %	11 12.6% %	30 34.5 %	36 41.4% %	87 100. 0%

Από τους 47 μη παίκτες ή παίκτες χωρίς πρόβλημα το 2,1% (1 άτομο) καταναλώνει παγωτό 1 φορά την ημέρα, το 4,3% (2 άτομα) καταναλώνει 5-6 φορές την εβδομάδα, το 6,4% (3 άτομα) καταναλώνει 2-4 φορές την εβδομάδα, το 6,3% (3 άτομα) καταναλώνει 1 φορά την εβδομάδα, το 40,4% (19 άτομα) καταναλώνει 1-3 φορές τον μήνα , το 40,4 % (19 άτομα) καταναλώνει λίγες φορές τον χρόνο ή ποτέ.

Από τους 16 υποψήφιους παθολογικούς παίκτες το 0% καταναλώνει παγωτό 1 φορά την ημέρα, το 0% καταναλώνει 5-6 φορές την εβδομάδα, το 6,3% (1 άτομο)

καταναλώνει 2-4 φορές την εβδομάδα, το 25% (4 άτομα) καταναλώνει 1 φορά την εβδομάδα, το 18,8% (3 άτομα) καταναλώνει 1-3 φορές τον μήνα , το 50 % (8 άτομα) καταναλώνει λίγες φορές τον χρόνο ή ποτέ.

Από τους 24 παθολογικούς παίκτες το 4,2% (1 άτομο) καταναλώνει παγωτό 1 φορά την ημέρα, το 4,2% (1 άτομο) καταναλώνει 5-6 φορές την εβδομάδα, το 4,2% (1 άτομο) καταναλώνει 2-4 φορές την εβδομάδα, το 16,7% (4 άτομα) καταναλώνει 1 φορά την εβδομάδα, το 33,3% (8 άτομα) καταναλώνει 1-3 φορές τον μήνα , το 37,4% (9 άτομα) καταναλώνει λίγες φορές τον χρόνο ή ποτέ.

Τεστ χ^2

	Τιμή	Βαθμοί Ελευθερίας Df	Ασυμπτωματική Σημαντικότητα
Pearson χ^2	7.279 ^a	10	.699
Λόγος Πιθανοφάνειας	8.185	10	.611
Linear-by-Linear Association	.216	1	.642
N Έγκυρων Περιπτώσεων	87		

a. 11 κελιά (61.1%) έχουν θεωρητική συχνότητα λιγότερη από 5. Η ελάχιστη συχνότητα είναι 0.37.

Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ παικτών και κατανάλωσης παγωτού ($p=0,699$).

Κατηγορίες παικτών* Πόσο συχνά καταναλώνετε κρέπες/βάφλες;

			Πόσο συχνά καταναλώνετε κρέπες/βάφλες;					
			1 φορά την ημέρα	2 - 4 φορές την εβδομάδα	1 φορά την εβδομάδα	1 - 3 φορές τον μήνα	Λίγες φορές τον χρόνο ή ποτέ	Tota l
Κατηγορίες παικτών	0-2 μη παίκτες ή παίκτες χωρίς πρόβλημα	Count % within Κατηγορίες παικτών	0 0.0 %	1 2.1%	2 4.3%	15 31.9%	29 61.7 %	47 100.0%
	3-4 υποψήφιος παθολογικός παίκτης	Count % within Κατηγορίες παικτών	0 0.0 %	1 6.3%	0 0.0%	5 31.3%	10 62.5 %	16 100.0%
	>5 παθολογικός παίκτης	Count % within Κατηγορίες παικτών	1 4.2 %	1 4.2%	3 12.5 %	6 25.0%	13 54.2 %	24 100.0%

	v							
Total	Count	1	3	5	26	36	87	
	%	1.1	3.4%	5.7%	29.	41.4	100.	
	within	%			9%	%52	0%	
	Κατηγ					59.8		
	ορίες παικτώ v					%		

Από τους 47% μη παίκτες ή παίκτες χωρίς πρόβλημα το 0% καταναλώνει 1 φορά την ημέρα , το 2,1% (1 άτομο) καταναλώνει 2-4 φορές τον μήνα , το 4,3% (2 άτομα) καταναλώνει 1 φορά την εβδομάδα, το 31,9% (15 άτομα) καταναλώνει 1-3 φορές τον μήνα, το 61,7% (29 άτομα) καταναλώνει λίγες φορές τον χρόνο ή ποτέ.

Από τους 16 υποψήφιους παθολογικούς παίκτες το 0% καταναλώνει 1 φορά την ημέρα , το 6,3% (1 άτομο) καταναλώνει 2-4 φορές τον μήνα , το 0% καταναλώνει 1 φορά την εβδομάδα, το 31,3% (5 άτομα) καταναλώνει 1-3 φορές τον μήνα, το 62,5% (10 άτομα) καταναλώνει λίγες φορές τον χρόνο ή ποτέ.

Από τους 24 παθολογικούς παίκτες το 4,2% (1 άτομο) καταναλώνει 1 φορά την ημέρα , το 4,2% (1 άτομο) καταναλώνει 2-4 φορές τον μήνα , το 12,5% (3 άτομα) καταναλώνει 1 φορά την εβδομάδα, το 25% (6 άτομα) καταναλώνει 1-3 φορές τον μήνα, το 54,2% (13 άτομα) καταναλώνει λίγες φορές τον χρόνο ή ποτέ.

Τεστ χ^2

	Τιμή	Βαθμοί Ελευθερίας Df	Ασυμπτωματική Σημαντικότητα
Pearson χ^2	6.711 ^a	8	.568
Λόγος Πιθανοφάνειας	7.093	8	.527
Linear-by-Linear Association	2.407	1	.121
N Έγκυρων Περιπτώσεων	87		

a. 10 κελιά (66.7%) έχουν θεωρητική συχνότητα λιγότερη από 5. Η ελάχιστη συχνότητα είναι 0.18.

Δεν υπάρχει στατιστική διαφορά μεταξύ των παικτών και της κατανάλωσης κρέπας/βάφλα(p=0,568)

Κατηγορίες παικτών* Πόσο συχνά καταναλώνετε γκοφρέτα;

			Πόσο συχνά καταναλώνετε γκοφρέτα;								
			0	2 - 3 φορές την ημέρα	1 φορά την ημέρα	5 - 6 φορές την εβδομάδα	2 - 4 φορές την εβδομάδα	1 φορά την εβδομάδα	1 - 3 φορές τον μήνα	Λίγες φορές τον χρόνο ή ποτέ	Total
Κατηγορίες παικτών	0-2 μη παίκτες ή παίκτες χωρίς πρόβλημα	Count % within Κατηγορίες παικτών	0	0	1	0	2	3	10	31	47
			0.0%	0.0%	2.1%	0.0%	4.3%	6.4%	21.3%	66.0%	100.0%
			0%								0%
	3-4 υποψήφιος παθολογικός παίκτης	Count % within Κατηγορίες παικτών	0	0	0	1	1	1	5	8	16
			0.0%	0.0%	0.0%	6.3%	6.3%	6.3%	31.3%	50.0%	100.0%
			0%								0%
	>5 παθολογικός	Count % within	1	1	0	0	1	3	4	14	24
			4.2%	4.2%	0.0%	0.0%	4.2%	12.5%	16.7%	58.3%	100.0%
			2%								0%

	παίκτης	Κατηγορίες παικτών	%								
Total		Count	1	1	1	1	4	7	19	53	87
		%	1.	1.1%	1.1%	1.1%	4.6	8.0%	21.8	60.9	100.
		within	1				%		%	%	0%
		Κατηγορίες παικτών	%								

Από τους 47 μη παίκτες ή παίκτες χωρίς πρόβλημα το 0% δεν καταναλώνει γκοφρέτες, το 0% καταναλώνει 2-3 φορές την ημέρα, το 2,1% (1 άτομο) καταναλώνει 1 φορά την ημέρα, το 0% καταναλώνει 5-6 φορές την εβδομάδα, το 4,3% (2 άτομα) καταναλώνει 2-4 φορές την εβδομάδα, το 6,4% (3 άτομα) καταναλώνει 1 φορά την εβδομάδα, το 21,3% (10 άτομα) καταναλώνει 1-3 φορές τον μήνα, το 66% (31 άτομα) καταναλώνει λίγες φορές τον χρόνο ή ποτέ.

Από τους 16 υποψήφιους παθολογικούς παίκτες το 0% δεν καταναλώνει γκοφρέτες, το 0% καταναλώνει 2-3 φορές την ημέρα, 0% καταναλώνει 1 φορά την ημέρα, το 6,3% (1 άτομο) καταναλώνει 5-6 φορές την εβδομάδα, το 6,3% (1 άτομο) καταναλώνει 2-4 φορές την εβδομάδα, το 6,3% (1 άτομο) καταναλώνει 1 φορά την εβδομάδα, το 31,3% (5 άτομα) καταναλώνει 1-3 φορές τον μήνα, το 50% (8 άτομα) καταναλώνει λίγες φορές τον χρόνο ή ποτέ.

Από τους 24 παθολογικούς παίκτες το 4,2% (1 άτομο) δεν καταναλώνει γκοφρέτες, το 4,2% (1 άτομο) καταναλώνει 2-3 φορές την ημέρα, το 0% καταναλώνει 1 φορά την ημέρα, το 0% καταναλώνει 5-6 φορές την εβδομάδα, το 4,2% (1 άτομο) καταναλώνει 2-4 φορές την εβδομάδα, το 12,5% (3 άτομα) καταναλώνει 1 φορά την εβδομάδα, το 16,7% (4 άτομα) καταναλώνει 1-3 φορές τον μήνα, το 58,3% (14 άτομα) καταναλώνει λίγες φορές τον χρόνο ή ποτέ.

Τεστ χ^2

	Τιμή	Βαθμοί Ελευθερίας Df	Ασυμπτωματική Σημαντικότητα
Pearson χ^2	12.958 ^a	14	.530
Λόγος Πιθανοφάνειας	12.076	14	.600
Linear-by-Linear Association	2.633	1	.105
N Έγκυρων Περιπτώσεων	87		

a. 19 κελιά (79.2%) έχουν θεωρητική συχνότητα λιγότερη από 5. Η ελάχιστη συχνότητα είναι 0.18.

Δεν υπάρχει στατιστική διαφορά μεταξύ παικτών και κατανάλωσης γκοφρέτας (p=0,530).

9.3 Ροφήματα

Κατηγορίες παικτών* Πόσο συχνά καταναλώνετε καφέ με καφεΐνη;

			Πόσο συχνά καταναλώνετε καφέ με καφεΐνη;									
			6+ φορ ές την ημέ ρα	4-6 φορές την ημέρ α	2 - 3 φορές την ημέρ α	1 φορά την ημέρ α	5 - 6 φορέ ς την εβδο μάδα	2 - 4 φορ ές την εβδο μάδα	1 φορά την εβδο μάδα	1 - 3 φορ ές τον μήν	Λίγ ες φορ ές τον χρό νο ή ποτέ	Tot al
Κατηγ ορίες παικτώ ν	0-2 μη παίκτης ή παίκτης	Count % within Κατηγ	0 0.0 %	3 6.4%	13 27.7 %	9 19.1 %	5 10.6 %	9 19.1 %	2 4.3%	1 2.1 %	5 10.6 %	47 100. 0%

	χωρίς πρόβλημα	ορίες παικτών										
	3-4 υποψήφιος παθολογικός παίκτης	Count % within Κατηγορίες παικτών	1 6.7 %	0 0.0% %	10 66.7 %	2 13.3 %	1 6.7%	1 6.7 %	0 0.0%	0 0.0 %	0 0.0 %	15 100. 0%
	>5 παθολογικός παίκτης	Count % within Κατηγορίες παικτών	0 0.0 %	0 0.0% %	14 58.3 %	3 12.5 %	4 16.7 %	0 0.0 %	1 4.2%	0 0.0 %	2 8.3 %	24 100. 0%
Total		Count % within Κατηγορίες παικτών	2 8.3 %	3 3.5% %	37 43.0 %	14 16.3 %	10 11.6 %	10 11.6 %	3 3.5%	1 1.2 %	7 8.1 %	86 100. 0%

Από τους 47 μη παίκτες ή παίκτες χωρίς πρόβλημα το 0% καταναλώνει περισσότερες από 6 φορές την ημέρα καφέ με καφεΐνη, το 6,4% (3 άτομα) καταναλώνει 4-6 φορές την ημέρα, το 27,7% (13 άτομα) καταναλώνει 2-4 φορές την ημέρα, το 19,1% (9 άτομα) καταναλώνει 1 φορά την ημέρα, το 10,6% (10 άτομα) καταναλώνει 5-6 φορές την εβδομάδα, το 19,1% (9 άτομα)

καταναλώνει 2-4 φορές την εβδομάδα, το 4,3% (2 άτομα) καταναλώνει 1 φορά την εβδομάδα, το 2,1% (1 άτομο) καταναλώνει 1-3 φορές τον μήνα , το 10,6% (5 άτομα) καταναλώνει λίγες φορές τον χρόνο ή ποτέ.

Από τους 15 υποψήφιους παθολογικούς παίκτες το 6,7% (1 άτομο) καταναλώνει περισσότερες από 6 φορές την ημέρα καφέ με καφεΐνη, το 0% καταναλώνει 4-6 φορές την ημέρα, το 66,7% (10 άτομα) καταναλώνει 2-4 φορές την ημέρα, το 13,3% (2 άτομα) καταναλώνει 1 φορά την ημέρα, το 6,7% (1 άτομο) καταναλώνει 5-6 φορές την εβδομάδα, το 6,7% (1 άτομο) καταναλώνει 2-4 φορές την εβδομάδα, το 0% καταναλώνει 1 φορά την εβδομάδα, το 0% καταναλώνει 1-3 φορές τον μήνα , το 0% καταναλώνει λίγες φορές τον χρόνο ή ποτέ.

Από τους 24 παθολογικούς παίκτες το 0% καταναλώνει περισσότερες από 6 φορές την ημέρα καφέ με καφεΐνη, το 0% καταναλώνει 4-6 φορές την ημέρα, το 58,3% (14 άτομα) καταναλώνει 2-4 φορές την ημέρα, το 12,5% (3 άτομα) καταναλώνει 1 φορά την ημέρα, το 16,7% (4 άτομα) καταναλώνει 5-6 φορές την εβδομάδα, το 0% καταναλώνει 2-4 φορές την εβδομάδα, το 4,2% (1 άτομο) καταναλώνει 1 φορά την εβδομάδα, το 0% καταναλώνει 1-3 φορές τον μήνα , το 8,3% (2 άτομα) καταναλώνει λίγες φορές τον χρόνο ή ποτέ.

Τεστ χ^2

	Τιμή	Βαθμοί Ελευθερίας Df	Ασυμπτωματική Σημαντικότητα
Pearson χ^2	22.908 ^a	16	.116
Λόγος Πιθανοφάνειας	27.329	16	.038
Linear-by-Linear Association	3.143	1	.076
N Έγκυρων Περιπτώσεων	86		

a. 21 κελιά (77.8%) έχουν θεωρητική συχνότητα λιγότερη από 5. Η ελάχιστη συχνότητα είναι 0.17.

Δεν υπάρχει στατιστική διαφορά μεταξύ παικτών και κατανάλωσης καφέ με καφεΐνη (p=0,116).

Κατηγορίες παικτών* Πόσο συχνά καταναλώνετε καφέ χωρίς καφεΐνη;

			Πόσο συχνά καταναλώνετε καφέ χωρίς καφεΐνη;;						
			1 φορ ά την ημέ ρα	5 - 6 φορές την εβδομ άδα	2 - 4 φορές την εβδομ άδα	1 φορά την εβδομ άδα	1 - 3 φορ ές τον μήν α	Λίγες φορές τον χρόνο ή ποτέ	Tota l
Κατη ορίες παικτώ ν	0-2 μη παίκτης ή παίκτης χωρίς πρόβλη μα	Count % within Κατη ορίες παικτώ ν	0 0.0 %	1 2.1%	1 2.1%	1 2.1%	4 8.5 %	40 85.1 %	47 100. 0%
	3-4 υποψή φιος παθολο γικός παίκτης	Count % within Κατη ορίες παικτώ ν	0 0.0 %	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 6.7 %	14 93.3 %	15 100. 0%
	>5 παθολο γικός παίκτης	Count % within Κατη ορίες παικτώ ν	1 4.2 %	0 0.0%	0 0.0%	1 4.2%	1 4.2 %	21 87.5 %	24 100. 0%

Total	Count	1	1	1	2	6	75	86
	%	1.2	1.2%	1.2%	2.3%	7.0	87.2	100.
	within %					%	%	0%
	Κατηγορίες παικτών							

Από τους 47 μη παίκτες ή παίκτες χωρίς πρόβλημα το 0% καταναλώνει 1 φορά την ημέρα, το 2,1% (1 άτομο) καταναλώνει 5-6 φορές την εβδομάδα, το 2,1% (1 άτομο) καταναλώνει 2-4 φορές την εβδομάδα, το 2,1% (1 άτομο) καταναλώνει 1 φορά την εβδομάδα, το 8,5% (4 άτομα) καταναλώνει 1-3 φορές τον μήνα, το 85,1% (40 άτομα) καταναλώνει λίγες φορές τον χρόνο ή ποτέ.

Από τους 15 υποψήφιους παίκτες το 0% καταναλώνει 1 φορά την ημέρα, το 0% καταναλώνει 5-6 φορές την εβδομάδα, το 0% καταναλώνει 2-4 φορές την εβδομάδα, το 0% καταναλώνει 1 φορά την εβδομάδα, το 6,7% (1 άτομο) καταναλώνει 1-3 φορές τον μήνα, το 93,3% (14 άτομα) καταναλώνει λίγες φορές τον χρόνο ή ποτέ.

Από τους 24 παθολογικούς παίκτες το 4,2% (1 άτομο) καταναλώνει 1 φορά την ημέρα, το 0% καταναλώνει 5-6 φορές την εβδομάδα, το 0% καταναλώνει 2-4 φορές την εβδομάδα, το 4,2% (1 άτομο) καταναλώνει 1 φορά την εβδομάδα, το 4,2% (1 άτομο) καταναλώνει 1-3 φορές τον μήνα, το 87,5% (21 άτομα) καταναλώνει λίγες φορές τον χρόνο ή ποτέ.

Τεστ χ^2

	Τιμή	Βαθμοί Ελευθερίας Df	Ασυμπτωματική Σημαντικότητα
Pearson χ^2	5.470 ^a	10	.858
Λόγος Πιθανοφάνειας	6.513	10	.770
Linear-by-Linear Association	.018	1	.895
N Έγκυρων Περιπτώσεων	86		

a. 15 κελιά (83.3%) έχουν θεωρητική συχνότητα λιγότερη από 5. Η ελάχιστη συχνότητα είναι 0.17.

Δεν υπάρχει στατιστική διαφορά μεταξύ κατηγορίας παικτών και κατανάλωσης καφέ χωρίς καφεΐνη ($p=0,858$).

Κατηγορίες παικτών* Πόσο συχνά καταναλώνετε ρόφημα βοτάνων;

			Πόσο συχνά καταναλώνετε ρόφημα βοτάνων;								
			4 -6 φορ ές την ημέ ρα	2 - 3 φορές την ημέρ α	1 φορά την ημέρ α	5 - 6 φορές την εβδομ άδα	2 - 4 φορ ές την εβδ ομά δα	1 φορά την εβδο μάδα	1 - 3 φορ ές τον μήν α	Λίγ ες φορ ές τον χρό νο ή ποτέ	Tot al
Κατη ορίες παικτώ ν	0-2 μη παίκτης ή παίκτης χωρίς πρόβλη μα	Count % within Κατη ορίες παικτώ ν	1 2.1 %	2 4.3%	2 4.3%	4 8.5%	12 25. 5%	6 12.8 %	8 17.0 %	12 25.5 %	47 100. 0%
	3-4 υποψή φιος παθολο γικός παίκτης	Count % within Κατη ορίες παικτώ ν	0 0.0 %	0 0.0%	0 0.0%	1 6.7%	5 33. 3%	2 13.3 %	2 13.3 %	5 33.3 %	15 100. 0%
	>5 παθολο γικός παίκτης	Count % within Κατη ορίες παικτώ ν	0 0.0 %	0 0.0%	2 8.3%	2 8.3%	3 12. 5%	3 12.5 %	7 29.2 %	7 29.2 %	24 100. 0%

Total	Count	1	2	4	7	20	11	17	24	86
	%	1.2	2.3%	4.7%	8.1%	23.	12.8	19.8	27.9	100.
	within	%				3%	%	%	%	0%
	Κατηγ									
	ορίες									
	παικτώ									
	ν									

Από τους 47 μη παίκτες ή παίκτες χωρίς πρόβλημα το 2,1% (1 άτομο) καταναλώνει 4-6 φορές την ημέρα, το 4,3% (2 άτομα) καταναλώνει 2-3 φορές την ημέρα, το 4,3% (2 άτομα) καταναλώνει 1 φορά την ημέρα, το 8,5% (4 άτομα) καταναλώνει 5-6 φορές την εβδομάδα, το 25,5% (12 άτομα) καταναλώνει 2-4 φορές την εβδομάδα, το 12,8% (6 άτομα) καταναλώνει 1 φορά την εβδομάδα, το 17% (8 άτομα) καταναλώνει 1-3 φορές τον μήνα, το 25,5% (12 άτομα) καταναλώνει λίγες φορές τον χρόνο ή ποτέ.

Από τους 15 υποψήφιους παθολογικούς παίκτες το 0% καταναλώνει 4-6 φορές την ημέρα, το 0% καταναλώνει 2-3 φορές την ημέρα, το 0% καταναλώνει 1 φορά την ημέρα, το 6,7% (1 άτομο) καταναλώνει 5-6 φορές την εβδομάδα, το 33,3% (5 άτομα) καταναλώνει 2-4 φορές την εβδομάδα, το 13,3% (3 άτομα) καταναλώνει 1 φορά την εβδομάδα, το 13,3% (3 άτομα) καταναλώνει 1-3 φορές τον μήνα, το 33,3% (5 άτομα) καταναλώνει λίγες φορές τον χρόνο ή ποτέ.

Από τους 24 παθολογικούς παίκτες το 0% καταναλώνει 4-6 φορές την ημέρα, το 0% καταναλώνει 2-3 φορές την ημέρα, το 8,3% (2 άτομα) καταναλώνει 1 φορά την ημέρα, το 8,3% (2 άτομα) καταναλώνει 5-6 φορές την εβδομάδα, το 12,5% (3 άτομα) καταναλώνει 2-4 φορές την εβδομάδα, το 12,5% (3 άτομα) καταναλώνει 1 φορά την εβδομάδα, το 29,2% (7 άτομα) καταναλώνει 1-3 φορές τον μήνα, το 29,2% (7 άτομα) καταναλώνει λίγες φορές τον χρόνο ή ποτέ.

Τεστ χ^2

	Τιμή	Βαθμοί Ελευθερίας Df	Ασυμπτωματική Σημαντικότητα
Pearson χ^2	7.743 ^a	14	.902
Λόγος Πιθανοφάνειας	9.512	14	.797
Linear-by-Linear Association	1.425	1	.233
N Έγκυρων Περιπτώσεων	86		

a. 18 κελιά (75.0%) έχουν θεωρητική συχνότητα λιγότερη από 5. Η ελάχιστη συχνότητα είναι 0.17.

Δεν υπάρχει στατιστική διαφορά μεταξύ κατηγορίας παικτών και κατανάλωσης ροφήματος βοτάνων. ($p=0,902$).

Κατηγορίες Παικτών* Πόσο συχνά καταναλώνετε ρόφημα σοκολάτας;

			Πόσο συχνά καταναλώνετε ρόφημα σοκολάτας;							
			2 - 3 φορές την ημέρ α	1 φορά την ημέρ α	5 - 6 φορές την εβδομ άδα	2 - 4 φορ ές την εβδ ομά δα	1 φορά την εβδο μάδα	1 - 3 φορ ές τον μην α	Λίγ ες φορ ές τον χρό νο ή ποτέ	Tot al
Κατηγ ορίες παικτώ ν	0-2 μη παίκτης ή παίκτης χωρίς πρόβλη μα	Count % within Κατηγ ορίες παικτώ ν	0 0.0%	1 2.2%	0 0.0%	4 8.7 %	7 15.2 %	20 43.5 %	14 30.4 %	46 100. 0%

	3-4 υποψή φιος παθολο γικός παίκτης	Count % within Κατηγ ορίες παικτώ ν	1 6.7%	0 0.0%	1 6.7%	2 13. 3%	2 13.3 %	5 33.3 %	4 26.7 %	15 100. 0%
	>5 παθολο γικός παίκτης	Count % within Κατηγ ορίες παικτώ ν	1 4.2%	0 0.0%	2 8.3%	7 29. 2%	2 8.3%	2 8.3 %	10 41.7 %	24 100. 0%
Total		Count % within Κατηγ ορίες παικτώ ν	2 2.4%	1 1.2%	3 3.5%	13 15. 3%	11 12.9 %	27 31.8 %	28 32.9 %	85 100. 0%

Από τους 46 μη παίκτες ή παίκτες χωρίς πρόβλημα το 0% καταναλώνει 2-3 φορές την ημέρα, το 2,2% (1 άτομο) καταναλώνει 1 φορά την ημέρα, το 0% καταναλώνει 5-6 φορές την εβδομάδα, το 8,7% (4 άτομα) καταναλώνει 2-4 φορές την εβδομάδα, το 15,2% (7 άτομα) καταναλώνει 1 φορά την εβδομάδα, το 43,5% (20 άτομα) καταναλώνει 1-3 φορές τον μήνα, το 30,4% (14 άτομα) καταναλώνει λίγες φορές τον χρόνο ή ποτέ.

Από τους 15 υποψήφιους παθολογικούς παίκτες το 6,7% (1 άτομο) καταναλώνει 2-3 φορές την ημέρα, το 0% καταναλώνει 1 φορά την ημέρα, το 6,7% (1 άτομο) καταναλώνει 5-6 φορές την εβδομάδα, το 13,3% (2 άτομα) καταναλώνει 2-4 φορές

την εβδομάδα, το 13,3% (2 άτομα) καταναλώνει 1 φορά την εβδομάδα, το 33,3% (5 άτομα) καταναλώνει 1-3 φορές τον μήνα, το 26,7% (4 άτομα) καταναλώνει λίγες φορές τον χρόνο ή ποτέ.

Από τους 24 παθολογικούς παίκτες το 4,2% (1 άτομο) καταναλώνει 2-3 φορές την ημέρα, το 0% καταναλώνει 1 φορά την ημέρα, το 8,3% (2 άτομα) καταναλώνει 5-6 φορές την εβδομάδα, το 29,2% (7 άτομα) καταναλώνει 2-4 φορές την εβδομάδα, το 8,3% (2 άτομα) καταναλώνει 1 φορά την εβδομάδα, το 8,3% (2 άτομα) καταναλώνει 1-3 φορές τον μήνα, το 41,7% (10 άτομα) καταναλώνει λίγες φορές τον χρόνο ή ποτέ.

Τεστ χ^2

	Τιμή	Βαθμοί Ελευθερίας Df	Ασυμπτωματική Σημαντικότητα
Pearson χ^2	18.979 ^a	12	.089
Λόγος Πιθανοφάνειας	22.240	12	.035
Linear-by-Linear Association	3.125	1	.077
N Έγκυρων Περιπτώσεων	85		

a. 15 κελιά (71.4%) έχουν θεωρητική συχνότητα λιγότερη από 5. Η ελάχιστη συχνότητα είναι 0.18.

Δεν υπάρχει σημαντική στατιστική διαφορά μεταξύ κατηγορίας παικτών και κατανάλωσης ροφήματος σοκολάτας ($p=,089$).

Κατηγορίες παικτών * Πόσο συχνά καταναλώνετε milkshake; Crosstabulation						
			Πόσο συχνά καταναλώνετε milkshake;			Total
			1 φορά την εβδομάδα	1 - 3 φορές τον μήνα	Λίγες φορές τον χρόνο ή ποτέ	
Κατηγορίες παικτών	0-2 μη παίκτης ή παίκτης χωρίς πρόβλημα	Count	1	4	41	46
		% within Κατηγορίες παικτών	2.2%	8.7%	89.1%	100.0%
	3-4 υποψήφιος παθολογικός	Count	1	2	12	15

	παίκτης	% within Κατηγορίες παικτών	6.7%	13.3%	80.0%	100.0%
	>5 παθολογικός παίκτης	Count	2	3	19	24
		% within Κατηγορίες παικτών	8.3%	12.5%	79.2%	100.0%
Total		Count	4	9	72	85
		% within Κατηγορίες παικτών	4.7%	10.6%	84.7%	100.0%

Από τους 46 μη παίκτες ή παίκτες χωρίς πρόβλημα το 2,2% (1 άτομο) καταναλώνει 1 φορά την εβδομάδα, το 8,7% (4 άτομα) καταναλώνει 1-3 φορές τον μήνα, το 89,1% (41 άτομα) καταναλώνει λίγες φορές τον χρόνο ή ποτέ.

Από τους 15 υπονήφιους παίκτες το 6,7% (1 άτομο) καταναλώνει 1 φορά την εβδομάδα, το 13,3% (2 άτομα) καταναλώνει 1-3 φορές τον μήνα, το 80% (12 άτομα) καταναλώνει λίγες φορές τον χρόνο ή ποτέ.

Από τους 24 παθολογικούς παίκτες το 8,3% (2 άτομα) καταναλώνει 1 φορά την εβδομάδα, το 12,5% (3 άτομα) καταναλώνει 1-3 φορές τον μήνα, το 79,2% (19 άτομα) καταναλώνει λίγες φορές τον χρόνο ή ποτέ.

Τεστ χ^2

	Τιμή	Βαθμοί Ελευθερίας Df	Ασυμπτωματική Σημαντικότητα
Pearson χ^2	1.998 ^a	4	.736
Λόγος Πιθανοφάνειας	2.014	4	.733
Linear-by-Linear Association	1.763	1	.184
N Έγκυρων Περιπτώσεων	85		

6 κελιά(66.7%) θεωρητική συχνότητα λιγότερη από 5. Η ελάχιστη συχνότητα είναι 0.71._a

Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ κατηγορίας παικτών και κατανάλωσης milkshake ($p=0,74$).

Κατηγορίες Παικτών*Πόσο συχνά καταναλώνετε αναψυκτικά ;

			Πόσο συχνά καταναλώνετε αναψυκτικά;							
			2 - 3 φορές την ημέρ α	1 φορά την ημέρ α	5 - 6 φορές την εβδομ άδα	2 - 4 φορ ές την εβδ ομά δα	1 φορά την εβδο μάδα	1 - 3 φορ ές τον μήν α	Λίγ ες φορ ές τον χρο νο ή ποτέ	Tota l
Κατη γορίες παικτώ ν	0-2 μη παίκτης ή παίκτης χωρίς πρόβλη μα	Count % within Κατηγ ορίες παικτώ ν	2 4.3%	2 4.3%	3 6.4%	8 17. 0%	3 6.4%	14 29.8 %	15 31.9 %	47 100. 0%
	3-4 υποψή φιος παθολο γικός παίκτης	Count % within Κατηγ ορίες παικτώ ν	1 6.7%	0 0.0%	0 0.0%	1 6.7 %	4 26.7 %	7 46.7 %	2 13.3 %	15 100. 0%
	>5 παθολο γικός παίκτης	Count % within Κατηγ ορίες παικτώ ν	3 12.5 %	1 4.2%	0 0.0%	5 20. 8%	5 20.8 %	2 8.3 %	8 33.3 %	24 100. 0%

Total	Count	6	3	3	14	12	23	25	86
	%	7.0%	3.5%	3.5%	16.3%	14.0%	26.7%	29.1%	100.0%
	within Κατηγορίες παικτών								

Από τους 47 μη παίκτες ή παίκτες χωρίς πρόβλημα το 4,3% (2 άτομα) καταναλώνει 2-4 φορές την ημέρα, το 4,3% (2 άτομα) καταναλώνει 1 φορά την ημέρα, το 6,4% (4 άτομα) καταναλώνει 5-6 φορές την εβδομάδα, το 17% (8 άτομα) καταναλώνει 2-4 φορές την εβδομάδα, το 6,4% (3 άτομα) καταναλώνει 1 φορά την εβδομάδα, το 29,8% (14 άτομα) καταναλώνει 1-3 φορές τον μήνα, το 31,9% (15 άτομα) καταναλώνει λίγες φορές τον χρόνο ή ποτέ.

Από τους 15 υποψήφιους παθολογικούς παίκτες το 6,7% (1 άτομο) καταναλώνει 2-4 φορές την ημέρα, το 0% καταναλώνει 1 φορά την ημέρα, το 0% καταναλώνει 5-6 φορές την εβδομάδα, το 6,7% (1 άτομο) καταναλώνει 2-4 φορές την εβδομάδα, το 26,7% (4 άτομα) καταναλώνει 1 φορά την εβδομάδα, το 46,7% (7 άτομα) καταναλώνει 1-3 φορές τον μήνα, το 13,3% (2 άτομα) καταναλώνει λίγες φορές τον χρόνο ή ποτέ.

Από τους 24 παθολογικούς παίκτες το 12,5% (3 άτομα) καταναλώνει 2-4 φορές την ημέρα, το 4,2% (1 άτομο) καταναλώνει 1 φορά την ημέρα, το 0% καταναλώνει 5-6 φορές την εβδομάδα, το 20,8% (5 άτομα) καταναλώνει 2-4 φορές την εβδομάδα, το 20,8% (5 άτομα) καταναλώνει 1 φορά την εβδομάδα, το 8,3% (2 άτομα) καταναλώνει 1-3 φορές τον μήνα, το 33.3% (8 άτομα) καταναλώνει λίγες φορές τον χρόνο ή ποτέ.

Τεστ χ^2

	Τιμή	Βαθμοί Ελευθερίας Df	Ασυμπτωματική Σημαντικότητα
Pearson χ^2	17.318 ^a	12	.138
Λόγος Πιθανοφάνειας	20.118	12	.065
Linear-by-Linear Association	.785	1	.376
N Έγκυρων Περιπτώσεων	86		

a. 15 κελιά (71.4%) έχουν θεωρητική συχνότητα λιγότερη από 5. Η ελάχιστη συχνότητα είναι 0.52.

Δεν υπάρχει στατιστικά διαφορά μεταξύ της κατηγορίας παικτών και της κατανάλωσης αναψυκτικών ($p=0.138$).

Κατηγορίες παικτών* Πόσο συχνά καταναλώνετε energydrinks;

			Πόσο συχνά καταναλώνετε energydrinks;						
			1 φορ ά την ημέ ρα	5 - 6 φορές την εβδομ άδα	2 - 4 φορές την εβδομ άδα	1 φορά την εβδομ άδα	1 - 3 φορ ές τον μήν α	Λίγες φορές τον χρόνο ή ποτέ	Tota l
Κατηγ ορίες παικτώ ν	0-2 μη παίκτης ή παίκτης χωρίς πρόβλη μα	Count % within Κατηγ ορίες παικτώ ν	0 0.0 %	1 2.2%	0 0.0%	3 6.5%	3 6.5 %	39 84.8 %	46 100. 0%
	3-4 υποψή φιος παθολο γικός παίκτης	Count % within Κατηγ ορίες παικτώ ν	0 0.0 %	1 6.7%	2 13.3 %	1 6.7%	2 13. 3%	9 60.0 %	15 100. 0%

	>5 παθολο γικός παίκτης	Count % within Κατηγ ορίες παικτώ ν	1 4.2 %	1 4.2%	0 0.0%	1 4.2%	3 12. 5%	18 75.0 %	24 100. 0%
Total		Count % within Κατηγ ορίες παικτώ ν	1 1.2 %	3 3.5%	2 2.4%	5 5.9%	8 9.4 %	66 77.6 %	86 100. 0%

Από τους 47 μη παίκτες ή παίκτες χωρίς πρόβλημα το 0% καταναλώνει 1 φορά την ημέρα, το 2,2% (1 άτομο) καταναλώνει 5-6 φορές την εβδομάδα, το 0% καταναλώνει 2-4 φορές την εβδομάδα, το 6,5% (3 άτομα) καταναλώνει 1 φορά την εβδομάδα, το 6,5% (3 άτομα) καταναλώνει 1-3 φορές την εβδομάδα, το 84,8% (39 άτομα) καταναλώνει λίγες φορές τον χρόνο ή ποτέ.

Από τους 15 υποψήφιους παθολογικούς παίκτες το 0% καταναλώνει 1 φορά την ημέρα, το 6,7% (1 άτομο) καταναλώνει 5-6 φορές την εβδομάδα, το 13,3% (2 άτομα) καταναλώνει 2-4 φορές την εβδομάδα, το 6,7% (1 άτομο) καταναλώνει 1 φορά την εβδομάδα, το 13,3% (2 άτομα) καταναλώνει 1-3 φορές την εβδομάδα, το 60% (9 άτομα) καταναλώνει λίγες φορές τον χρόνο ή ποτέ.

Από τους 24 παθολογικούς παίκτες το 4,2% (1 άτομο) καταναλώνει 1 φορά την ημέρα, το 4,2% (1 άτομο) καταναλώνει 5-6 φορές την εβδομάδα, το 0% καταναλώνει 2-4 φορές την εβδομάδα, το 4,2% (1 άτομο) καταναλώνει 1 φορά την εβδομάδα, το 12,5% (3 άτομα) καταναλώνει 1-3 φορές την εβδομάδα, το 75% (18 άτομα) καταναλώνει λίγες φορές τον χρόνο ή ποτέ.

Τεστ χ^2

	Τιμή	Βαθμοί Ελευθερίας Df	Ασυμπτωματική Σημαντικότητα
Pearson χ^2	14.550 ^a	10	.149
Λόγος Πιθανοφάνειας	12.145	10	.275
Linear-by-Linear Association	1.775	1	.183
N Έγκυρων Περιπτώσεων	85		

a. 15 κελιά (83.3%) έχουν θεωρητική συχνότητα λιγότερη από 5. Η ελάχιστη συχνότητα είναι 0.18.

Δεν υπάρχει στατιστική διαφορά μεταξύ κατηγορίας παικτών και καταναλώσης energydrink ($p=0,149$).

Κατηγορίες παικτών* Πόσο συχνά καταναλώνετε αλκοολούχα ποτα;

			Πόσο συχνά καταναλώνετε αλκοολούχα ποτα;							
			2 - 3 φορές την ημέρ α	1 φορά την ημέρ α	5 - 6 φορές την εβδομ άδα	2 - 4 φορ ές την εβδ ομά δα	1 φορά την εβδο μάδα	1 - 3 φορ ές τον μην α	Λίγ ες φορ ές τον χρο νο ή ποτέ	Tot al
Κατη ορίες παικτώ ν	0-2 μη παίκτης ή παίκτης χωρίς πρόβλη	Count % within Κατηγ ορίες παικτώ	0 0.0%	1 2.1%	1 2.1%	7 14. 9%	12 25.5 %	15 31.9 %	11 23.4 %	47 100. 0%

	μα	ν								
	3-4 υποψή φιος παθολο γικός παίκτης	Count % within Κατηγ ορίες παικτώ ν	1 6.7%	1 6.7%	2 13.3 %	4 26. 7%	2 13.3 %	4 26.7 %	1 6.7 %	15 100. 0%
	>5 παθολο γικός παίκτης	Count % within Κατηγ ορίες παικτώ ν	3 12.5 %	1 4.2%	5 20.8 %	5 20. 8%	4 16.7 %	2 8.3 %	4 16.7 %	24 100. 0%
Total		Count % within Κατηγ ορίες παικτώ ν	4 4.7%	3 3.5%	8 9.3%	16 18. 6%	18 20.9 %	21 24.4 %	16 18.6 %	86 100. 0%

Από τους 47 μη παίκτες ή παικτες χωρίς πρόβλημα το 0% καταναλώνει 2-4 φορές την ημέρα, το 2,1% (1 άτομο) καταναλώνει 1 φορά την ημέρα, το 2,1% (1 άτομο) καταναλώνει 5-6 φορές την εβδομάδα, το 14,9% (7 άτομα) καταναλώνει 2-4 φορές την εβδομάδα, το 25,5% (12 άτομα) καταναλώνει 1 φορά την εβδομάδα, το 31,9% (15 άτομα) καταναλώνει 1-3 φορές τον μήνα, το 23,4% (11 άτομα) καταναλώνει λίγες φορές τον χρόνο ή ποτέ.

Από τους 15 υποψήφιους παθολογικούς παίκτες το 6,7% (1 άτομο) καταναλώνει 2-4 φορές την ημέρα, το 6,7% (1 άτομο) καταναλώνει 1 φορά την ημέρα, το 13,3% (2 άτομα) καταναλώνει 5-6 φορές την εβδομάδα, το 26,7% (4 άτομα) καταναλώνει 2-4 φορές την εβδομάδα, το 13,3% (3 άτομα) καταναλώνει 1 φορά την εβδομάδα, το

26,7% (4 άτομα) καταναλώνει 1-3 φορές τον μήνα, το 6,7% (1 άτομο) καταναλώνει λίγες φορές τον χρόνο ή ποτέ.

Από τους 24 παθολογικούς παίκτες το 12,5% (3 άτομα) καταναλώνει 2-4 φορές την ημέρα, το 4,2% (1 άτομο) καταναλώνει 1 φορά την ημέρα, το 20,8% (5 άτομα) καταναλώνει 5-6 φορές την εβδομάδα, το 20,8% (5 άτομα) καταναλώνει 2-4 φορές την εβδομάδα, το 16,7% (4 άτομα) καταναλώνει 1 φορά την εβδομάδα, το 8,3% (2 άτομα) καταναλώνει 1-3 φορές τον μήνα, το 16,7% (8 άτομα) καταναλώνει λίγες φορές τον χρόνο ή ποτέ.

Τεστ χ^2

	Τιμή	Βαθμοί Ελευθερίας Df	Ασυμπτωματική Σημαντικότητα
Pearson χ^2	19.973 ^a	12	.068
Λόγος Πιθανοφάνειας	22.459	12	.033
Linear-by-Linear Association	12.430	1	.000
N Έγκυρων Περιπτώσεων	86		

a. 15 κελιά (71.4%) έχουν θεωρητική συχνότητα λιγότερη από 5. Η ελάχιστη συχνότητα είναι 0.52.

Δεν υπάρχει στατιστική διαφορά μεταξύ κατηγορίας παικτών και κατανάλωσης αλκοολ (p=0,068).

10.ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ

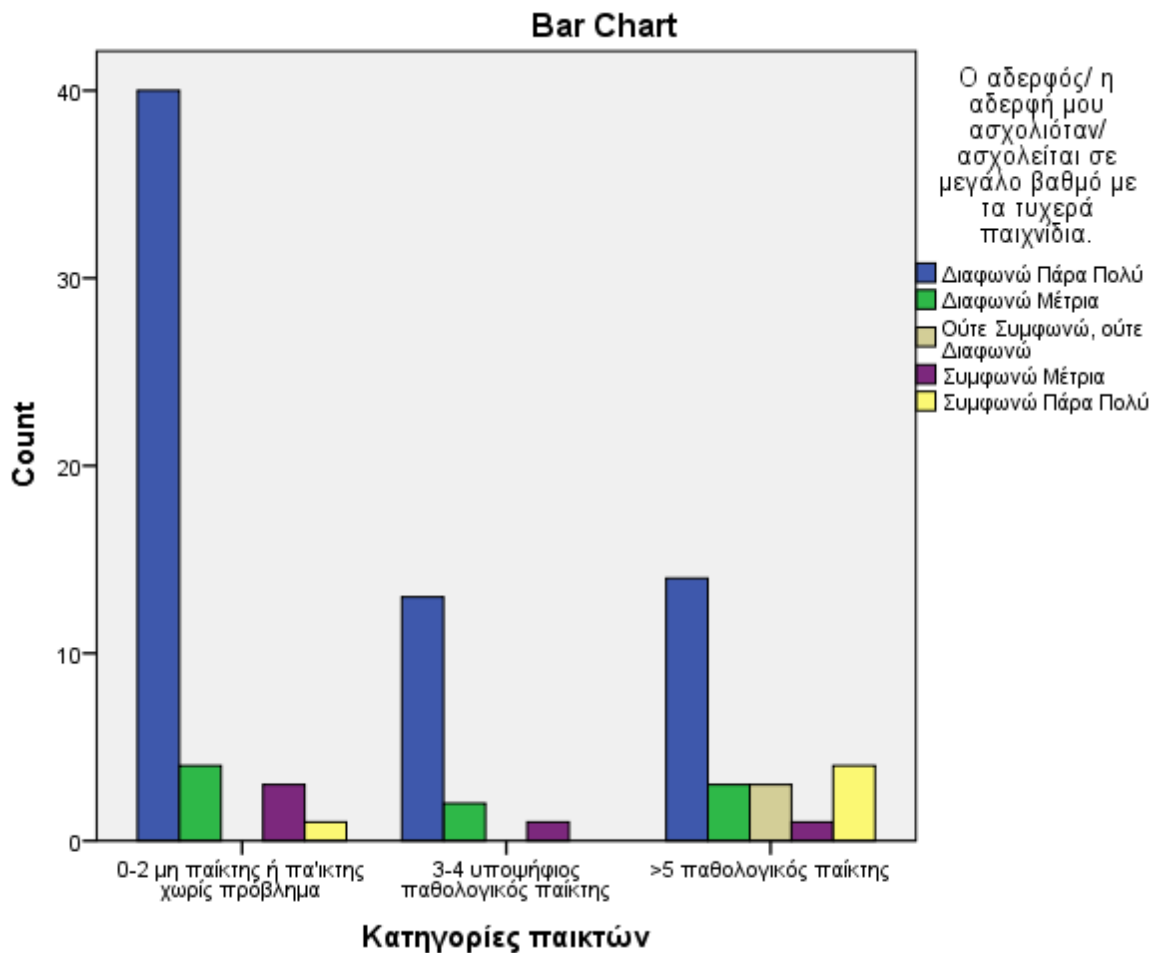
Ο γραμμικός συντελεστής Pearson παίρνει τιμές από -1 έως 1, όπου το 1 σημαίνει συσχέτιση και το 0 σημαίνει ότι δεν υπάρχει γραμμική συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών. Η συσχέτιση θεωρείται σημαντική όταν η τιμή είναι $>0,05$. Αν υπάρχει θετική συσχέτιση σημαίνει πως όσο μια τιμή αυξάνεται, θα αυξάνεται και η συσχετιζόμενη. Αν υπάρχει αρνητική συσχέτιση σημαίνει πως όσο μια τιμή αυξάνεται ή μειώνεται, η συσχετιζόμενη τιμή θα μειώνεται ή θα αυξάνεται αντίστοιχα.

10.1 Συσχέτιση Κατηγορίας παικτών με οικογένεια

Κατηγορία παικτών * Ο αδελφός/ η αδελφή μου ασχολιόταν/ ασχολείται σε μεγάλο βαθμό με τυχερά παιχνίδια

			Ο αδελφός/ η αδελφή μου ασχολιόταν/ ασχολείται σε μεγάλο βαθμό με τα τυχερά παιχνίδια.					
			Διαφω νώ Πάρα Πολύ	Διαφω νώ Μέτρι α	Ούτε Συμφω νώ, ούτε Διαφω νώ	Συμφω νώ Μέτρια	Συμφω νώ Πάρα Πολύ	Total
Κατηγο ρίες παικτών	0-2 μη παίκτης ή παίκτης χωρίς πρόβλημ α	Count % within Κατηγο ρίες παικτών	40 83.3%	4 8.3%	0 0.0%	3 6.3%	1 2.1%	48 100.0 %
	3-4 υποψήφι ος παθολογι κός παίκτης	Count % within Κατηγο ρίες παικτών	13 81.3%	2 12.5%	0 0.0%	1 6.3%	0 0.0%	16 100.0 %
	>5 παθολογι κός παίκτης	Count % within Κατηγο ρίες παικτών	14 56.0%	3 12.0%	3 12.0%	1 4.0%	4 16.0%	25 100.0 %
Total		Count	67	9	3	5	5	89

	% within Κατηγο- ρίες παικτών	75.3%	10.1%	3.4%	5.6%	5.6%	100.0 %
--	---	-------	-------	------	------	------	-------------------



Από τους 48 μη παίκτης ή παίκτης χωρίς πρόβλημα το 83,3% (40 άτομα) διαφωνεί πάρα πολύ στο ότι ο αδελφός ή αδελφή έχει ασχοληθεί ή ασχολείται σε μεγάλο βαθμό με τα τυχερά παιχνίδια, το 8,3% (4 άτομα) διαφωνεί μέτρια , το 0% ούτε συμφωνεί ούτε διαφωνεί, το 6,3% (3 άτομα) συμφωνεί μέτρια και το 2,1%(1 άτομο) συμφωνεί πάρα πολύ.

Από τους 16 υποψήφιους παθολογικούς παίκτες το 81,3% (13 άτομα) διαφωνεί πάρα πολύ στο ότι ο αδελφός ή αδελφή έχει ασχοληθεί ή ασχολείται σε μεγάλο βαθμό με τα τυχερά παιχνίδια, το 12,5% (2 άτομα) διαφωνεί μέτρια , το 0% ούτε συμφωνεί ούτε διαφωνεί, το 6,3% (1 άτομο) συμφωνεί μέτρια και το 0% συμφωνεί πάρα πολύ.

Από τους 25 παθολογικούς παίκτες το 56% (14 άτομα) διαφωνεί πάρα πολύ στο ότι ο αδελφός ή αδελφή έχει ασχοληθεί ή ασχολείται σε μεγάλο βαθμό με τα τυχερά παιχνίδια, το 12% (3 άτομα) διαφωνεί μέτρια , το 12% (3 άτομα) ούτε συμφωνεί ούτε διαφωνεί, το 4% (1 άτομο) συμφωνεί μέτρια και το 16%(4 άτομα) συμφωνεί πάρα πολύ.

Τεστ χ^2

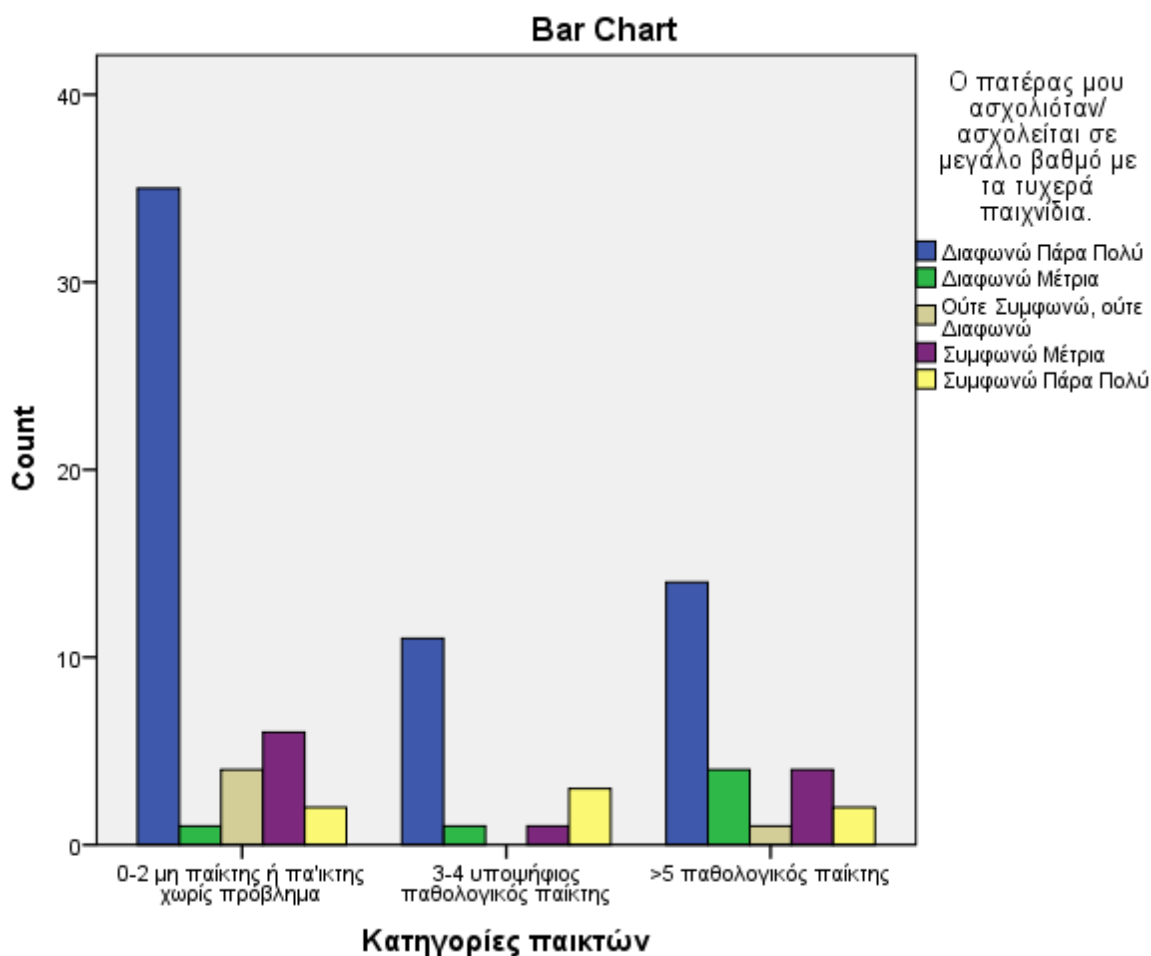
	Τιμή	Βαθμοί Ελευθερίας Df	Ασυμπτωματική Σημαντικότητα
Pearson χ^2	16.657 ^a	8	.034
Λόγος Πιθανοφάνειας	16.337	8	.038
Linear-by-Linear Association	6.369	1	.012
N Έγκυρων Περιπτώσεων	89		

a. 12 κελιά (80.0%) έχουν θεωρητική συχνότητα λιγότερη από 5. Η ελάχιστη συχνότητα είναι 0.54.

Υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ της κατηγορίας παικτών και της ενασχόλησης των αδελφών με τυχερά παιχνίδια ($p=0,034$). Όσο αυξάνεται η παθολογία του παίκτη, τόσο αυξάνεται και το ποσοστό ενασχόλησης με τα τυχερά παιχνίδια στα αδέλφια των παικτών.

Κατηγορία παικτών * Ο πατέρας μου ασχολιόταν/ ασχολείται σε μεγάλο βαθμό με τυχερά παιχνίδια.

			Ο πατέρας μου ασχολιόταν/ ασχολείται σε μεγάλο βαθμό με τα τυχερά παιχνίδια.					
			Διαφω νώ Πάρα Πολύ	Διαφω νώ Μέτρι α	Ούτε Συμφω νώ, ούτε Διαφω ώ	Συμφω νώ Μέτρια	Συμφω νώ Πάρα Πολύ	Total
Κατηγο ρίες παικτών	0-2 μη παίκτης ή παίκτης χωρίς πρόβλημ α	Count % within Κατηγο ρίες παικτών	35 72.9%	1 2.1%	4 8.3%	6 12.5%	2 4.2%	48 100.0 %
	3-4 υποψήφι ος παθολογι κός παίκτης	Count % within Κατηγο ρίες παικτών	11 68.8%	1 6.3%	0 0.0%	1 6.3%	3 18.8%	16 100.0 %
	>5 παθολογι κός παίκτης	Count % within Κατηγο ρίες παικτών	14 56.0%	4 16.0%	1 4.0%	4 16.0%	2 8.0%	25 100.0 %
Total		Count % within Κατηγο ρίες παικτών	60 67.4%	6 6.7%	5 5.6%	11 12.4%	7 7.9%	89 100.0 %



Από τους 48 μη παίκτης ή παίκτης χωρίς πρόβλημα το 72,9% (35 άτομα) διαφωνεί πάρα πολύ στο ότι ο πατέρας έχει ασχοληθεί ή ασχολείται σε μεγάλο βαθμό με τα τυχερά παιχνίδια, το 2,1% (1 άτομα) διαφωνεί μέτρια, το 8,3% (4 άτομα) ούτε συμφωνεί ούτε διαφωνεί, το 12,5% (6 άτομα) συμφωνεί μέτρια και το 4,2% (2 άτομα) συμφωνεί πάρα πολύ.

Από τους 16 υπομήφιους παθολογικούς παίκτης το 68,8% (11 άτομα) διαφωνεί πάρα πολύ στο ότι ο πατέρας έχει ασχοληθεί ή ασχολείται σε μεγάλο βαθμό με τα τυχερά παιχνίδια, το 6,3% (1 άτομο) διαφωνεί μέτρια, το 0% ούτε συμφωνεί ούτε διαφωνεί, το 6,3% (1 άτομο) συμφωνεί μέτρια και το 18,8% (3 άτομα) συμφωνεί πάρα πολύ.

Από τους 25 παθολογικούς παίκτης το 56% (14 άτομα) διαφωνεί πάρα πολύ στο ότι ο πατέρας έχει ασχοληθεί ή ασχολείται σε μεγάλο βαθμό με τα τυχερά παιχνίδια, το 16% (4

άτομα) διαφωνεί μέτρια , το 4% (1 άτομο) ούτε συμφωνεί ούτε διαφωνεί, το 16% (4 άτομα) συμφωνεί μέτρια και το 8%(2 άτομα) συμφωνεί πάρα πολύ.

Τεστ χ^2

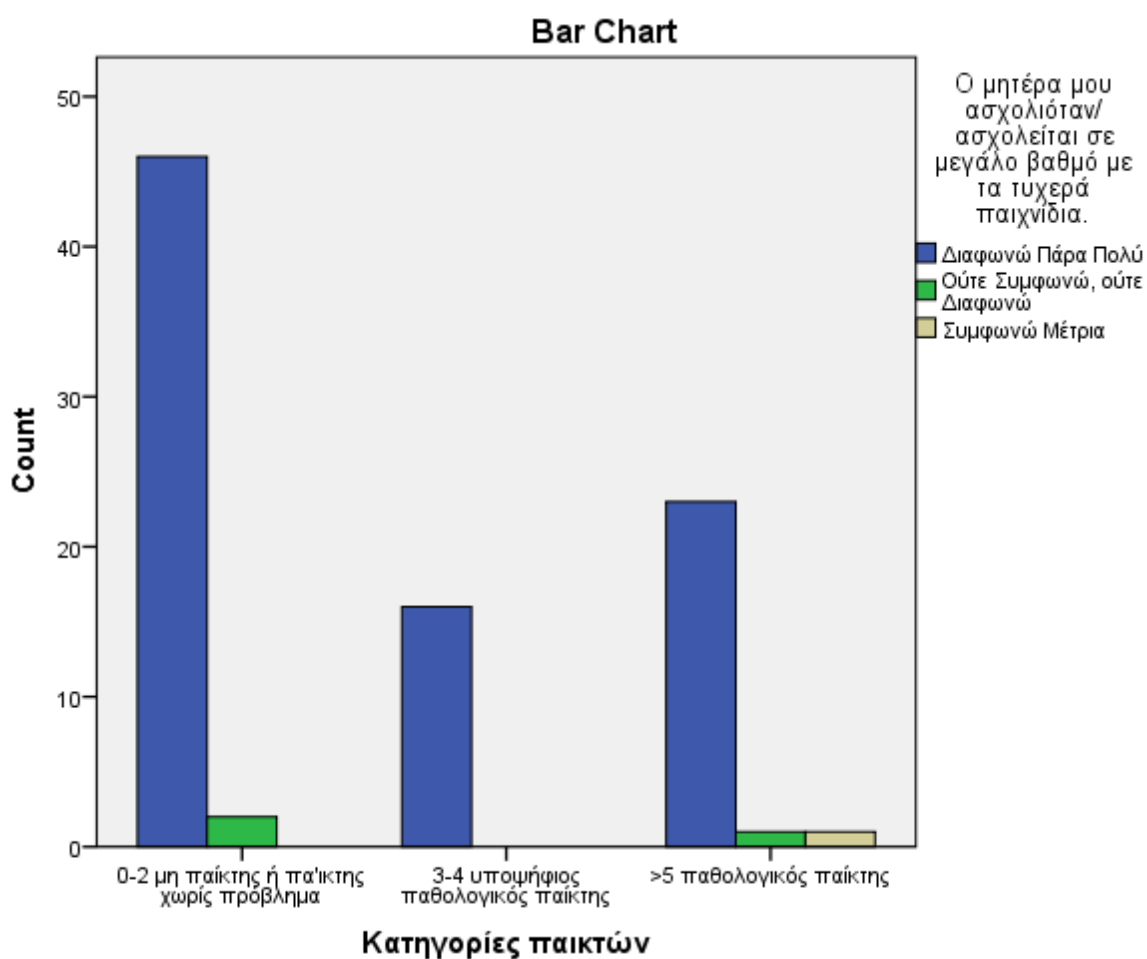
	Τιμή	Βαθμοί Ελευθερίας Df	Ασυμπτωματική Σημαντικότητα
Pearson χ^2	11.075 ^a	8	.197
Λόγος Πιθανοφάνειας	11.193	8	.191
Linear-by-Linear Association	.915	1	.339
N Έγκυρων Περιπτώσεων	89		

a. 11 κελιά (73.3%) έχουν θεωρητική συχνότητα λιγότερη από 5. Η ελάχιστη συχνότητα είναι 0.90.

Δεν υπάρχει στατιστική συσχέτιση μεταξύ κατηγορίας παικτών και ενασχόλησης του πατέρα με τυχερά παιχνίδια ($p=0,197$).

Κατηγορίες παικτών * Η μητέρα μου ασχολιόταν/ ασχολείται σε μεγάλο βαθμό με τα τυχερά παιχνίδια.						
Crosstabulation						
			Η μητέρα μου ασχολιόταν/ ασχολείται σε μεγάλο βαθμό με τα τυχερά παιχνίδια.			
			Διαφωνώ Πάρα Πολύ	Ούτε Συμφωνώ, ούτε Διαφωνώ	Συμφωνώ Μέτρια	Total
Κατηγορίες παικτών	0-2 μη παίκτης ή παίκτης χωρίς πρόβλημα	Count	46	2	0	48
		% within Κατηγορίες παικτών	95.8%	4.2%	0.0%	100.0%
	3-4 υποψήφιος παθολογικός παίκτης	Count	16	0	0	16
		% within Κατηγορίες παικτών	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%

	>5 παθολογικός παίκτης	Count	23	1	1	25
		% within Κατηγορίες παικτών	92.0%	4.0%	4.0%	100.0%
Total		Count	85	3	1	89
		% within Κατηγορίες παικτών	95.5%	3.4%	1.1%	100.0%



Από τους 48 μη παίκτης ή παίκτης χωρίς πρόβλημα το 95,8% (46 άτομα) διαφωνεί πάρα πολύ ότι η μητέρα έχει ασχοληθεί ή ασχολείται σε μεγάλο βαθμό με τα τυχερά παιχνίδια, το 4,2% (2 άτομα) ούτε συμφωνεί ούτε διαφωνεί και το 0% συμφωνεί μέτρια.

Από τους 16 υποψήφιους παθολογικούς παίκτης το 100% διαφωνεί πάρα πολύ.

Από τους 25 παθολογικούς παίκτες το 92% (23 άτομα) διαφωνεί πάρα πολύ, το 4% (1 άτομο) ούτε συμφωνεί ούτε διαφωνεί και το 4% (1 άτομο) συμφωνεί μέτρια.

Τεστ χ^2

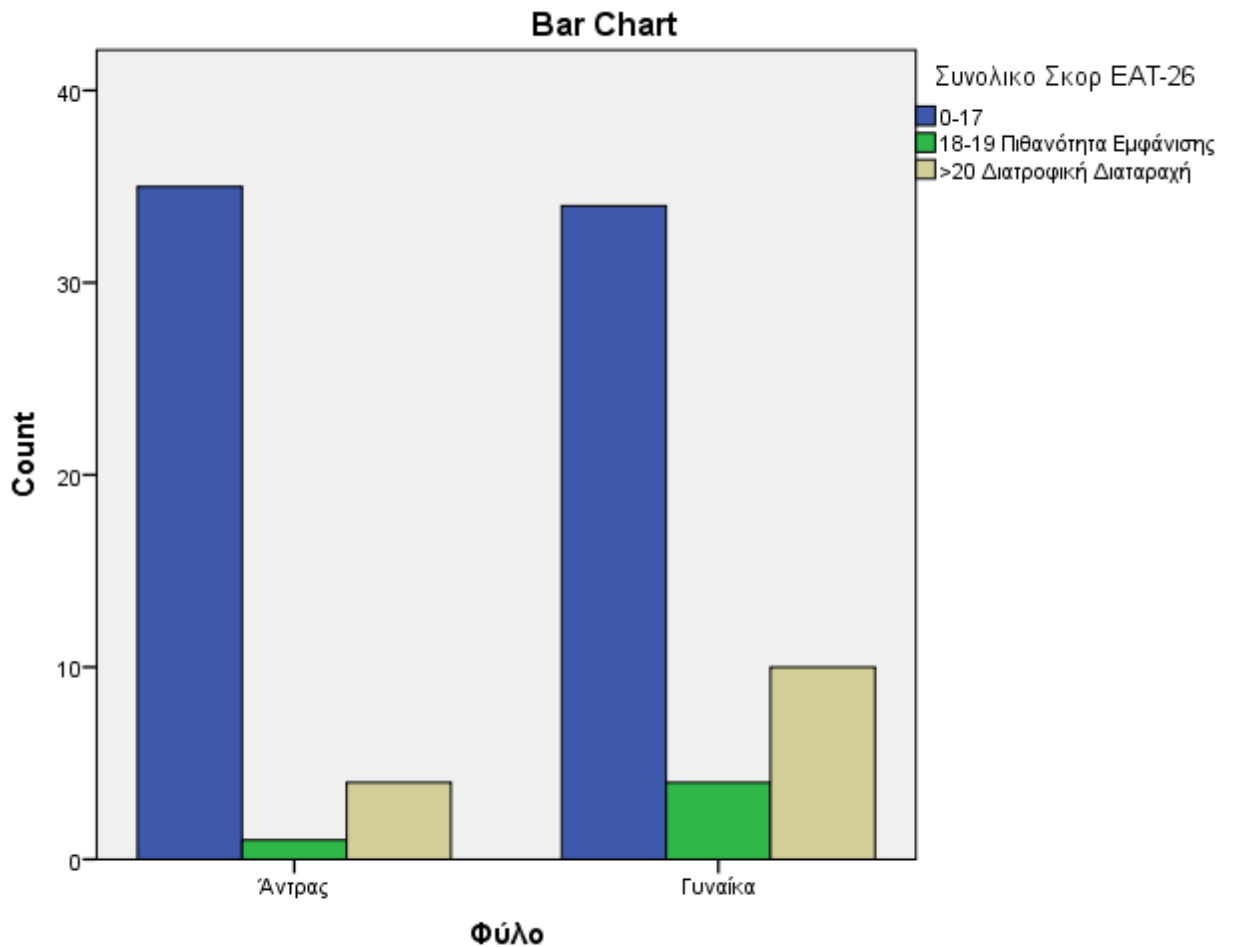
	Τιμή	Βαθμοί Ελευθερίας Df	Ασυμπτωματική Σημαντικότητα
Pearson χ^2	3.285 ^a	4	.511
Λόγος Πιθανοφάνειας	3.796	4	.434
Linear-by-Linear Association	.723	1	.395
N Έγκυρων Περιπτώσεων	89		

a. 6 κελιά (66.7%) έχουν θεωρητική συχνότητα λιγότερη από 5. Η ελάχιστη συχνότητα είναι 0.18.

Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της κατηγορίας παικτών και της ενασχόλησης της μητέρας με τα τυχερά παιχνίδια ($p=0,511$).

10.2 Διατροφικές Συσχετίσεις

Φύλο * Συνολικό Σκορ EAT-26 Crosstabulation						
			Συνολικό Σκορ EAT-26			Total
			0-17	18-19 Πιθανότητα Εμφάνισης	>20 Διατροφική Διαταραχή	
Φύλο	Άντρας	Count	35	1	4	40
		% within Φύλο	87.5%	2.5%	10.0%	100.0%
Φύλο	Γυναίκα	Count	34	4	10	48
		% within Φύλο	70.8%	8.3%	20.8%	100.0%
Total		Count	69	5	14	88
Total		% within Φύλο	78.4%	5.7%	15.9%	100.0%



Από τους 40 άνδρες το 87,5% (35 άτομα) έχουν χαμηλή πιθανότητα ή καμία πιθανότητα εμφάνισης διατροφικών διαταραχών, το 2,5% (1 άτομο) έχει πιθανότητα εμφάνισης και το 10% (4 άτομα) έχει παρουσιάσει σκορ για διατροφική διαταραχή. Από τις 48 γυναίκες το 70,8% (34 άτομα) έχουν χαμηλή πιθανότητα ή καμία πιθανότητα εμφάνισης διατροφικών διαταραχών, το 8,3% (4 άτομα) έχει πιθανότητα εμφάνισης και το 20,8% (10 άτομα) έχει παρουσιάσει σκορ για διατροφική διαταραχή.

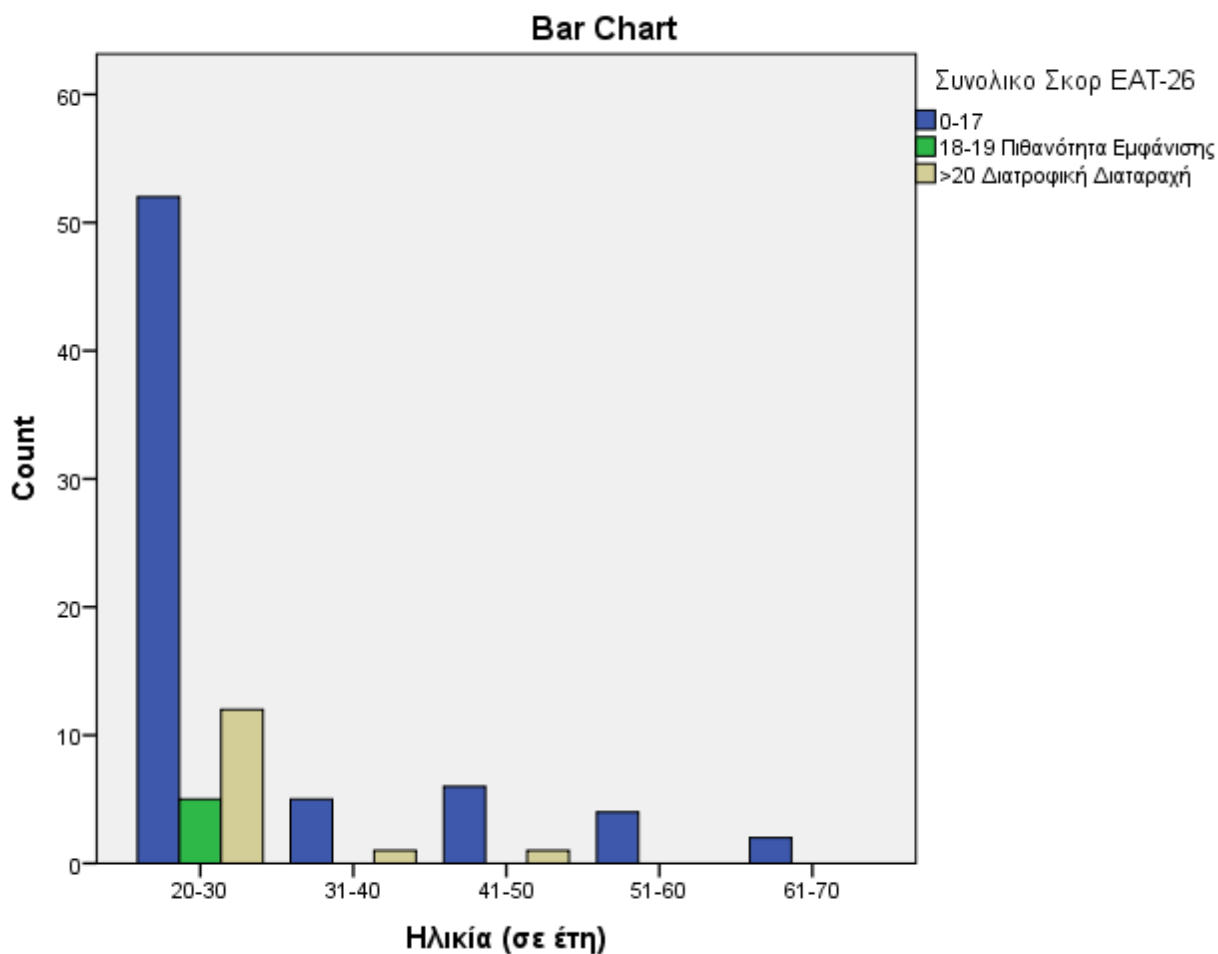
Τεστ χ²

	Τιμή	Βαθμοί Ελευθερίας Df	Ασυμπτωματική Σημαντικότητα
Pearson χ ²	3.689 ^a	2	.158
Λόγος Πιθανοφάνειας	3.870	2	.144
Linear-by-Linear Association	2.952	1	.086
N Έγκυρων Περιπτώσεων	88		

a. 2 κελιά (33.3%) έχουν θεωρητική συχνότητα 5. Η ελάχιστη συχνότητα είναι 2.27.

Δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ φύλου και σκορ eat-26 (p= 0,158).

Ηλικία (σε έτη) * Συνολικό Σκορ EAT-26 Crosstabulation							
			Συνολικό Σκορ EAT-26			Total	
			0-17	18-19 Πιθανότητα Εμφάνισης	>20 Διατροφική Διαταραχή		
Ηλικία (σε έτη)	20-30	Count	52	5	12	69	
		% within Ηλικία (σε έτη)	75.4%	7.2%	17.4%	100.0%	
	31-40	Count	5	0	1	6	
		% within Ηλικία (σε έτη)	83.3%	0.0%	16.7%	100.0%	
	41-50	Count	6	0	1	7	
		% within Ηλικία (σε έτη)	85.7%	0.0%	14.3%	100.0%	
	51-60	Count	4	0	0	4	
		% within Ηλικία (σε έτη)	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%	
	61-70	Count	2	0	0	2	
		% within Ηλικία (σε έτη)	100.0%	0.0%	0.0%	100.0%	
	Total		Count	69	5	14	88
			% within Ηλικία (σε έτη)	78.4%	5.7%	15.9%	100.0%



Από τα 69 άτομα ηλικίας 20-30 έτη το 75,4% (52 άτομα) εμφανίζει χαμηλή ή καμία πιθανότητα εμφάνισης διατροφικών διαταραχών, το 7,2% (5 άτομα) εμφανίζουν πιθανότητα διατροφικών διαταραχών και το 17,4% (12 άτομα) εμφανίζει διατροφική διαταραχή.

Από τα 6 άτομα ηλικίας 31-40 έτη το 83,3% (5 άτομα) εμφανίζει χαμηλή ή καμία πιθανότητα εμφάνισης διατροφικών διαταραχών, το 0% εμφανίζουν πιθανότητα διατροφικών διαταραχών και το 16,7% (1 άτομο) εμφανίζει διατροφική διαταραχή.

Από τα 7 άτομα ηλικίας 41-50 έτη το 85,7% (6 άτομα) εμφανίζει χαμηλή ή καμία πιθανότητα εμφάνισης διατροφικών διαταραχών, το 0% εμφανίζουν πιθανότητα διατροφικών διαταραχών και το 14,3% (1 άτομο) εμφανίζει διατροφική διαταραχή.

Από τα 4 άτομα ηλικίας 51-60 έτη το 100% εμφανίζει χαμηλή ή καμία πιθανότητα εμφάνισης διατροφικών διαταραχών.

Από τα 2 άτομα ηλικίας 61-70 έτη το 100% εμφανίζει χαμηλή ή καμία πιθανότητα εμφάνισης διατροφικών διαταραχών

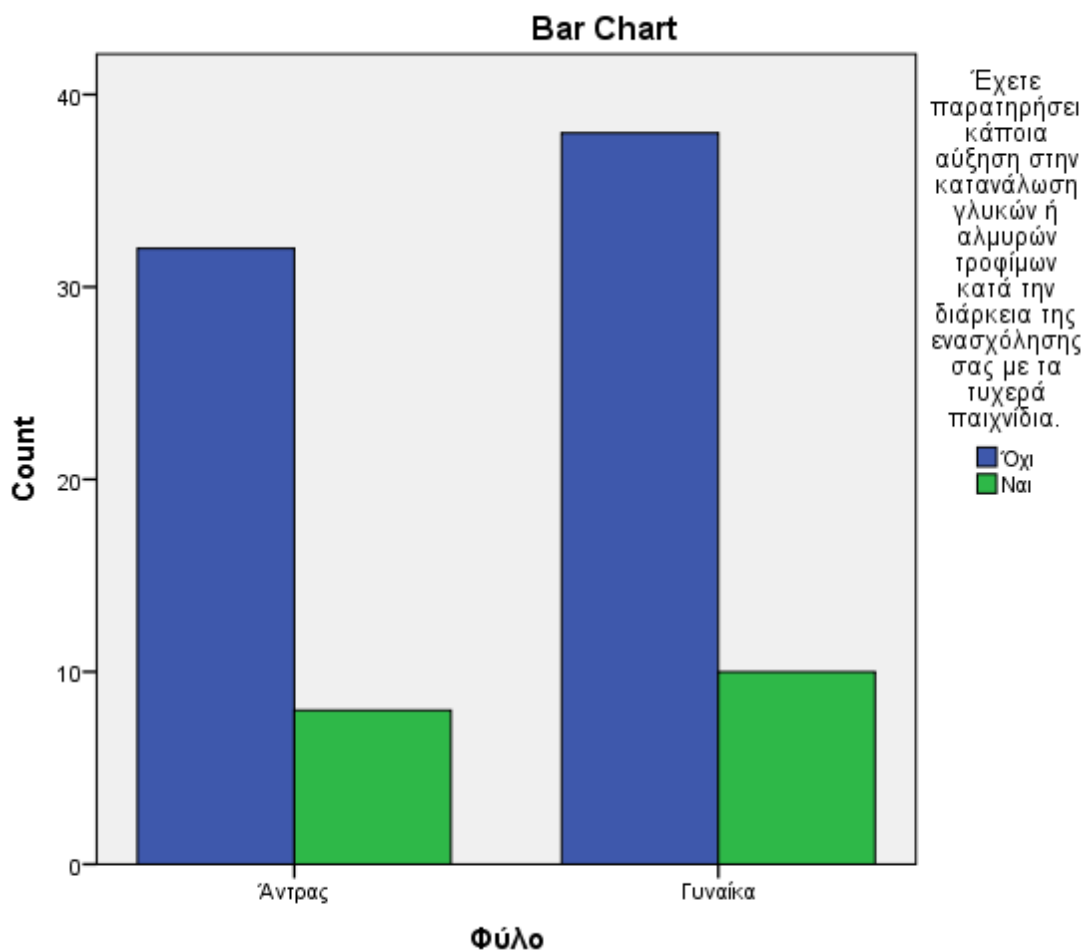
Τεστ χ²

	Τιμή	Βαθμοί Ελευθερίας Df	Ασυμπτωματική Σημαντικότητα
Pearson χ ²	2.945 ^a	8	.938
Λόγος Πιθανοφάνειας	4.923	8	.766
Linear-by-Linear Association	1.729	1	.189
N Έγκυρων Περιπτώσεων	88		

a. 12 κελιά (80.0%) έχουν θεωρητική συχνότητα λιγότερη από 5. Η ελάχιστη συχνότητα είναι 0.11.

Δεν υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ ηλικίας και σκορ eat-26 (p=0,938).

Φύλο * Έχετε παρατηρήσει κάποια αύξηση στην κατανάλωση γλυκών ή αλμυρών τροφίμων κατά την διάρκεια της ενασχόλησης σας με τα τυχερά παιχνίδια.					
Crosstabulation					
			Έχετε παρατηρήσει κάποια αύξηση στην κατανάλωση γλυκών ή αλμυρών τροφίμων κατά την διάρκεια της ενασχόλησης σας με τα τυχερά παιχνίδια.		Total
			Όχι	Ναι	
Φύλο	Αντρας	Count	32	8	40
		% within Φύλο	80.0%	20.0%	100.0%
	Γυναίκα	Count	38	10	48
		% within Φύλο	79.2%	20.8%	100.0%
Total		Count	70	18	88
		% within Φύλο	79.5%	20.5%	100.0%



Από τους 40 άνδρες το 80% (32 άτομα) δεν έχουν παρατηρήσει κάποια αύξηση στην κατανάλωση γλυκών ή αλμυρών, το 20% (8 άτομα) έχουν παρατηρήσει αύξηση.

Από τις 48 γυναίκες το 79,2% (38 άτομα) δεν έχουν παρατηρήσει κάποια αύξηση στην κατανάλωση γλυκών ή αλμυρών, το 20,8% (10 άτομα) έχουν παρατηρήσει αύξηση.

Τεστ χ^2

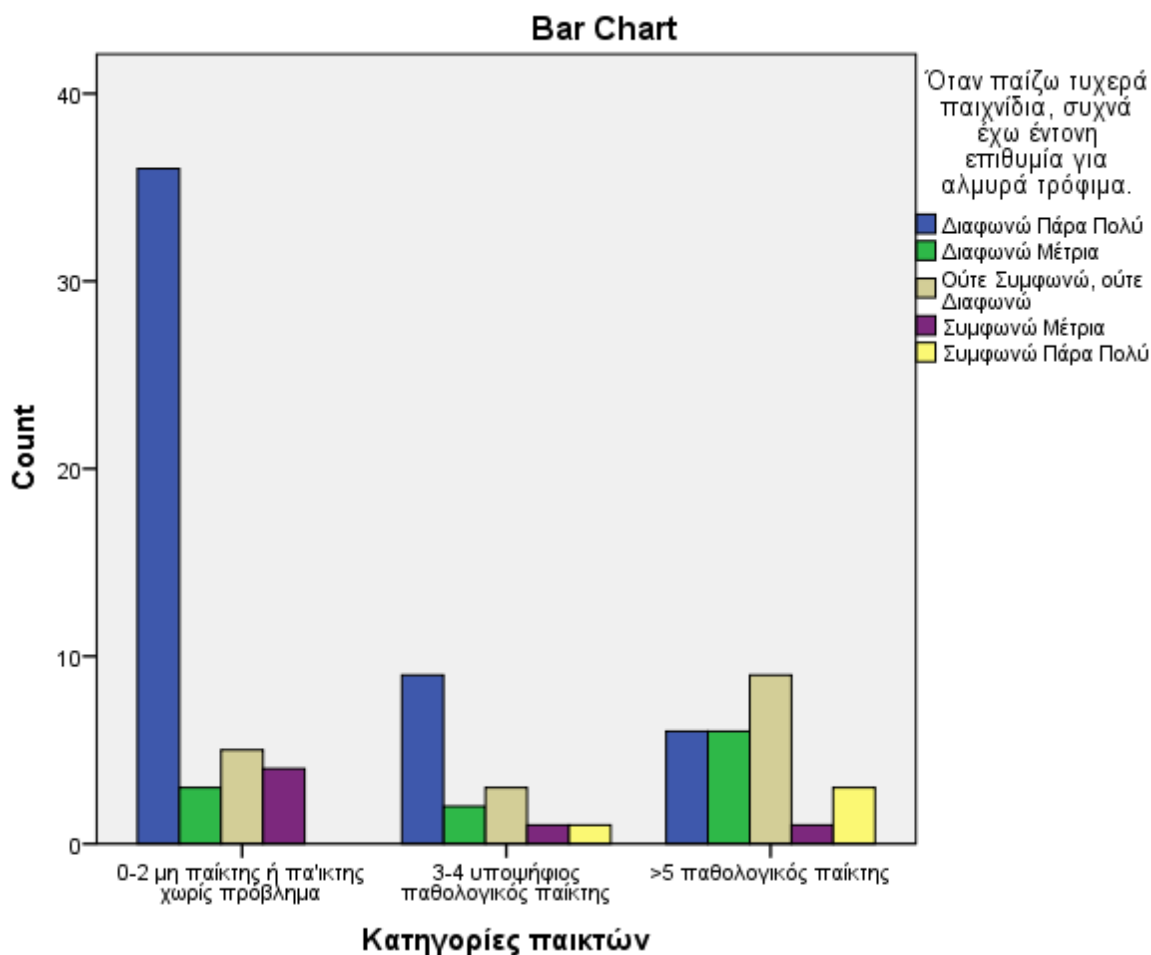
	Τιμή	Βαθμοί Ελευθερίας Df	Ασυμπτωματική Σημαντικότητα
Pearson χ^2	.009 ^a	1	.923
Λόγος Πιθανοφάνειας	.009	1	.923

Linear-by-Linear Association	.009	1	.924
N Έγκυρων Περιπτώσεων	88		

0 κελιά (0.0%) έχουν θεωρητική συχνότητα λιγότερη από 5. Η ελάχιστη συχνότητα είναι 8.18.

Δεν υπάρχει συσχέτιση φύλου και αύξησης κατανάλωσης γλυκών ή αλμυρών (p=0,923).

Κατηγορίες παικτών * Όταν παίζω τυχερά παιχνίδια, συχνά έχω έντονη επιθυμία για αλμυρά τρόφιμα. Crosstabulation



Από τους 48 μη παίκτες ή παίκτες χωρίς πρόβλημα το 75% (36 άτομα) διαφωνεί πάρα πολύ ότι έχει έντονη επιθυμία για γλυκά ή αλμυρά, το 6,3% (3 άτομα) διαφωνεί

μέτρια , το 10,4% (5 άτομα) ούτε συμφωνεί ούτε διαφωνεί, το 8,3% (4 άτομα) συμφωνεί μέτρια και το 0% συμφωνεί πάρα πολύ.

Από τους 16 υποψήφιους παθολογικούς παίκτες το 56,3% (9 άτομα) διαφωνεί πάρα πολύ ότι έχει έντονη επιθυμία για γλυκά ή αλμυρά, το 12,3% (2 άτομα) διαφωνεί μέτρια , το 18,8% (3 άτομα) ούτε συμφωνεί ούτε διαφωνεί, το 6,3% (1 άτομο) συμφωνεί μέτρια και το 6,3% (1 άτομο) συμφωνεί πάρα πολύ.

Από τους 25 παθολογικούς παίκτες το 24% (6 άτομα) διαφωνεί πάρα πολύ στο ότι έχει έντονη επιθυμία για γλυκά ή αλμυρά , το 24% (6 άτομα) διαφωνεί μέτρια , το 36% (9 άτομο) ούτε συμφωνεί ούτε διαφωνεί, το 4% (1 άτομο) συμφωνεί μέτρια και το 12%(3 άτομα) συμφωνεί πάρα πολύ.

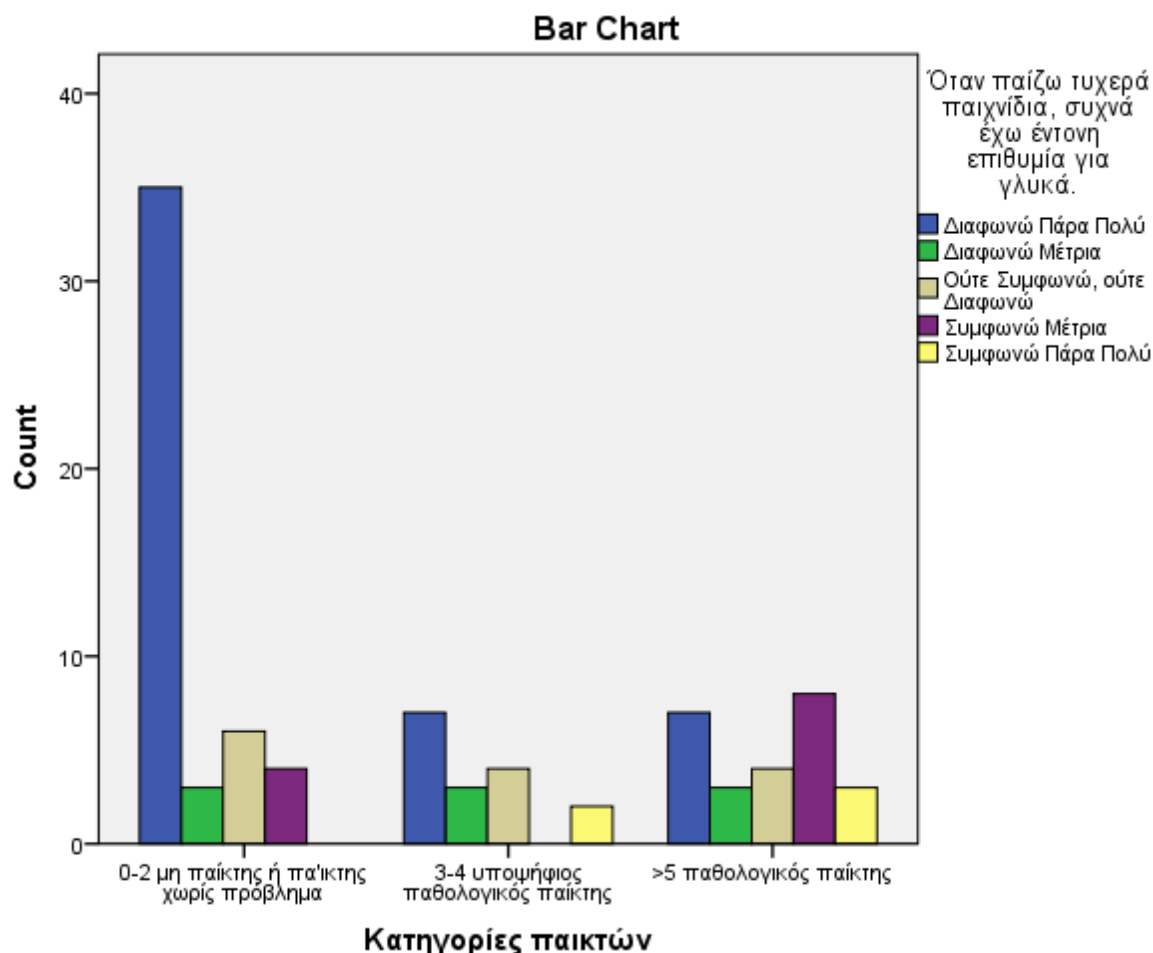
Τεστ χ^2

	Τιμή	Βαθμοί Ελευθερίας Df	Ασυμπτωματικ ή Σημαντικότητα
Pearson χ^2	23.155 ^a	8	.003
Λόγος Πιθανοφάνειας	24.803	8	.002
Linear-by-Linear Association	12.251	1	.000
N Έγκυρων Περιπτώσεων	89		

a. 10 κελιά (66.7%) έχουν θεωρητική συχνότητα λιγότερη από 5. Η ελάχιστη συχνότητα είναι 0.72.

Υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ κατηγορίας παικτών και επιθυμίας γλυκών ή αλμυρών ($p=0,003$). Συνεπώς, όση μεγαλύτερη είναι η παθολογία του παίκτη, τόσο μεγαλύτερη η επιθυμία του να καταναλώσει γλυκά ή αλμυρά τρόφιμα.

Κατηγορίες παικτών * Όταν παίζω τυχερά παιχνίδια, συχνά έχω έντονη επιθυμία για γλυκά. Crosstabulation



Από τους 48 μη παίκτης ή παίκτης χωρίς πρόβλημα το 72,9% (35 άτομα) διαφωνεί πάρα πολύ ότι έχει έντονη επιθυμία για γλυκά , το 6,3% (3 άτομα) διαφωνεί μέτρια , το 12,5% (6 άτομα) ούτε συμφωνεί ούτε διαφωνεί, το 8,3% (4 άτομα) συμφωνεί μέτρια και το 0% συμφωνεί πάρα πολύ.

Από τους 16 υποψήφιους παθολογικούς παίκτης το 43,8% (7 άτομα) διαφωνεί πάρα πολύ ότι έχει έντονη επιθυμία για γλυκά , το 18,8% (3 άτομα) διαφωνεί μέτρια , το 25% (4 άτομα) ούτε συμφωνεί ούτε διαφωνεί, το 0% συμφωνεί μέτρια και το 12,5% (2 άτομα) συμφωνεί πάρα πολύ.

Από τους 25 παθολογικούς παίκτης το 28% (7 άτομα) διαφωνεί πάρα πολύ στο ότι έχει έντονη επιθυμία για γλυκά, το 12% (3 άτομα) διαφωνεί μέτρια , το 16% (4

άτομο) ούτε συμφωνεί ούτε διαφωνεί, το 32% (8 άτομα) συμφωνεί μέτρια και το 12%(3 άτομα) συμφωνεί πάρα πολύ.

Τεστ χ^2

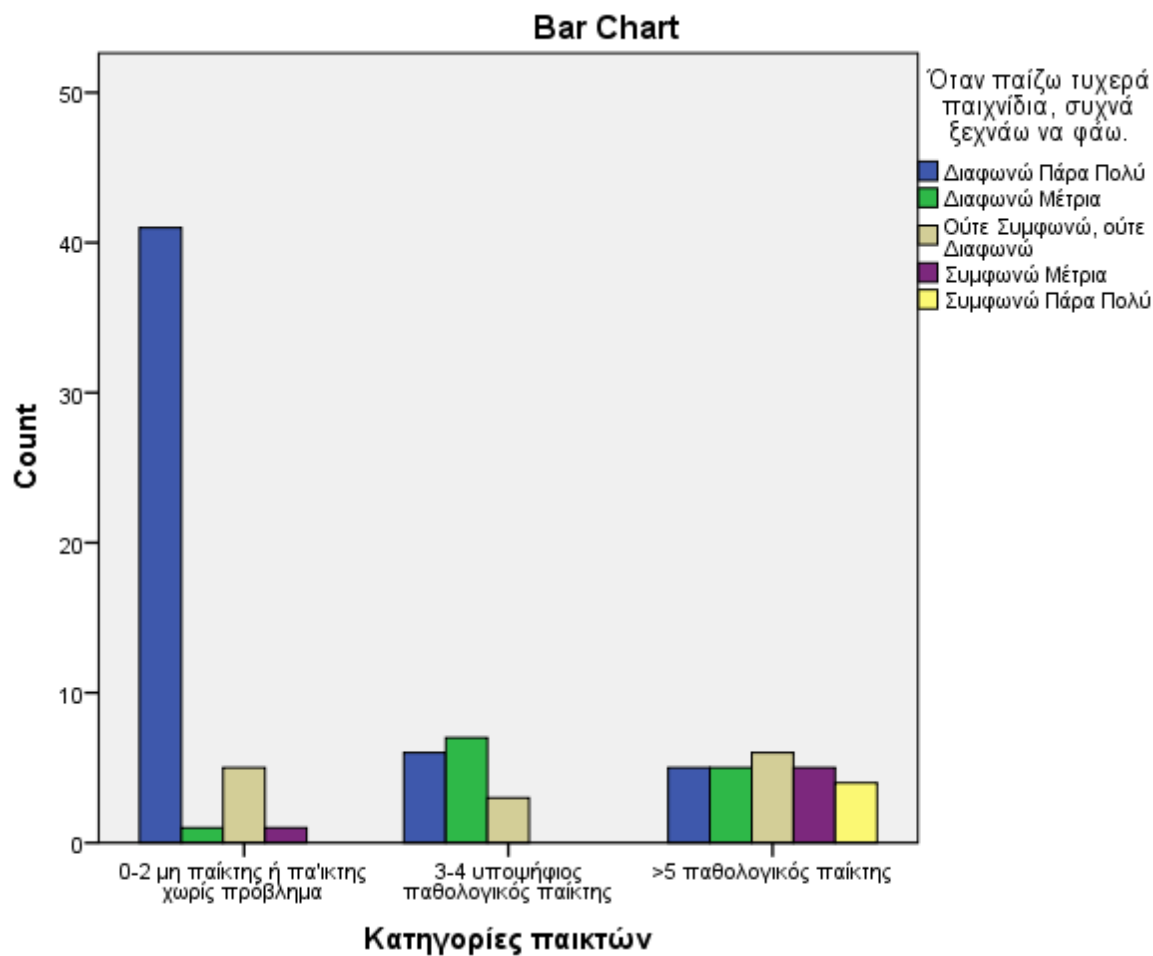
	Τιμή	Βαθμοί Ελευθερίας Df	Ασυμπτωματικ ή Σημαντικότητα
Pearson χ^2	24.964 ^a	8	.002
Λόγος Πιθανοφάνειας	27.644	8	.001
Linear-by-Linear Association	16.330	1	.000
N Έγκυρων Περιπτώσεων	89		

a. 10 κελιά (66.7%) έχουν θεωρητική συχνότητα λιγότερη από 5. Η ελάχιστη συχνότητα είναι 0.90.

Υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ κατηγορίας παικτών και επιθυμίας γλυκών ($p=0,002$). Συνεπώς, όσο αυξάνεται η παθολογία του παίκτη, τόσο εντονότερη είναι η επιθυμία του για κατανάλωση γλυκών κατά την διάρκεια τυχερών παιχνιδιών.

Κατηγορίες παικτών * Όταν παίζω τυχερά παιχνίδια, συχνά ξεχνάω να φάω.

Crosstabulation



Από τους 48 μη παίκτες ή παίκτες χωρίς πρόβλημα το 85,4% (41 άτομα) διαφωνεί πάρα πολύ ότι ξεχνάει να φάει , το 2,1% (1 άτομο) διαφωνεί μέτρια , το 10,4% (5 άτομα) ούτε συμφωνεί ούτε διαφωνεί, το 2,1% (1 άτομο) συμφωνεί μέτρια και το 0% συμφωνεί πάρα πολύ.

Από τους 16 υποψήφιους παθολογικούς παίκτες το 37,5% (6 άτομα) διαφωνεί πάρα πολύ ότι ξεχνάει να φάει, το 43,8% (7 άτομα) διαφωνεί μέτρια , το 18,8% (3 άτομα)

ούτε συμφωνεί ούτε διαφωνεί, το 0% συμφωνεί μέτρια και το 0% συμφωνεί πάρα πολύ.

Από τους 25 παθολογικούς παίκτες το 20% (5 άτομα) διαφωνεί πάρα πολύ στο ότι ξεχνάει να φάει, το 20% (5 άτομα) διαφωνεί μέτρια, το 24% (6 άτομο) ούτε συμφωνεί ούτε διαφωνεί, το 20% (5 άτομα) συμφωνεί μέτρια και το 16% (4 άτομα) συμφωνεί πάρα πολύ.

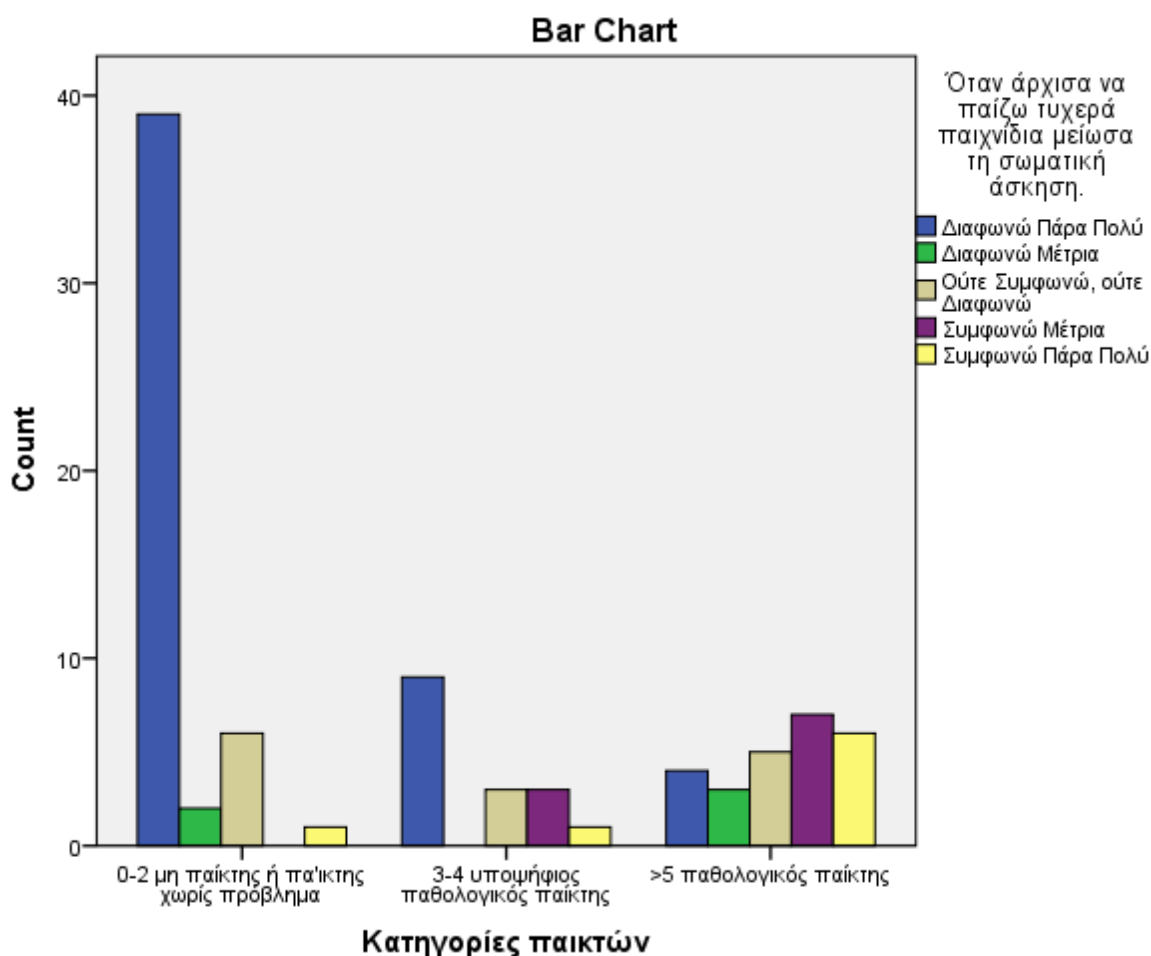
Τεστ χ^2

	Τιμή	Βαθμοί Ελευθερίας Df	Ασυμπτωματική Σημαντικότητα
Pearson χ^2	49.881 ^a	8	.000
Λόγος Πιθανοφάνειας	50.390	8	.000
Linear-by-Linear Association	30.208	1	.000
N Έγκυρων Περιπτώσεων	89		

a. 10 κελιά (66.7%) έχουν θεωρητική συχνότητα λιγότερη από 5. Η ελάχιστη συχνότητα είναι 0.72.

Υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ κατηγορίας παικτών και στην ερώτηση αν ο παίκτης ξεχνάει να φάει ($p=0,00$). Συνεπώς, όσο αυξάνεται η παθολογία του παίκτη, τόσο περισσότερο παραμελεί τη διατροφή του (ξεχνάει να φάει) κατά την διάρκεια ενασχόλησής του με τα τυχερά παιχνίδια.

Κατηγορίες παικτών * Όταν άρχισα να παίζω τυχερά παιχνίδια μείωσα τη σωματική άσκηση. Crosstabulation



Από τους 48 μη παίκτες ή παίκτες χωρίς πρόβλημα το 81,3% (39 άτομα) διαφωνεί πάρα πολύ ότι μείωσε την φυσική δραστηριότητα, το 4,2% (2 άτομα) διαφωνεί μέτρια, το 12,5% (6 άτομα) ούτε συμφωνεί ούτε διαφωνεί, το 0% συμφωνεί μέτρια και το 2,1% (1 άτομο) συμφωνεί πάρα πολύ.

Από τους 16 υποψήφιους παθολογικούς παίκτες το 56,3% (9 άτομα) διαφωνεί πάρα πολύ ότι μείωσε την φυσική δραστηριότητα, το 0% διαφωνεί μέτρια, το 18,8% (3 άτομα) ούτε συμφωνεί ούτε διαφωνεί, το 18,3% (3 άτομα) συμφωνεί μέτρια και το 6,3% (1 άτομο) συμφωνεί πάρα πολύ.

Από τους 25 παθολογικούς παίκτες το 16% (4 άτομα) διαφωνεί πάρα πολύ στο ότι μείωσε τη φυσική δραστηριότητα, το 12% (3 άτομα) διαφωνεί μέτρια, το 20% (5 άτομο) ούτε συμφωνεί ούτε διαφωνεί, το 28% (7 άτομα) συμφωνεί μέτρια και το 24% (6 άτομα) συμφωνεί πάρα πολύ.

Τεστ χ^2

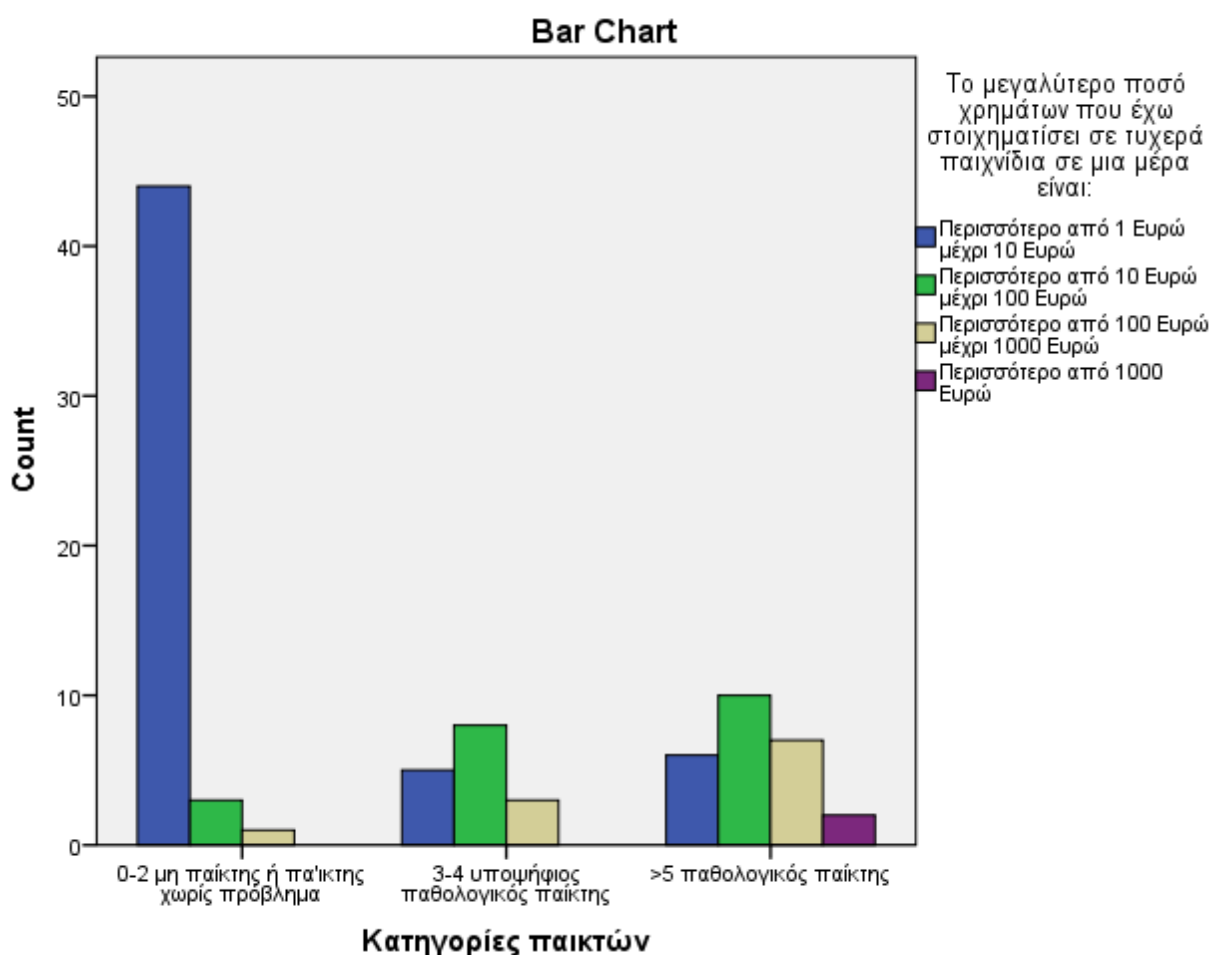
	Τιμή	Βαθμοί Ελευθερίας Df	Ασυμπτωματική Σημαντικότητα
Pearson χ^2	36.984 ^a	8	.000
Λόγος Πιθανοφάνειας	42.720	8	.000
Linear-by-Linear Association	30.790	1	.000
N Έγκυρων Περιπτώσεων	89		

a. 10 κελιά (66.7%) έχουν θεωρητική συχνότητα λιγότερη από 5. Η ελάχιστη συχνότητα είναι 0.90.

Υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ κατηγορίας παικτών και μείωσης φυσικής δραστηριότητας ($p=0,00$). Επομένως, όσο αυξάνεται η παθολογία του παίκτη, τόσο μειώνεται η φυσική δραστηριότητα.

10.3 Στοιχηματικά ποσά

Κατηγορίες παικτών * Το μεγαλύτερο ποσό χρημάτων που έχω στοιχηματίσει σε τυχερά παιχνίδια σε μια μέρα είναι: Crosstabulation



Από τους 48 μη παίκτης ή παίκτης χωρίς πρόβλημα το 91,7% (44 άτομα) έχει στοιχηματίσει περισσότερο από 1-10 ευρώ, το 6,3% (3 άτομα) έχει στοιχηματίσει περισσότερο από 10-100 ευρώ, το 2,1% (1 άτομο) έχει στοιχηματίσει περισσότερο από 100-1000 ευρώ και το 0% έχει στοιχηματίσει περισσότερο από 1000 ευρώ.

Από τους 16 υποψήφιους παθολογικούς παίκτης το 31,3% (5 άτομα) έχει στοιχηματίσει περισσότερο από 1-10 ευρώ, το 50% (8 άτομα) έχει στοιχηματίσει

περισσότερο από 10-100 ευρώ, το 18,8% (3 άτομα) έχει στοιχηματίσει περισσότερο από 100-1000 ευρώ και το 0% έχει στοιχηματίσει περισσότερο από 1000 ευρώ.

Από τους 25 παθολογικούς παίκτες το 24% (6 άτομα) έχει στοιχηματίσει περισσότερο από 1-10 ευρώ, το 40% (10 άτομα) έχει στοιχηματίσει περισσότερο από 10-100 ευρώ, το 28% (7 άτομα) έχει στοιχηματίσει περισσότερο από 100-1000 ευρώ και το 8% (2 άτομα) έχει στοιχηματίσει περισσότερο από 1000 ευρώ.

Τεστ χ^2

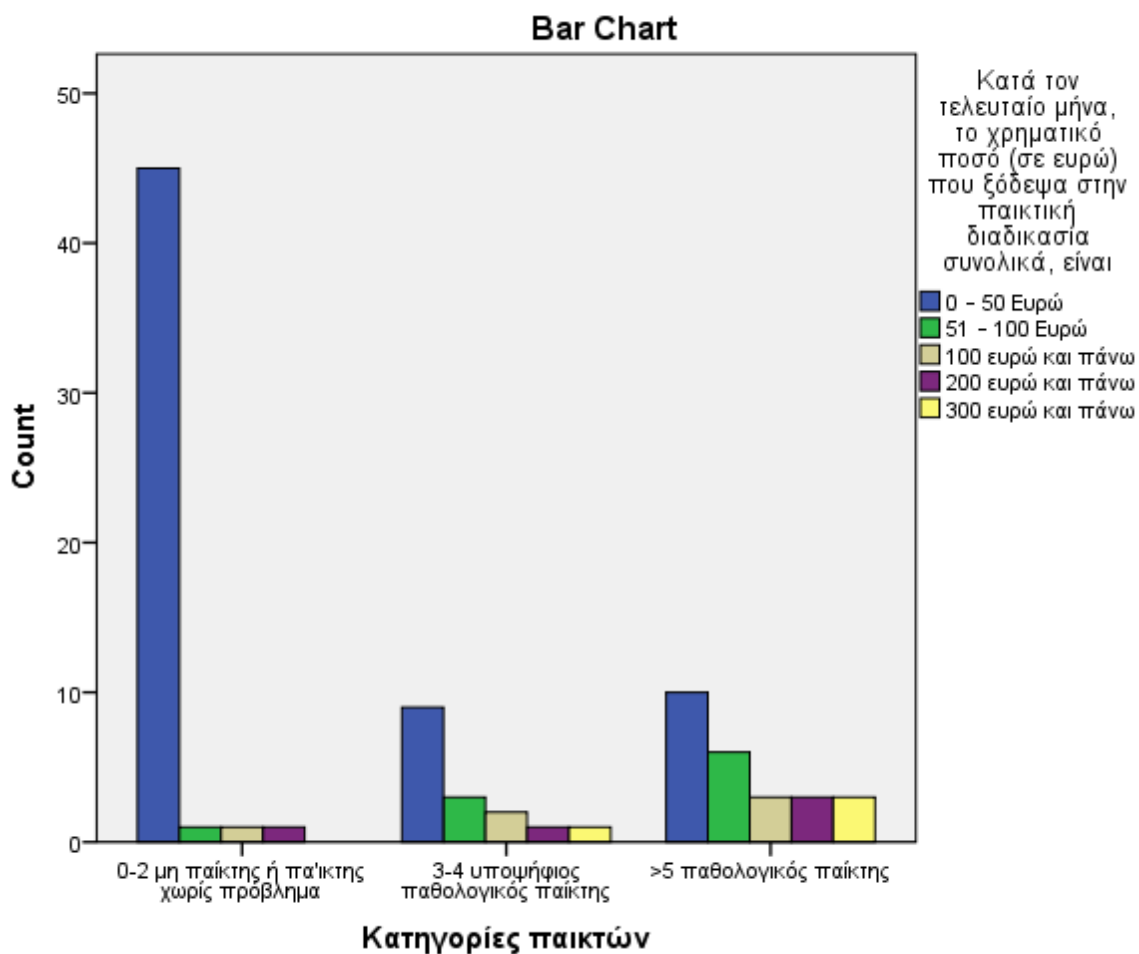
	Τιμή	Βαθμοί Ελευθερίας Df	Ασυμπτωματικ ή Σημαντικότητα
Pearson χ^2	43.523 ^a	6	.000
Λόγος Πιθανοφάνειας	46.598	6	.000
Linear-by-Linear Association	33.228	1	.000
N Έγκυρων Περιπτώσεων	89		

a. 6 κελιά (50.0%) έχουν θεωρητική συχνότητα λιγότερη από 5. Η ελάχιστη συχνότητα είναι 0.36.

Υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ κατηγορίας παικτών και ποσού στοιχημάτων σε μια ημέρα ($p=0,00$). Συνεπώς, όσο αυξάνεται η παθολογία του παίκτη, τόσο αυξάνεται και το ποσό που στοιχηματίζει ανά ημέρα.

Κατηγορίες παικτών * Κατά τον τελευταίο μήνα, το χρηματικό ποσό (σε ευρώ) που ξόδεψα στην παικτική διαδικασία συνολικά, είναι Crosstabulation

			Κατά τον τελευταίο μήνα, το χρηματικό ποσό (σε ευρώ) που ξόδεψα στην παικτική διαδικασία συνολικά, είναι					
			0 – 50 Ευρώ	51 – 100 Ευρώ	100 ευρώ και πάνω	200 ευρώ και πάνω	300 ευρώ και πάνω	Total
Κατηγορίες παικτών	0-2 μη παίκτης ή πα'ικτης χωρίς πρόβλημα	Count % within Κατηγορίες παικτών	45 93.8 %	1 2.1%	1 2.1%	1 2.1%	0 0.0%	48 100.0 %
	3-4 υποψήφιος παθολογικός παίκτης	Count % within Κατηγορίες παικτών	9 56.3 %	3 18.8 %	2 12.5 %	1 6.3%	1 6.3%	16 100.0 %
	>5 παθολογικός παίκτης	Count % within Κατηγορίες παικτών	10 40.0 %	6 24.0 %	3 12.0 %	3 12.0 %	3 12.0 %	25 100.0 %
Total		Count % within Κατηγορίες παικτών	64 71.9 %	10 11.2 %	6 6.7%	5 5.6%	4 4.5%	89 100.0 %



Από τους 48 μη παίκτες ή παίκτες χωρίς πρόβλημα το 93,8% (45 άτομα) έχει στοιχηματίσει 0-50 ευρώ, το 2,1% (1 άτομο) έχει στοιχηματίσει 51-100 ευρώ, το 2,1% (1 άτομο) έχει στοιχηματίσει 100 ευρώ και πάνω, το 2,1% (1 άτομο) έχει στοιχηματίσει 200 ευρώ και πάνω και το 0% έχει στοιχηματίσει 300 ευρώ και πάνω.

Από τους 16 υποψήφιους παθολογικούς παίκτες το 56,3% (9 άτομα) έχει στοιχηματίσει 0-50 ευρώ, το 18,8% (3 άτομα) έχει στοιχηματίσει 51-100 ευρώ, το 12,5% (2 άτομα) έχει στοιχηματίσει 100 ευρώ και πάνω, το 6,3% (1 άτομο) έχει στοιχηματίσει 200 ευρώ και πάνω και το 6,1% (1 άτομο) έχει στοιχηματίσει 300 ευρώ και πάνω.

Από τους 25 παθολογικούς παίκτες το 40% (10 άτομα) έχει στοιχηματίσει 0-50 ευρώ, το 24% (6 άτομα) έχει στοιχηματίσει 51-100 ευρώ, το 12% (3 άτομα) έχει στοιχηματίσει 100 ευρώ και πάνω, το 12% (3 άτομα) έχει στοιχηματίσει 200 ευρώ και πάνω και το 12% (3 άτομα) έχει στοιχηματίσει 300 ευρώ και πάνω.

Τεστ χ^2

	Τιμή	Βαθμοί Ελευθερίας Df	Ασυμπτωματικ ή Σημαντικότητα
Pearson χ^2	26.927 ^a	8	.001
Λόγος Πιθανοφάνειας	29.443	8	.000
Linear-by-Linear Association	19.504	1	.000
N Έγκυρων Περιπτώσεων	89		

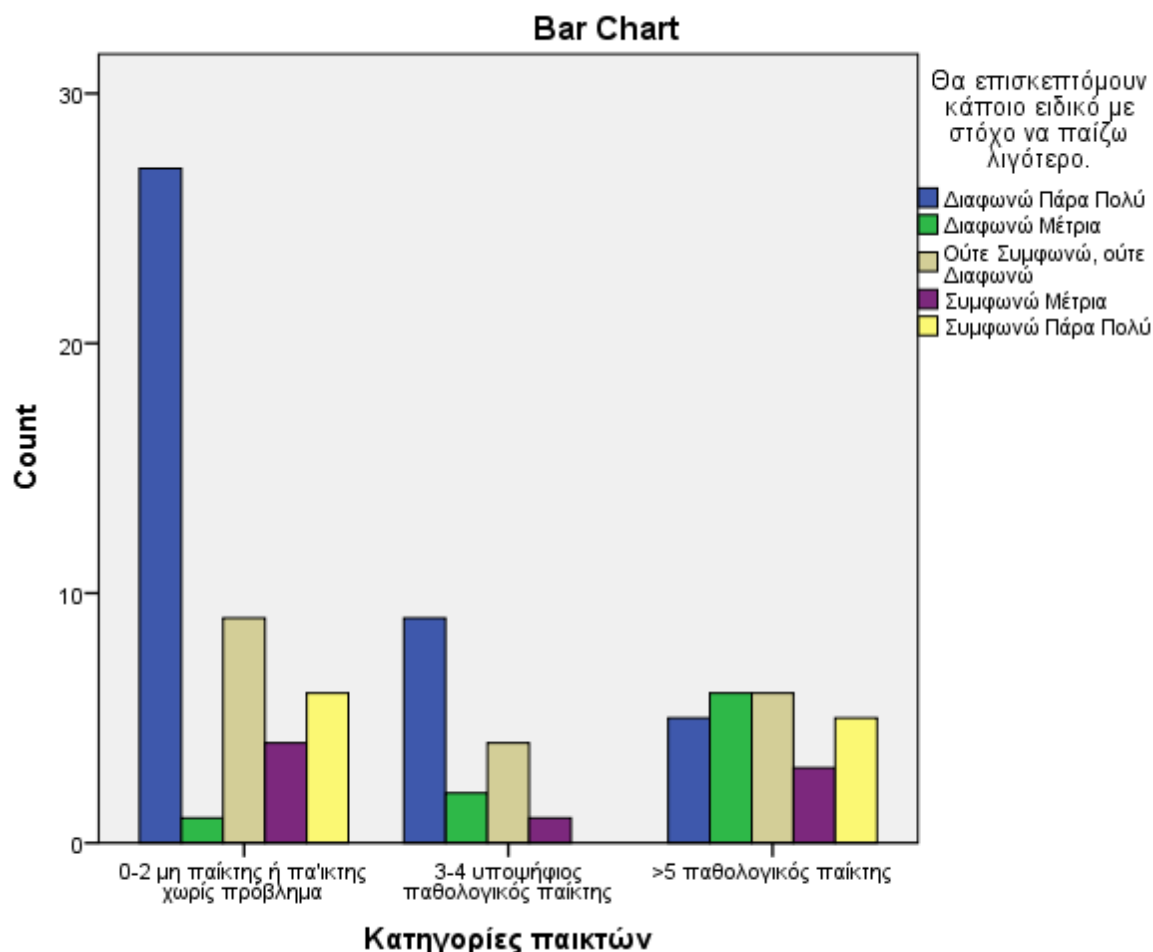
a. 11 κελιά (73.3%) έχουν θεωρητική συχνότητα λιγότερη από 5. Η ελάχιστη συχνότητα είναι 0.72.

Υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ κατηγορίας παικτών και στοιχηματικού ποσού στον μήνα ($p=0.001$). Συνεπώς, όσο αυξάνεται η παθολογία του παίκτη, τόσο αυξάνεται και το ποσό που ξοδεύει στην παικτική διαδικασία ανά μήνα.

10.4 Αποχή από στοίχημα

Κατηγορίες παικτών * Θα επισκεπτόμουν κάποιο ειδικό με στόχο να παίξω λιγότερο.

Crosstabulation



Από τους 48 μη παίκτες ή παίκτες χωρίς πρόβλημα το 57,4% (27 άτομα) διαφωνεί πάρα πολύ ότι θα επισκεπτόταν ειδικό για ελάττωση παιχνιδιού, το 2,1% (1 άτομο) διαφωνεί μέτρια, το 19,1% (9 άτομα) ούτε συμφωνεί ούτε διαφωνεί, το 6,3% (2 άτομα) συμφωνεί μέτρια και το 12,8% (6 άτομα) συμφωνεί πάρα πολύ.

Από τους 16 υποψήφιους παθολογικούς παίκτες το 56,3% (9 άτομα) διαφωνεί πάρα πολύ ότι θα επισκεπτόταν ειδικό για ελάττωση παιχνιδιού, το 12,5% (2 άτομα) διαφωνεί μέτρια, το 25% (4 άτομα) ούτε συμφωνεί ούτε διαφωνεί, το 18,8% (3 άτομα) συμφωνεί μέτρια και το 0% συμφωνεί πάρα πολύ.

Από τους 25 παθολογικούς παίκτες το 20% (5 άτομα) διαφωνεί πάρα πολύ στο ότι θα επισκεπτόταν ειδικό για ελάττωση παιχνιδιού, το 24% (6 άτομα) διαφωνεί μέτρια , το 24% (6 άτομα) ούτε συμφωνεί ούτε διαφωνεί, το 12% (3 άτομα) συμφωνεί μέτρια και το 20% (5 άτομα) συμφωνεί πάρα πολύ.

Τεστ χ^2

	Τιμή	Βαθμοί Ελευθερίας Df	Ασυμπτωματικ ή Σημαντικότητα
Pearson χ^2	16.839 ^a	8	.032
Λόγος Πιθανοφάνειας	19.767	8	.011
Linear-by-Linear Association	3.083	1	.079
N Έγκυρων Περιπτώσεων	88		

a. 9 κελιά (60.0%) έχουν θεωρητική συχνότητα λιγότερη από 5. Η ελάχιστη συχνότητα είναι 1.45.

Υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ κατηγορίας παικτών και επίσκεψης σε ειδικό για ελάττωση παιχνιδιού ($p=0,032$). Συνεπώς όσο αυξάνεται η παθολογία του παίκτη, τόσο περισσότερο σκέπτεται την βοήθεια από κάποιο ειδικό έτσι ώστε να μειώσει την παικτική του δραστηριότητα.

11.Συζήτηση-Συμπεράσματα

Στην παρούσα εργασία διερευνήθηκε, αν υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στον παθολογικό τζόγο και τις διατροφικές συνήθειες. Οι εθισμένοι στα τυχερά παιχνίδια είναι αρκετά πιθανό να αντιμετωπίζουν, άλλοι σε μικρότερο και άλλοι σε μεγαλύτερο βαθμό, κάποια προβλήματα σε διάφορους τομείς της ζωής τους. Τα πιο φανερά προβλήματα εντοπίζονται κυρίως, στην οικογενειακή τους ζωή, στον επηρεασμό της ψυχολογίας τους, στις κοινωνικές τους σχέσεις αλλά και στον επαγγελματικό τους τομέα (Γαβαλά και συν.,2015). Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η συσχέτιση των ενασχολούμενων με τα τυχερά παιχνίδια και οι διατροφικές τους συνήθειες σε δείγμα

100 ατόμων. Στην έρευνα συμμετείχαν άνδρες και γυναίκες ηλικίας από 20 έως 70 ετών.

Η παθολογική ενασχόληση εμφανίζεται κυρίως σε άνδρες, με το ποσοστό των ανδρών επί του συνόλου των παθολογικών παικτών να προσεγγίζει ή και να υπερβαίνει το 70% και αυτό των γυναικών να περιορίζεται, αντίστοιχα, περί το 30% ή και λιγότερο. Συνήθης ηλικία έναρξης του προβλήματος είναι νωρίς στην εφηβεία για τους άνδρες και κάπως αργότερα για τις γυναίκες (Potenza et al.,2001).

Οι άνδρες προτιμούν παιχνίδια όπως χαρτιά, ρουλέτα, ζάρια και στοιχηματισμό σε sport, ιπποδρομίες ή κυνοδρομίες, ενώ οι γυναίκες το βιντεολόττο και άλλες λοταρίες. Οι γυναίκες φαίνεται να παίζουν περισσότερο στα καζίνο. Και τα δύο φύλα παρουσιάζουν άγχος και κατάθλιψη, αλλά οι γυναίκες είναι πιο πιθανό να αναφέρουν άγχος και απόπειρες αυτοκτονίας (Raylu et al.,2002). Οι άνδρες υπερτερούν σε συλλήψεις εξαιτίας των τυχερών παιχνιδιών, ενώ οι γυναίκες εμπλέκονται σε παράνομες δραστηριότητες σχετιζόμενες με τον τζόγο, που δεν οδηγούν όμως σε σύλληψη. Τέλος, οι άνδρες συνηθίζουν περισσότερο να χρωστούν χρήματα σε γραφεία στοιχημάτων ή τοκογλύφους, ενώ οι γυναίκες επιβαρύνουν τις πιστωτικές τους κάρτες (Potenza et al.,2001). Εκτός από το αρρεν φύλο, το νεαρό της ηλικίας, το είδος του τυχερού παιχνιδιού, η ανεργία, το χαμηλό εισόδημα η προσβασιμότητα και η ύπαρξη οικογενειακού ιστορικού ενασχόλησης με τα τυχερά παιχνίδια αποτελούν τους σημαντικότερους παράγοντες επικινδυνότητας (Raylu et al.,2002).

Αρχικά , όσον αφορά την κατηγοριοποίηση σε παίκτες παρατηρήσαμε ότι τα περισσότερα άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα δηλαδή το 47,5%, είναι παίκτες χωρίς πιθανότητα Εθισμού ωστόσο ένα σημαντικό ποσοστό παρουσιάζει προβληματική συμπεριφορά. Συγκεκριμένα το 15,8 % είναι παίκτες με πιθανή εκδήλωση Εθισμού και τέλος το 24,8 % είναι παθολογικοί «Εθισμένοι» παίκτες. Από την ανάλυση του ΔΜΣ διαπιστώσαμε ότι το 51,5% των συμμετεχόντων εμφανίζει ΔΜΣ από 18.5 έως 24.9 (WHO2000,2004) και επομένως εντάσσονται στην κατηγορία των ατόμων με φυσιολογικό βάρος. Από την άλλη το 25,7 % των ερωτηθέντων είναι υπέρβαροι, το 7,9 % παχύσαρκοι Α' βαθμού και το 2% ελλιποβαρείς.

Το 50% των υποψήφιων παικτών και το 40% των παθολογικών παικτών, έχει στοιχηματίσει περισσότερο από 50-100 ευρώ κατά την διάρκεια της παικτικής διαδικασίας ενώ περισσότερο από 1000 ευρώ έχει στοιχηματίσει το 8% των παθολογικών παικτών.

Τα άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα και ασχολούνται με τα τυχερά παιχνίδια δεν εμφανίζουν ιδιαίτερα συμπτώματα Διαταραγμένων Διατροφικών Συνηθειών. Ειδικότερα, από το γενικό δείγμα το 14% πιθανότατα εμφανίζει κάποια διατροφική διαταραχή, το 5,7% εμφανίζει μεγάλη πιθανότητα ανάπτυξης διατροφικής διαταραχής, το 78,4% εμφανίζει μειωμένη πιθανότητα. Από τους υποψήφιους προβληματικούς παίκτες το 31,3% εμφανίζει κάποια διατροφική διαταραχή ενώ από τους παθολογικούς παίκτες το 4,2% εμφανίζει μεγάλη πιθανότητα διατροφικών διαταραχών και το 8,3% εμφανίζει διατροφική διαταραχή. Το φύλο φαίνεται να συσχετίζεται με τις διατροφικές διαταραχές, (20,8% των γυναικών έναντι 10% των ανδρών) ενώ οι διατροφικές διαταραχές φαίνεται να εμφανίζονται συχνότερα σε ηλικίες 20-30 ετών (για ενήλικο πληθυσμό).

Άτομα με παθολογικό πρόβλημα χαρτοπαιξίας παρουσιάζουν ιδιαίτερες διατροφικές συνήθειες που πολλές φορές οδηγούν σε διατροφικές διαταραχές. Τόσο οι διατροφικές διαταραχές όσο και η παθολογική χαρτοπαιξία χαρακτηρίζονται από διαταραχές στον έλεγχο των παρορμήσεων (Yip, 2011). Θα μπορούσε λοιπόν να θεωρηθεί ότι η παρορμητικότητα είναι κοινό χαρακτηριστικό της προσωπικότητας ατόμων με παθολογική χαρτοπαιξία και διατροφική διαταραχή. Βρέθηκε δηλαδή πως η παρορμητικότητα, η αναζήτηση διέγερσης και η έλλειψη προγραμματισμού είναι χαρακτηριστικά σε ομάδες με βουλιμική συμπεριφορά, κατάχρηση αλκοόλ και ενασχόληση με χαρτοπαιξία. Η παρορμητικότητα είναι το χαρακτηριστικό με τη μεγαλύτερη διακύμανση σε αυτά τα άτομα κάνοντας τα να ενεργούν απερίσκεπτα σε περιόδους στρες. Η αναζήτηση διέγερσης συνδέεται με τη συχνότητα της χαρτοπαιξίας και την κατανάλωση αλκοόλ, όχι όμως με την κατάχρηση. Επιπρόσθετα, συγκεκριμένες συμπεριφορές που προσδοκούνται φάνηκαν να μετριάζουν την παρορμητικότητα στην χαρτοπαιξία σε άτομα αρσενικού φύλου και το τσιμπολόγημα στις γυναίκες (Fischer,2007).

Συγκρίνοντας τα τυχερά παιχνίδια με τις άλλες εξαρτήσεις διαπιστώσαμε ότι από το γενικό δείγμα το 31,8% καταναλώνει αλκοόλ με τα τυχερά παιχνίδια, από τους υποψήφιους προβληματικούς παίκτες το 43,8% καταναλώνει αλκοόλ με τα τυχερά παιχνίδια ενώ από τους παθολογικούς παίκτες το 54,2%. Τα τυχερά παιχνίδια και η κατανάλωση αλκοόλ είναι πολύ διαδεδομένα. Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε, μεταξύ των μη παθολογικών παικτών, έως και 80% έχουν αναφέρει πως η κατανάλωση αλκοολούχων ποτών ήταν ανάμεσα στις 4 με 10 μερίδες κατά το

τελευταίο επεισόδιο χαρτοπαιξίας, επίσης όσοι έπιναν το παιχνίδι τους έτεινε να γίνεται πιο επικίνδυνο(Rash.,2011). Από το γενικό δείγμα το 1,1% κάνει χρήση ουσιών , συγκεκριμένα 1 παθολογικός παίκτης κάνει χρήση ινδικής κάνναβης. Σύμφωνα με έρευνα, το 38, 1% των παθολογικών παικτών πληρούσαν τα κριτήρια για μια παράνομη διαταραχή χρήσης ουσιών σε σύγκριση με το 8,8% των μη παικτών. Τα υψηλά ποσοστά συννοσηρότητας έχουν παρατηρηθεί και σε δείγματα που αναζητούσαν θεραπεία. Πολλοί χρήστες ουσιών πληρούν 3-4 από τα 5 κριτήρια που απαιτούνται για τη διάγνωση της παθολογικής χαρτοπαιξίας. Οι παίκτες με προβλήματα ουσιών τείνουν να παίζουν πιο πολύ, στο πλαίσιο των κοινωνικών εναυσμάτων και υπό την επήρεια ουσιών (Petry, 2010).

Αναφορικά με το κάπνισμα αύξηση καπνίσματος έχει παρατηρήσει το 30,7% του γενικού δείγματος, το 50% των παθολογικών παικτών και το 37,5% των υποψήφιων προβληματικών παικτών. Μετά από έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε παίκτες καπνιστές και μη καπνιστές , βρέθηκε πως οι καθημερινοί καπνιστές είναι πιο πιθανό να έχουν ιστορικό θεραπείας από κατάχρηση ουσιών από ότι οι μη καπνιστές. Το φύλο, η ηλικία και ο βαθμός κατάχρησης ουσιών ελέγχθηκαν και βρέθηκε πως οι καπνιστές είναι πιο πιθανό να αναπτύξουν παθολογικό πρόβλημα χαρτοπαιξίας, οικογενειακά και κοινωνικά προβλήματα καθώς και ψυχιατρικές διαταραχές. Συγκριτικά με τους μη καπνίζοντες, οι παίκτες που καπνίζουν φαίνεται να ξοδεύουν μεγαλύτερα ποσά σε τυχερά παιχνίδια , να παίζουν περισσότερες μέρες την εβδομάδα ,«λαχταρούσαν» περισσότερο την επιστροφή τους στην κατάσταση της χαρτοπαιξίας και είχαν χαμηλότερη αντίληψη του ελέγχου των τυχερών παιχνιδιών . Επίσης, είναι πιο πιθανόν να παίρνουν ψυχιατρικά φάρμακα και να παρουσιάσουν ψυχιατρικά συμπτώματα, ιδιαίτερα άγχους. Τέλος, φάνηκε πως τα 2/3 των ατόμων αυτών που επιζητούν θεραπεία για την παθολογική χαρτοπαιξία , αναζητούν βοήθεια και για την διακοπή καπνίσματος (Petry, 2002)

Ως προς τις διατροφικές συνήθειες των ερωτηθέντων και πως επηρεάζει ο τζόγος την διατροφή τους, αύξηση σε κατανάλωση γλυκών ή αλμυρών έχει παρατηρήσει το 20,5% του γενικού δείγματος, το 37,4% των υποψήφιων προβληματικών παικτών και το 25% των παθολογικών παικτών. Οι γυναίκες παρατήρησαν αύξηση στην κατανάλωση γλυκών ή αλμυρών κατά την ενασχόληση με το τζόγο. Η διαφορά που έχει παρατηρηθεί περισσότερο όσο αναφορά την διατροφή είναι το τσιμπολόγημα από το 60% του γενικού δείγματος και το 60% των υποψήφιων παθολογικών

παικτών. Ενώ από την άλλη το 60% των παθολογικών παικτών έχει παρατηρήσει απώλεια όρεξης. Επιπλέον το 66,7% του γενικού δείγματος και το 75% των παθολογικών παικτών όταν χάνει σε κάποιο τυχερό παιχνίδι έχει παρατηρήσει απώλεια όρεξης. Τέλος, από τους παθολογικούς παίκτες το 16% ξεχνάει να φάει. Μείωση φυσικής δραστηριότητας έχει παρατηρήσει το 17,2% του γενικού δείγματος, το 18,8% των υποψήφιων προβληματικών και το 33,3% των παθολογικών παικτών. Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε φάνηκε πως τα ίδια υποκειμενικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας που οδηγούν σε υπερκατανάλωση αλκοόλ, τσιγάρων και πλούσια σε ενέργεια τρόφιμα, θα μπορούσε να δείξει μια προδιάθεση για τυχερά παιχνίδια. Ένας λόγος που συμβαίνει η ταυτόχρονη κατανάλωση των παραπάνω είναι το γεγονός ότι συνυπάρχουν πάντα στον ίδιο χώρο (π.χ. καζίνο).

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε τηλεφωνικώς σε 1700 άτομα και έδειξε πως υπάρχει συσχέτιση της πιθανότητας κατανάλωσης τροφών πλούσια σε ζάχαρη και αλάτι και στην ενασχόληση τυχερών παιχνιδιών. Οι ερωτηθέντες δήλωναν πόσο αλάτι κατανάλωναν στο μαγείρεμα και στο τραπέζι για να βγει το σκορ. Βαθμολογήθηκε επίσης και η κατανάλωση σνακ κατά τη διάρκεια τυχερών παιχνιδιών αλλά και μη χαρτοπαικτικής διαδικασίας. Διαπιστώθηκαν χαρακτηριστικά της προσωπικότητας που επηρεάζουν τις αποφάσεις τρόπου ζωής όπου είναι σχετικά ισχυροί δείκτες πιθανότητας καταναλωτικών προϊόντων και τυχερών παιχνιδιών. Όταν ένα άτομο κερδίζει χρήματα σε κάποιο μηχάνημα σε καζίνο, τα φώτα και οι ήχοι που κάνει το μηχάνημα δίνουν την ίδια ώθηση στον οργανισμό όπως και η κατανάλωση του αγαπημένου μας αλμυρού σνακ (μπέργκερ στην παρούσα έρευνα).

Η ίδια παρορμητική αίσθηση που οδηγεί στην υπερκατανάλωση τροφών μπορεί να οδηγήσει και στην «υπερκατανάλωση» τυχερών παιχνιδιών. Η υπερκατανάλωση ,χρημάτων, τροφίμων και ουσιών, είναι ένα πιεστικό ζήτημα στις σύγχρονες κοινωνίες, παρουσιάζοντας πολλές φορές προκλήσεις σε κοινωνικά ζητήματα αλλά και υγείας. Ενεργειακά πυκνά τρόφιμα, ψυχοτρόπες ουσίες, ακόμα και ορισμένα προϊόντα μέσω ενημέρωσης παρέχουν άμεση ανταμοιβή (Browne, 2013)

Λαμβάνοντας υπόψη τις πληροφορίες που αντλούμε από το FFQ τα τρόφιμα που καταναλώνονται περισσότερο είναι τα εξής:

- Σουβλάκια : 2-4 φορές την εβδομάδα από το 50% των υποψηφίων παικτών και το 37,5% των παθολογικών.
- Ξηροί καρποί: 2-4 φορές την εβδομάδα από το 31,3% των υποψηφίων παθολογικών παικτών και το 33,3% των παθολογικών.
- Τοστ κ.α : 2-4 φορές την εβδομάδα από το 18,8% των υποψηφίων παικτών και το 25% των παθολογικών.
- Σοκολάτα: 2-4 φορές την εβδομάδα από το 25% των υποψηφίων παικτών και το 29,2% των παθολογικών.

Το 32% των παθολογικών παικτών θα ζητούσε βοήθεια από ειδικό, το 68% όχι. Στις περισσότερες περιπτώσεις, τα άτομα της οικογένειας και οι φίλοι του εξαρτημένου αντιλαμβάνονται πρώτοι το πρόβλημα, καθώς πέρα από τον παίκτη, και σε εκείνους έχουν άμεσο αντίκτυπο οι συνέπειες αυτής της εξάρτησης. Το δύσκολο για ένα παίκτη, αλλά και το οικογενειακό του περιβάλλον, είναι πρώτα από όλα να αναγνωρίσουν το πρόβλημα και να το αποδεχτούν. Το επόμενο βήμα είναι να αναζητήσουν βοήθεια από ειδικούς και λύση στο πρόβλημα της εξάρτησης. Η θεραπεία του παθολογικού τζόγου συνίσταται στο να βοηθήσει τον ασθενή να ξεπεράσει τις παράλογες σκέψεις που έχει αναπτύξει σχετικά με τον έλεγχο τυχαίων γεγονότων, καθώς και στην αντιμετώπιση των διαφόρων ψυχιατρικών και νευρολογικών συμπτωμάτων που παρουσιάζονται συνήθως λόγω της εξαρτητικής διαδικασίας. Όπως και με τις άλλες μορφές εξάρτησης, έτσι και ο εθισμένος στα τυχερά παιχνίδια μπορεί να απεξαρτηθεί όταν πάρει στα χέρια του την ευθύνη του εαυτού του, ώστε να αναγνωρίσει το πρόβλημά του και να ζητήσει βοήθεια (Μάνος,2008).

12.ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΕΡΕΥΝΑΣ

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας θεωρούνται αξιόπιστα κυρίως λόγω της χρήσης αναγνωρισμένων κλιμάκων – ερωτηματολογίων, κάτι που αποτελεί το βασικότερο πλεονέκτημα της μελέτης. Παρόλα αυτά παρουσιάζονται κάποιοι περιορισμοί που χρήζουν προσοχής από μελλοντικούς ερευνητές. Ο πρώτος περιορισμός σχετίζεται με το μικρό πλήθος του δείγματος. Ένα μεγαλύτερο δείγμα

είναι πολύ πιθανό να φανέρωνε διαφορές ως προς κάποιες παραμέτρους σε ότι αφορά τις απόψεις και τις συνήθειες των ατόμων που ασχολούνται με τα τυχερά παιχνίδια. Ορισμένα μη στατιστικά αποτελέσματα θα μπορούσαν να είχαν αποφευχθεί με την χρήση μεγαλύτερου σε μέγεθος δείγματος. Σε γενικές γραμμές η συμμετοχή ατόμων με διαφορετικά κοινωνικό – δημογραφικά χαρακτηριστικά ίσως να φανέρωνε επιπλέον χρήσιμα αποτελέσματα. Ένας περιορισμός της μελέτης αυτής είναι ότι τα δεδομένα είναι συγχρονικά και έτσι δεν μπορούμε να καταλήξουμε σε οριστικά συμπεράσματα για την κατεύθυνση της λαμβανόμενης οργάνωσης. Σχεδόν όλα τα δεδομένα βασίζονται στην αυτό-αναφορά, και οι άνθρωποι που ασχολούνται με τα τυχερά παιχνίδια να μην έχουν πλήρη γνώση της συμπεριφορά τους. Θα μπορούσαμε να χαρακτηρίσουμε ως περιορισμό και το γεγονός πως τα ερωτηματολόγια τα οποία δόθηκαν στο δείγμα απαιτούσαν πολλές απαντήσεις, κάτι το οποίο ίσως να κούραζε τα άτομα και όπως συνεπάγεται από αυτό, να μην έδιναν τις απαντήσεις που θα έδιναν αν ήταν λιγότερα τα ερωτηματολόγια ή πιο συνοπτικά. Το φαινόμενο της παθολογικής ενασχόλησης με τα τυχερά παιχνίδια στην Ελλάδα δεν έχει διερευνηθεί, παρά το γεγονός ότι ο οικονομικός τζίρος των νόμιμων και παράνομων τυχερών παιχνιδιών είναι μεγάλος. Επίσης υπάρχει πολύ περιορισμένη βιβλιογραφία όσον αφορά την παθολογική χαρτοπαιξία και την διατροφή.

13.ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΕΣ ΕΡΕΥΝΕΣ

Πέραν της εξαγωγής χρήσιμων αποτελεσμάτων της παρούσας έρευνας πιστεύουμε πως μελλοντικές έρευνες μπορούν να συμβάλλουν στην επιπλέον διερεύνηση της σχέσης τυχερών παιχνιδιών και των διατροφικών συνηθειών. Οι προτάσεις μας αφορούν τις εξής κατευθύνσεις:

- Επανάληψη της παρούσας έρευνας σε δείγμα μεγαλύτερου πλήθους το οποίο να προέρχεται από διαφορετικές γεωγραφικές περιοχές έτσι ώστε να είναι δυνατή η σύγκριση.
- Έρευνες σε διεθνές επίπεδο φανερώνουν ότι υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στα τυχερά παιχνίδια και τις διατροφικές συνήθειες των ατόμων κάτι τέτοιο δεν

επιβεβαιώθηκε από την παρούσα έρευνα, όμως προτείνεται μελλοντικές μελέτες να επικεντρωθούν στην διαπίστωση αυτή.

- Η παρούσα έρευνα δεν επιβεβαίωσε ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών στα άτομα που ασχολούνται με την παθολογική χαρτοπαιξία. Καθώς όμως άλλες έρευνες επιβεβαιώνουν αυτή την ανάπτυξη το θέμα χρήζει διεξοδικότερης διερεύνησης στον ελληνικό πληθυσμό.
- Η βιβλιογραφία δεν αναφέρεται σχεδόν καθόλου στην κατάσταση θρέψης των ατόμων που ασχολούνται με τον τζόγο, και ιδιαίτερα στα άτομα με παθολογική συμπεριφορά. Ένας στόχος των ερευνητών θα ήταν να συνταχθούν και να συγκεντρώσουν τα κατάλληλα εργαλεία για την θρεπτική εκτίμηση των ατόμων αυτών στην περίοδο που γίνεται η ενασχόληση με τα τυχερά παιχνίδια.

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας και μέσα από τα ερευνητικά ευρήματα προκύπτει ότι η παθολογική ενασχόληση με τα τυχερά παιχνίδια στις σύγχρονες δυτικές κοινωνίες είναι ένα σημαντικό και διαρκώς επιδεινούμενο φαινόμενο. Για τη γένεση της διαταραχής συμμετέχουν και αλληλο-διαπλέκονται ψυχολογικοί, περιβαλλοντικοί και γενετικοί παράγοντες, ενώ συχνά συνυπάρχει παράλληλη νοσηρότητα με άλλες ψυχικές διαταραχές. Στη χώρα μας, σε συνθήκες παρατεταμένης κρίσης, με την αύξηση της ανεργίας καθίσταται επιτακτική η έρευνα του φαινομένου. Θεωρούμε ότι είναι απαραίτητη η αποτύπωση του φαινομένου στη συγκεκριμένη χρονική στιγμή και η παρακολούθηση της εξέλιξής του στα επόμενα χρόνια. Είναι επίσης αναγκαία η μελέτη της επικράτησης της διαταραχής στον πληθυσμό, η ανάδειξη των πιθανών κοινωνικό-δημογραφικών παραγόντων κινδύνου, καθώς και η μελέτη των δυνητικών συσχετίσεων ώστε με αυτό τον τρόπο να καταστεί δυνατός ο σχεδιασμός προτάσεων αντιμετώπισης του φαινομένου και η ανάπτυξη βάσει τεκμηρίων, μεθόδων προληπτικής και θεραπευτικής παρέμβασης.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Alnarez-Moya E. M, Jimenez-Murcia S., Granero R., Vellejo J., Krug I., Bulik C. M, Fernandez-Aranda F. (2007). Comparison of personality risk factors in bulimia nervosa and pathological gambling, *Comprehensive Psychiatry*, **48**, 452– 457.
2. Alvarez-Moya E.M, Jimenez- Murcia S., Moragas L., Gomez- Pena M., Aymami M.N., Ochoa C., Sanchez-Diaz I., Menchon J.M., Fernandez-Aranda F. (2009). Executive functioning among female pathological gambling and bulimia nervosa patients: Preliminary findings, *Journal of the International Neuropsychological Society* , **15**(2),302-6
3. American Psychiatric Association (APA). (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, Text Revision. Washington, Dc
4. American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition, American Psychiatric Association.
5. American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th edition, American Psychiatric Association.
6. Anderlueh MB, Tchanturia K, Rabe-Hesketh S, Treasure J. (2003). Childhood obsessive-compulsive personality traits' in adult women with eating disorders: Defining a broader eating disorder phenotype, *The American journal of psychiatry*,**160**(2), 242-247
7. Anholt E. G., Emmelkamp G. M. P., Cath D., van Oppen P., Nelissen H., Smit H. J. .(2004). Do patients with OCD and pathological gambling have similar dysfunctional cognitions?, *Behaviour Research and Therapy*, **42**(5), 529–537
8. Barnes M.G., Welte W.J., Hoffman H.J., Dintcheff A.B. (1999). Gambling and alcohol use among youth: Influences of demographic, socialization, and individual factors, *Addictive behaviors*, **24**(6), 749-67.
9. Bell L., (2015). Binge Eating Disorder and Gambling, *Eating Disorder Hope*, October 17, 2015
10. Bergh C, Ejderhamn J, Sodersten P. (2003). What is the evidence basis for existing treatments of eating disorders? , *Current Opinion in Pediatrics*, **15**(3), 344-5

11. Bergh C, Eklund T, Sodersten P, Nordin C. (1997). Altered dopamine function in pathological gambling. *Psychol Med*, **27**,473–475
12. Beumont PJV.(2002). Clinical Presentation of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. In: Fairburn CG, Brownell KD, (Ed). *Eating Disorders and Obesity, A Comprehensive Handbook*, 2. New York, London : The Guilford Press
13. Blaszczynski A, Nower L. (2002). A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction*, **97**,487–499
14. Browne M., The Consumption Screen for Problem Gambling (CSPG): Why a Penchant for Big Macs May Predict Appetites for Gambling, 2013, International Conference on Gambling and Risk Taking
15. Bulik CM. (2002). Anxiety, Depression, and Eating Disorders. In: Fairburn CG, Brownell KD, (Ed), *Eating Disorders and Obesity, A Comprehensive Handbook*, 2. New York, London : The Guilford Press
16. Byrne KA., Norris DD., Worthy DA.(2015). Dopamine, depressive symptoms, and decision-making: the relationship between spontaneous eye blink rate and depressive symptoms predicts Iowa Gambling Task performance, *Cognitive, Affective, & Behavioral Neuroscience* ,**16**(1),23-36
17. Claes L, Jimenez-Murcia S, Agüera Z, Sánchez I, Santamaría J, Granero R, Fernández-Aranda F.(2012). Eating disorders and pathological gambling in males: can they be differentiated by means of weight history and temperament and character traits? *Eating disorders*,**20**(5), 395-404
18. Clinical Practice Guideline, Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update
19. Contreras-Rodríguez O., Albein-Urios N., Vilar-López R., Perales J.C., Martínez-Gonzalez J.M., Fernández-Serrano M.J., Lozano-Rojas O., Clark L., Verdejo-García A.(2015). Increased corticolimbic connectivity in cocaine dependence versus pathological gambling is associated with drug severity and emotion-related impulsivity, *Addiction Biology*, **21**(3),709-718
20. Conversano C, Marazziti D, Carmassi C, Baldini S, Barnabei G, Dell’osso L.(2012). Pathological gambling: A systematic review of biochemical, neuroimaging, and neuropsychological findings. *Harv Rev Psychiatry*, **20**,130–148

21. Dare C, Eisler I. (2002). Family Therapy and Eating Disorders. In: Fairburn CG, Brownell KD, (Ed). *Eating Disorders and Obesity, A Comprehensive Handbook*, 2, New York, London : The Guilford Press
22. Dare C, Eisler I. (1997). Family Therapy for Anorexia Nervosa. In: Garner DM, Garfinkel PE,(Ed), *Handbook of treatment for eating disorders*, 2, New York, London: The Guilford Press
23. Davis C, Shuster B, Blackmore E, Fox J. (2004). Looking Good - Family Focus on Appearance and the Risk for Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders* **35**(2), 136-144.
24. Fairburn C. (1999) .*Βουλιμία: Ξανακερδίστε τον έλεγχο*. Αθήνα, Εκδόσεις Πατάκη
25. Fallon P, Wonderlich SA.(1997). Sexual Abuse and Other Forms of Trauma, In: Garner DM, Garfinkel PE, (Ed.), *Handbook of treatment for eating disorders*, 2. New York, London: The Guilford Press
26. Fischer Sarah, Smith T. Gregory. (2007). Binge eating, problem drinking, and pathological gambling: Linking behavior to shared traits and social learning, *Personality and Individual Differences*, **44**(4), 789 -800.
27. Fong T.W. (2005). The Biopsychosocial Consequences of Pathological Gambling, *Psychiatry (Edgmont)*, **2**(3): 22–30.
28. Garfinkel PE, Walsh BT.(1997). Drug Therapies, In: Garner DM, Garfinkel PE, (Ed.) *Handbook of treatment for eating disorders*, 2. New York, London: The Guilford Press
29. Garfinkel PE.(2002). Classification and Diagnosis of Eating Disorders, In: Fairburn CG, Brownell KD, (Ed). *Eating Disorders and Obesity, A Comprehensive Handbook*, 2. New York, London : The Guilford Press
30. Garner DM, Vitousek KM, Pike KM.(1997). Cognitive-Behavioral Therapy for Anorexia Nervosa, In: Garner DM, Garfinkel PE, (Ed). *Handbook of treatment for eating disorders*, 2. New York, London: The Guilford Press
31. Grant E.J., Kushner G.M., Kim W.S., (2002). Pathological Gambling and Alcohol Use Disorder, *National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism*.
32. Grant E.J., Potenza J.M.(2005). Tobacco Use and Pathological Gambling, *Annals of Clinical Psychiatry*, **17**(4) , 237-241

33. Grant JE1, Derbyshire K, Leppink E, Chamberlain SR. (2015). Obesity and gambling: neurocognitive and clinical associations, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **131**(5):379-86.
34. Grant, J., E., Kim, S., W. & Kuskowski, M. (2004). Retrospective review of treatment retention in pathological gambling. *Comprehensive psychiatry*, **45** (2), 83-87.
35. Griffiths, M. (1993). Fruit machine gambling: the importance of structural characteristics, *Journal of Gambling Studies*, **9**(2), 101-120.
36. Griffiths, M. (1996). Gambling on the Internet: a brief note. *Journal of Gambling Studies*, **12**(4), 471-473.
37. Griffiths, M. (1999). Gambling technologies: prospects for problem gambling. *Journal of Gambling Studies*, **15**(3), 265- 282.
38. Griffiths, M. (2001). Internet gambling: preliminary results of the first U.K. prevalence study, *Journal of Gambling Issues*, 5
39. Griffiths, M.D., Parke J. (2002). The social impact of internet gambling, *Social Science Computer Review*, **20**(3), 312 -320.
40. Grilo CM.(2002). Binge Eating Disorder. In: Fairburn CG, Brownell KD, (Ed). *Eating Disorders and Obesity, A Comprehensive Handbook*, 2. New York, London : The Guilford Press
41. Grunwald M, Busse JC. (2003). Online consulting service for eating disorders - analysis and perspectives, *Computers in human behaviors*, **19**(4): 469-477
42. Harper T. (2003). Smoking and gambling: a trance inducing ritual, *Tobacco Control*, **12**(2): 231–233.
43. Hodgins C. David , Stea N. Jonathan , Grant E. Jon , (2011), Gambling disorders, *Seminar*, **378** (9806), 1874–1884,
44. Holgord P., (2013) , Notes on Gambling, *Behavioural Addictions and Eating Disorders*
45. Jones L., Metcalf A., Gordon-Smith K., Forty L., Perry A., Lloyd J., Geddes JR., Goodwin GM., Jones I., Craddock N., Rogers RD, (2015), *The British Journal of Psychiatry*, **207**(4), 328–333.
46. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. (1996), *Ψυχιατρική*, 7η έκδοση, Τόμος Α, Αθήνα, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας
47. Klein DA, Walsh BT.(2003). Eating disorders, *International review of psychiatry*, **15**(3), 205-216

48. Leeman F.R., Potenza N.M. (2012). Similarities and differences between pathological gambling and substance use disorders: a focus on impulsivity and compulsivity, *Psychopharmacology*, **219** (2), 469-490
49. Leonard S, Steiger H, Kao A. (2003) .Childhood and adulthood abuse in bulimic and nonbulimic women: prevalences and psychological correlates, *The international journal of eating disorders*, **33**(4), 397-405
50. Lister JJ., Milosevic A., Ledgerwood DM. (2015).Psychological Characteristics of Problem Gamblers With and Without Mood Disorder, *Canadian Journal of Psychiatry*, **60**(8),369-76.
51. Lobo Ds & Kennedy JI. (2009). Genetic aspects of pathological gambling: A complex disorder with shared genetic vulnerabilities, *Addiction*. Sep;**104**(9),1454-65
52. Lockwood R, Lawson R, Waller G. (2004). Compulsive features in the eating disorders: A role for trauma?., *The journal of nervous and mental disease*, **192**(3),247-249
53. Lopez Viets Vc, Miller Wr. (1997). Treatment approaches for pathological gamblers, *Clinical Psychology Review*, **17**(7), 689–702
54. McIntyre RS., McElroy SL., Konarski JZ., Soczynska JK., Wilkins K., Kennedt SH., (2007), Problem gambling in bipolar disorder: results from the Canadian Community Health Survey, *Journal of Affective Disorders*, **102**(1-3), 27-34
55. Mehler PS. (2003). Clinical practice. Bulimia nervosa, *The New England of Journal medicine*, **349**(9), 875-81
56. Moodie C., Finnigan F., (2006), Association of pathological gambling with depression in Scotland, *Psychological Reports*, **99**(2) , 407-417
57. Moore T, Jados T. (2002). The etiology of pathological gambling: A study to enhance understanding of causal pathways as a step towards improving prevention and treatment. *Oregon Gambling Addiction Treatment Foundation*, Wilsonville, OR, Ηνωμένες Πολιτείες
58. Morasco B. J. et al. (2009), CBT in pathological gambling , In Simos G.(Ed), *Cognitive Behavioral Therapy A Guide for the Practicing Clinician* , Volume 2 Hove: Routledge.

59. Morasco J. B., Pietrzak H. R., Blanco C., Grand F. B., Hasin D., Petry M. N., (2006), Health problems and medical utilization associated with gambling disorders: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions, American Psychosomatic Society, *Psychosomatic medicine*, **68** (6), 976-984
60. Nastally Bl, Dixon Mr.(2010). Adolescent gambling: Current trends in treatment and future directions, *International journal of Adolescence Medicine and Health*, **22**(1), 95–111
61. Nauert R., (2015), Problem Gambling Tied to Obsessive-Compulsive Behaviors, PsychCentral.com
62. Nguyen-Rodriguez ST, Chou CP, Unger JB, Spruijt-Metz D. (2008). BMI as a moderator of perceived stress and emotional eating in adolescents. *Eating Behaviors* 2008, **9**(2), 238- 246
63. Pallanti S, Bernardi S, Allen A, Chaplin W, Watner D, DeCaria Cm et al .(2010). Noradrenergic function in pathological gambling: Blunted growth hormone response to clonidine. *Journal of Psychopharmacology*, **24**,847–853
64. Pallanti S, Bernardi S, Allen A, Hollander E. (2010). Serotonin function in pathological gambling: Blunted growth hormone response to sumatriptan. *Journal of Psychopharmacology*, **24**,1802– 1809
65. Pallanti S., DeCaria M. C., Grant E. J., Urpe M., Hollandre E., (2005), Reliability and Validity of the Pathological Gambling Adaptation of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (PG-YBOCS), *Journal of Gambling Studies*, **21**(4), 431-443
66. Petry M.N., Onclen C., (2002), Cigarette smoking is associated with increased severity of gambling problems in treatment-seeking gamblers, *Addiction*, **97**(6), 745–753
67. Petry M.N., Rash J.C., Blanco C., (2010), The Inventory of Gambling Situations in problem and pathological gamblers seeking alcohol and drug abuse treatment, *Experiment and Clinical Psychopharmacology*, **18**(6), 530–538.
68. Petry Nm. (2005), *Pathological gambling: Etiology, co morbidity and treatment*, American Psychological Association, Washington DC

69. Polivy J, Federoff I. (1997), Group Psychotherapy. In: Garner DM, Garfinkel PE, (Ed)., *Handbook of treatment for eating disorders*, 2. New York, London: The Guilford Press
70. Potenza J.M., Steinberg A.M., McLaughlin D.S., Rounsaville J.B., Wu R., Krishnan-Sarin S., George P.T., O'Malley S.S., (2004), Characteristics of Tobacco-Smoking Problem Gamblers Calling a Gambling Helpline, *The American Journal on Addictions*, **13**(5), 471–493
71. Potenza Mn, Steinberg Ma, McLaughlin SD, Wu R, Rounsaville B, O'Malley Ss.(2001). Gender-related differences in the characteristics of problem gamblers using a gambling helpline, *The American Journal of Psychiatry*, 2001, **158**(9),1500–1505
72. Prus, R, (2004), Gambling as activity: Subcultural life-worlds, personal intrigues and persistent involvements, *Journal of Gambling Issues* , 10(1) ,1–21.
73. Radburn B., Horsley R., (2011), Gamblers, grinders, and mavericks: The use of membership categorization to manage identity by professional poker players, *Journal of Gambling*, **26**, 30-50
74. Rash CJ, Weinstock J, Petry NM, (2011), Drinking patterns of pathological gamblers before, during, and after gambling treatment, *Psychology of addictive behaviors :journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors* , **25**(4), 664-74
75. Raylu N, Oei Tp. (2002), Pathological gambling: A comprehensive review, *Clinical Psychology Review*, **22**(7), 1009–1061
76. Rodda S., Brown L.S., Phillips G.J., (2004), The Relationship Between Anxiety, Smoking, and Gambling in Electronic Gaming Machine Players, *Journal of Gambling Studies*, **20**(1), 71-81
77. Rosenthal Rj, Rugle Lj.(1994). A psychodynamic approach to the treatment of pathological gambling: Part I. Achieving abstinence, *Journal of Gambling Studies* ,**10**(1),21-42
78. Shaffer J.H., Donato N.A., LaBrie A.R., Kidman C.R., LaPlante A.D., (2005), The epidemiology of college alcohol and gambling policies, *Harm Reduction Journal*, **2**(1),1

79. Shafran R. Eating Disorders and the Internet. In: Fairburn CG, Brownell KD, (Ed). *Eating Disorders and Obesity, A Comprehensive Handbook, 2*. New York, London : The Guilford Press
80. Shinohara K, Yanagisa WA A, Kagota Y, Gomi A, Nemoto K, Moriya E, et al.(1999). Physiological changes in Pachinko players; betaendorphin, catecholamines, immune system substances and heart rate. *Applied Human Science*, **18**,37–42
81. Sigman GS. (2003). Eating disorders in children and adolescents, *Pediatric clinics of North America*, **50**(5), 1139-1177
82. Simmel E. (1920). Psychoanalysis of the gambler, *The International Journal of Psycho- analysis* ,(1),352-353
83. Simpson S, Knox J, Mitchell D, Ferguson J, Brebner J, Brebner E. (2003). A multidisciplinary approach to the treatment of eating disorders via videoconferencing in north-east Scotland, *Journal of telemedicine and telecare* , **9**(1), 37-38
84. Speranza M, Atger F, Corcos M, Loas G, Guilbaud O, Stephan P, Perez-Diaz F, Halfon O, Venisse JL, Bizouard P, Lang F, Flament M, Jeammet P. (2003). Depressive psychopathology and adverse childhood experiences in eating disorders, *European Psychiatry: the journal of the Association of European psychiatrists* , **18**(8), 377-383
85. Strober M, Bulik CM.(2002). Genetic Epidemiology of Eating Disorders. In: Fairburn CG, Brownell KD, (Ed)., *Eating Disorders and Obesity, A Comprehensive Handbook, 2*. New York, London : The Guilford Press
86. Takamatsu SK., Martens MP., Arterberry BJ., (2015), Depressive Symptoms and Gambling Behavior: Mediating Role of Coping Motivation and Gambling Refusal Self-Efficacy, *Journal of Gambling Studies*, **32**(2), 535-546
87. Tavares H., Gentil V., (2007), Pathological gambling and obsessive-compulsive disorder: towards a spectrum of disorders of volition, *Revista Brasileira de Psiquiatria*, **29**(2), 107-117
88. Tchantura K., Liao P., Ujer R., Lawrence N., Treasure J., Cambell I.C., (2007), An investigation of decision making in anorexia nervosa using the Iowa Gambling Task and skin conductance measurement, *Journal of the International Neuropsychological Society*,**13**(4), 635-641

89. Thompson W. N. , (2001) , *Gambling in America: An encyclopedia of History, Issues and society*, ABC-CLIO. Inc.
90. Vadhan P.N., Hart L.C., Haney M., Van Gorp G.W., Foltin W.R., (2009), Decision-making in Long-Term Cocaine Users: Effects of a Cash Monetary Contingency on Gambling Task Performance, *Drug and Alcohol Dependence*, **102**(1-3), 95–101
91. Vitousek KB. (2002) ,Cognitive-Behavioral Therapy for Anorexia Nervosa. In: Fairburn CG, Brownell KD,(Ed)., *Eating Disorders and Obesity, A Comprehensive Handbook*, 2. New York, London : The Guilford
92. Walcott DD, Pratt HD, Patel DR. (2003). Adolescents and eating disorders: Gender, racial, ethnic, sociocultural, and socioeconomic issues, *Journal of research on adolescence* , **18**(3), 223-243
93. Walsh TB. (2002). Pharmacological Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. In: Fairburn CG, Brownell KD, (Ed).. *Eating Disorders and Obesity, A Comprehensive Handbook*, 2. New York, London : The Guilford Press
94. Winters K.C., Anderson N., (2000) , Gambling involvement and drug use among adolescents, *Journal of Gambling Studies*, **16**(2-3), 175-98.
95. Wood, R.T.A., Griffiths, M.D., Parke, J. , (2007) , Acquisition, development, and maintenance of online poker playing in a student sample, *Cyberpsychology & Behavior*, **10**(3), 354–361.
96. Woodside D.B., Bulik C.M., Thornton L., Klump K.L., Tozzi F., Fisher M.M., (2004) , Personality in men with eating disorders, *Journal of psychosomatic research* ,**57**(3), 273-8
97. Yip Sarah W, White Marney A. , Grilo Carlos M , Potenza Marc N, (2011), An exploratory study of clinical measures associated with subsyndromal pathological gambling in patients with binge eating disorder, *Journal of gambling studies*, **27**(2), 257-70
98. Young, K. S. (2004). Internet addiction - A new clinical phenomenon and its consequences. *American Behavioral Scientist*, **48**(4), 402-415.
99. Zabinski MF, Celio AA, Jacobs MJ, Manwaring J, Wilfley DE .(2003). Internet-based prevention of eating disorders. *European eating disorders review*,**11**(3),183-197

100. American Psychiatric Association, n.d. "APA Advisory on Internet Gambling," at http://www.psych.org/news_room/media_advisors , retrieved at 3/4/2007.
101. Αγγούμης Σ., (2011), *Οι συνέπειες του τζόγου στην οικονομία και στον κοινωνικό ιστό της χώρας*, Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό εκπαιδευτικό ίδρυμα Θεσσαλονίκης
102. Αναγνωστόπουλος Δ, Λαζαράτου Ε, Παλαιολόγου Α. (2014). *Η παθολογική ενασχόληση με τα τυχερά παιχνίδια στην εφηβεία*, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2014, 31(5):570-582
103. Βάρσου Ε. (2000), *Θεραπευτική Αντιμετώπιση των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής*, Πανελλήνιο Συνέδριο Διατροφής Διαιτολογίας. 89-90
104. Γαβαλά Ιωάννα, Κυμιώνη Μαρία, Μορφέση Διαμάντω, (2015), *Συσχέτιση του τζόγου με αυτοκτονικές σκέψεις και απόπειρες αυτοκτονίας*, Τεχνολογικό εκπαιδευτικό ίδρυμα Κρήτης
105. Θελερίτης Χ., (2014), *Διπολική διαταραχή: Τύποι, διάγνωση και αντιμετώπιση*, iatronet.gr
106. Καυκίος Νικήτας,(2013), *Καζίνο-Εξάρτηση από τα τυχερά παιχνίδια- Παθολογικός Τζόγος*
107. Κωνσταντινίδου Μ.(2000), *Διαταραχές της Θρέψης. Ο ρόλος του διαιτολόγου στη θεραπευτική αντιμετώπιση*, Πανελλήνιο Συνέδριο Διατροφής Διαιτολογίας. 93-98
108. Μάνος Νίκος, (2008), *Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής*, Θεσσαλονίκη, University Studio Press
109. Μουζάς Ι.(2014).*Κλινική Αλκοολογία, Ορολογία των σχετικών με την κατανάλωση αλκοόλ εννοιών*, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστημίου Κρήτης
110. Οικονόμου Μ, Θεοδώρου Β.Ν., Παπαδημητρίου Γ.Ν. (2016). *Η ψυχοπαθολογία των τυχερών παιχνιδιών ,Σύγχρονα διαγνωστικά, αιτιολογικά και θεραπευτικά δεδομένα*, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, **33**(2),165-179
111. Σιδηρόπουλος Χρήστος, Σιδηρόπουλος Γιάννης,(2010) , *Ο Κοινωνικός και Οικονομικός ρόλος του ΟΠΑΠ στην ανάπτυξη της οικονομίας*, ΤΕΙ Σερρών

112. Τσαγρή Κ., (2007), *Το φυσικό και το δυνητικό casino ως μορφές οργάνωσης και διαχείρισης του τζόγου*, Πάντειο Πανεπιστήμιο – Τμήμα Ψυχολογία, Αθήνα
113. Τσουβέλας Γ., Γιωτάκος Ο., (2011), *Χρήση διαδικτύου και παθολογική εμπλοκή με το διαδίκτυο σε δείγμα φοιτητών*. Ψυχιατρική Κλινική, 414 Στρατιωτικό Νοσοκομείο, Αθήνα

Παραρτήματα

1. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ ΤΡΟΦΙΜΩΝ

Πόσο συχνά καταναλώνετε τα παρακάτω τρόφιμα;

Παρακαλούμε σημειώστε την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει ανάλογα με τη μερίδα που αναγράφεται δίπλα στο κάθε τρόφιμο.

ΤΡΟΦΙΜΑ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΗΤΕΣ	6+ φορές την ημέρα	4-6 φορές την ημέρα	2-3 φορές την ημέρα	1 φορά την ημέρα	5-6 φορές την εβδομάδ α	2-4 φορές την εβδομάδα	1 φορά την εβδομάδα	1-3 φορές το μήνα	Λίγες φορές το χρόνο ή ποτέ	Ποσότητα
Αλμυρά										
Hamburger –Hot dog										
Σουβλάκια- σάντουιτς με κρέας										
Σφολιατοειδή										
Πίτσα										
Κριτσίνια										
Κράκερ										
Πατατάκια, γαριδάκια, ποπ κορν κλπ.										
Ξηροί καρποί										
Τοστ, Σάντουιτς										
Γλυκά										
Κέικ										
Μπισκότα										
Σοκολάτα										
Γλυκό κουταλιού										
Γλυκό ταψιού										
Πάστα										
Μερέντα										
Κρουασάν/Ντόνατς										
Μέλι										
Μαρμελάδα										
Παγωτό										
Κρέπες/Βάφλες										
Γκοφρέτες										

Ροφήματα										
Καφές με καφεΐνη										
Καφές χωρίς καφεΐνη										
Ρόφημα βοτάνων πχ. τσάι										
Σοκολάτα ρόφημα										
Milk shake										
Αναψυκτικά										
Energy Drinks (redbull κ.α.)										
Αλκοολούχα ποτά										

1. Καταναλώνετε αλκοόλ όταν ασχολείστε με τα τυχερά παιχνίδια;

Ναι ___ Όχι ___

2. Εάν ναι πόσο συχνά; (Προσδιορίστε ανά ώρα παικτικής διαδικασίας)

.....

3. Τι τύπου αλκοόλ καταναλώνετε κατά την ενασχόλησή σας με τα τυχερά παιχνίδια;

.....

4. Κάνετε χρήση ψυχοτρόπων ουσιών (π.χ. χασίς, κοκαΐνη, άλλα ναρκωτικά) κατά την διάρκεια της ενασχόλησής σας με τα τυχερά παιχνίδια;

Ναι ___ Όχι ___

5. Εάν ναι πόσο συχνά; (Προσδιορίστε ανά ώρα παικτικής διαδικασίας);

.....

6. Τι τύπου ουσίες καταναλώνετε κατά την παικτική διαδικασία;

.....

7. Εάν καπνίζετε, έχετε παρατηρήσει αύξηση του ρυθμού καπνίσματος κατά την διάρκεια της ενασχόλησής σας με τα τυχερά παιχνίδια;

Ναι ___ Όχι ___ Δεν καπνίζω ___

8. Εάν ναι, πόσα τσιγάρα καπνίζετε, κατά μέσο όρο την ημέρα, όταν παίζετε;

.....
.....

9. Πόσα τσιγάρα καπνίζετε συνήθως κατά τη διάρκεια της μέρας;

.....
.....

10. Έχετε παρατηρήσει κάποια μείωση στο επίπεδο της φυσικής σας δραστηριότητας μετά την έναρξη της ενασχόλησής σας με τα τυχερά παιχνίδια;

Ναι ___ Όχι ___

11. Έχετε παρατηρήσει κάποια αύξηση στην κατανάλωση γλυκών ή αλμυρών τροφίμων κατά την διάρκεια της ενασχόλησής σας με τα τυχερά παιχνίδια.

Ναι ___ Όχι ___

12. Παρακαλώ προσδιορίστε τύπο τροφής (Ανά ώρα παικτικής διαδικασίας).

.....
.....

13. Παρακαλώ προσδιορίστε ποσότητα τροφής (Ανά ώρα παικτικής διαδικασίας).

.....
.....

14. Έχετε παρατηρήσει κάποια διαφορά στην διατροφή σας κατά την διάρκεια της ενασχόλησής σας με τα τυχερά παιχνίδια;

Ναι ___ Όχι ___

15. Εάν ναι, προσδιορίστε συγκεκριμένα.

.....
.....

16. Έχετε παρατηρήσει κάποια διαφορά στην διατροφή σας κάθε φορά που χάνετε σε κάποιο τυχερό παιχνίδι;

Ναι ___ Όχι ___

17. Εάν ναι, προσδιορίστε συγκεκριμένα

.....
.....

2. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΩΝ ΣΥΝΗΘΕΙΩΝ (EAT-26; GARNER D. M. & GARFINKEL P. E., 1979, GARNER D. M., ET AL., 1982)

Συμπληρωστε δίπλα απο τις παρακατω προτασεις ενα απο τα εξης 6 επιρρηματα, αναλογα με το ποσο συχνα σας συμβαινει αυτο που περιγραφει η προταση:

	<i>Πάντα</i>	<i>Συνήθως</i>	<i>Συχνά</i>	<i>Μερικές φορές</i>	<i>Σπάνια</i>	<i>Ποτέ</i>
289 Τρομάζω στην ιδέα του να γίνω υπέρβαρη/ος.	3	2	1	0	0	0
290. Αποφεύγω να τρώω όταν πεινάω.	3	2	1	0	0	0
291. Νομίζω ότι με απασχολεί πολύ το θέμα του φαγητού.	3	2	1	0	0	0
292. Μου έχει συμβεί να φάω μεγάλες ποσότητες φαγητού και να αισθάνομαι ότι δεν μπορώ να σταματήσω.	3	2	1	0	0	0
293. Τεμαχίζω το φαγητό μου σε πολύ μικρά κομμάτια.	3	2	1	0	0	0
294. Ξέρω πόσες θερμίδες έχουν οι τροφές που τρώω.	3	2	1	0	0	0
295. Αποφεύγω ιδιαίτερα τα φαγητά που είναι πλούσια σε υδατάνθρακες (δηλαδή, ψωμί, μακαρόνια, ρύζι, κλπ).	3	2	1	0	0	0
296. Νομίζω ότι οι άλλοι θα ήθελαν να τρώω περισσότερο.	3	2	1	0	0	0
297. Κάνω εμετό μετά το φαγητό.	3	2	1	0	0	0
298. Νιώθω πολλές ενοχές όταν έχω φάει.	3	2	1	0	0	0
299. Με απασχολεί η ιδέα να γίνω πιο	3	2	1	0	0	0

λεπτή/ος.						
300. Όταν ασκούμει σκέφτομαι τις θερμίδες που «καίω».	3	2	1	0	0	0
301. Οι άλλοι πιστεύουν ότι είμαι πάρα πολύ αδύνατη/ος.	3	2	1	0	0	0
302. Με ανησυχεί η ιδέα ότι έχω λίπος στο σώμα μου.	3	2	1	0	0	0
303. Μου παίρνει περισσότερο χρόνο από ό,τι στους άλλους να τελειώσω το γεύμα μου.	3	2	1	0	0	0
304. Αποφεύγω τα τρόφιμα που περιέχουν ζάχαρη.	3	2	1	0	0	0
305. Τρώω τρόφιμα διαίτης (light).	3	2	1	0	0	0
306. Νιώθω ότι το φαγητό ελέγχει τη ζωή μου.	3	2	1	0	0	0
307. Ελέγχω τον εαυτό μου σε ό,τι αφορά το φαγητό.	3	2	1	0	0	0
308. Νιώθω ότι οι άλλοι με πιέζουν να φάω.	3	2	1	0	0	0
309. Αφιερώνω πάρα πολύ χρόνο και σκέψη στο φαγητό.	3	2	1	0	0	0
310. Νιώθω άσχημα όταν τρώω γλυκά.	3	2	1	0	0	0
311. Ασχολούμαι με δίαιτες.	3	2	1	0	0	0
312. Μου αρέσει να έχω άδειο στομάχι.	3	2	1	0	0	0
313. Έχω την τάση να κάνω εμετό μετά τα γεύματα.	3	2	1	0	0	0
314. Μου αρέσει να δοκιμάζω καινούργια τρόφιμα πλούσια σε θερμίδες.	0	0	0	1	2	3

315. ΒΑΡΟΣ (ΣΕ ΚΙΛΑ): _____

316. ΥΨΟΣ (ΣΕ ΜΕΤΡΑ): _____

317. ΔΜΣ: _____

3. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΝΑΣΧΟΛΗΣΗΣ ΜΕ ΤΑ ΤΥΧΕΡΑ ΠΑΙΧΝΙΔΙΑ

Παρακαλώ προσδιορίστε τον βαθμό με τον οποίο συμφωνείτε με την καθεμία από τις παρακάτω δηλώσεις. Πρέπει να απαντηθούν όλες οι ερωτήσεις.

1. Διαφωνώ πάρα πολύ
2. Διαφωνώ μέτρια
3. Ούτε Συμφωνώ ούτε Διαφωνώ
4. Συμφωνώ Μέτρια
5. Συμφωνώ πάρα πολύ

1. Όταν ασχολούμαι με τα τυχερά παιχνίδια, επιστρέφω κάποια άλλη μέρα για να κερδίσω πίσω τα χρήματα που έχω χάσει.	1	2	3	4	5
2. Έχω ισχυριστεί ότι κέρδισα χρήματα από τα τυχερά παιχνίδια, ενώ στην πραγματικότητα είχα χάσει.	1	2	3	4	5
3. Θα βελτιώνα την αυτοεκτίμησή με στόχο να παίζω λιγότερο.	1	2	3	4	5
4. Ασχολούμαι με τα τυχερά παιχνίδια, γιατί είμαι γνώστης των παιχνιδιών.	1	2	3	4	5
5. Ο αδερφός/ η αδερφή μου ασχολιόταν/ ασχολείται σε μεγάλο βαθμό με τα τυχερά παιχνίδια.	1	2	3	4	5
6. Η ενασχόληση με τα τυχερά παιχνίδια μπορεί να μου προκαλέσει αϋπνία.	1	2	3	4	5
7. Η ενασχόληση με τα τυχερά παιχνίδια θεωρώ ότι έχει επηρεάσει αρνητικά την σεξουαλική μου ζωή.	1	2	3	4	5
8. Κάποια άτομα έχουν κριτικάρει αρνητικά την παικτική μου συμπεριφορά, ανεξάρτητα αν εγώ πιστεύω ότι αυτό είναι αλήθεια.	1	2	3	4	5
9. Όταν δεν θέλω να σκεφτώ τίποτα, συχνά ασχολούμαι με τα τυχερά παιχνίδια.	1	2	3	4	5
10. Κάποιες φορές έχω χάσει χρόνο από την εργασία μου (ή το σχολείο) εξαιτίας της ενασχόλησής μου με τα τυχερά παιχνίδια.	1	2	3	4	5
11. Διέθεσα χρήματα στα τυχερά παιχνίδια όταν προσπάθησα να περιορίσω την παικτική μου συμπεριφορά.	1	2	3	4	5

12. Πιστεύω ότι θα πόνταρα περισσότερο σε τυχερά παιχνίδια μετά από συνεχόμενα κέρδη.	1	2	3	4	5
13. Καμιά φορά όταν παίζω τυχερά παιχνίδια, νιώθω ένα κόμπο στο λαιμό.	1	2	3	4	5
14. Μια κοινωνική υπηρεσία για παίκτες, πρέπει να διαθέτει χώρους όπου το άτομο μπορεί να ασχοληθεί με εναλλακτικές δραστηριότητες.	1	2	3	4	5
15. Μετά από συνεχείς απώλειες στα τυχερά παιχνίδια, συνήθως θεωρώ ότι ακολουθεί μια σειρά από νίκες.	1	2	3	4	5
16. Επιλέγω να παίζω τυχερά παιχνίδια στο καζίνο λόγω εύκολης πρόσβασης.	1	2	3	4	5
17. Διαθέτω χρήματα στα τυχερά παιχνίδια όταν οι φίλοι μου προτείνουν να παίξουμε κάποιο τυχερό παιχνίδι.	1	2	3	4	5
18. Καμιά φορά όταν παίζω τυχερά παιχνίδια, νιώθω υπέρταση.	1	2	3	4	5
19. Η ενασχόλησή μου με τα τυχερά παιχνίδια είναι ένα χόμπι για εμένα.	1	2	3	4	5
20. Ο σύντροφός μου δεν δείχνει να με εμπιστεύεται εξαιτίας της παικτικής μου συμπεριφοράς.	1	2	3	4	5
21. Διαθέτω χρήματα στα τυχερά παιχνίδια όταν είμαι χαρούμενος/η.	1	2	3	4	5
22. Μετά από τόσες απώλειες, θεωρώ ότι ήρθε η ώρα να κερδίσω.	1	2	3	4	5
23. Η ενασχόληση με τα τυχερά παιχνίδια μου έχει προκαλέσει δερματικά προβλήματα.	1	2	3	4	5
24. Διαθέτω χρήματα στα τυχερά παιχνίδια όταν νιώθω ότι πιέζομαι πολύ από κάποια μέλη της οικογένειάς μου.	1	2	3	4	5
25. Όταν αισθάνομαι ένα κενό μέσα μου, διαθέτω χρήματα στα τυχερά παιχνίδια.	1	2	3	4	5
26. Αυτό που δεν μου αρέσει στην παικτική διαδικασία είναι η ενδεχόμενη απώλεια της αξιοπρέπειας.	1	2	3	4	5
27. Διαθέτω χρήματα στα τυχερά παιχνίδια όταν κάποιος με κρίνει αρνητικά.	1	2	3	4	5

28. Πιστεύω ότι θα κερδίσω όταν βρίσκομαι στο τυχερό μου μέρος.	1	2	3	4	5
29. Όταν παίζω τυχερά παιχνίδια, συχνά τσιμπολογάω ασυναίσθητα.	1	2	3	4	5
30. Όταν οι άλλοι δεν με εμπιστεύονται, διαθέτω χρήματα στα τυχερά παιχνίδια.	1	2	3	4	5
31. Κάποιες φορές, έχω αισθανθεί ένοχος/η για την ενασχόλησή μου με τα τυχερά παιχνίδια.	1	2	3	4	5
32. Πιστεύω ότι έχω περισσότερες γνώσεις για τα τυχερά παιχνίδια απ' ότι οι περισσότεροι παίκτες.	1	2	3	4	5
33. Καμιά φορά όταν παίζω τυχερά παιχνίδια, νιώθω έξαψη.	1	2	3	4	5
34. Πιστεύω ότι οι παίκτες με προβλήματα θα έπρεπε να παραπέμπονται για συμβουλευτική/ ψυχολογική στήριξη.	1	2	3	4	5
35. Ασχολούμαι με τα τυχερά παιχνίδια όταν έχω λεφτά στην τσέπη μου.	1	2	3	4	5
36. Όταν παίζω τυχερά παιχνίδια νιώθω ότι μειώνω την ανία που αισθάνομαι.	1	2	3	4	5
37. Η ενασχόληση με τα τυχερά παιχνίδια βελτιώνει την μνήμη μου.	1	2	3	4	5
38. Θα βελτίωνα τις κοινωνικές μου σχέσεις με στόχο να παίζω λιγότερο.	1	2	3	4	5
39. Έχω συγκεκριμένα τελετουργικά και συμπεριφορές που αυξάνουν τις πιθανότητες να κερδίσω.	1	2	3	4	5
40. Καμιά φορά όταν παίζω τυχερά παιχνίδια, νιώθω αδυναμία/ κόπωση.	1	2	3	4	5
41. Διαθέτω χρήματα στα τυχερά παιχνίδια όταν είμαι θυμωμένος/ η.	1	2	3	4	5
42. Παίζω τυχερά παιχνίδια όταν ανησυχώ για τα χρέη μου.	1	2	3	4	5
43. Ασχολούμαι περισσότερο με τα τυχερά παιχνίδια το Φθινόπωρο/ Χειμώνα λόγω έναρξης πρωταθλήματος.	1	2	3	4	5
44. Θα επέλεγα να σταματήσω να παίζω τυχερά παιχνίδια εάν τα άτομα του περιβάλλοντός μου με έκριναν αρνητικά.	1	2	3	4	5

45. Δεν νιώθω αρκετά δυνατός/ή έτσι ώστε να σταματήσω να παίζω τυχερά παιχνίδια.	1	2	3	4	5
46. Καμιά φορά όταν παίζω τυχερά παιχνίδια, νιώθω υπερδιέγερση.	1	2	3	4	5
47. Μία αρνητική συνέπεια των τυχερών παιχνιδιών είναι ο εκνευρισμός που αισθάνομαι.	1	2	3	4	5
48. Διαθέτω χρήματα στα τυχερά παιχνίδια όταν χρειάζεται να κερδίσω πίσω τα χρήματα που έχω χάσει.	1	2	3	4	5
49. Μια κοινωνική υπηρεσία για παίκτες, πρέπει να διαθέτει τηλεφωνική γραμμή στήριξης.	1	2	3	4	5
50. Όταν παίζω τυχερά παιχνίδια, συχνά κάνω καινούργιες γνωριμίες.	1	2	3	4	5
51. Ασχολούμαι με τα τυχερά παιχνίδια, γιατί είμαι έμπειρος παίκτης.	1	2	3	4	5
52. Όταν παίζω τυχερά παιχνίδια, συχνά κάνω χρήση ψυχοτρόπων ουσιών (π.χ. χασίς, κοκαΐνη, άλλα ναρκωτικά).	1	2	3	4	5
53. Διαθέτω χρήματα στα τυχερά παιχνίδια όταν επιζητώ κάποια δράση.	1	2	3	4	5
54. Η ενασχόληση με τα τυχερά παιχνίδια με διασκεδάζει.	1	2	3	4	5
55. Διαθέτω χρήματα στα τυχερά παιχνίδια όταν βλέπω μια καλή πιθανότητα για κέρδος.	1	2	3	4	5
56. Επιλέγω συγκεκριμένα παιχνίδια τα οποία δεν απαιτούν εξειδικευμένες γνώσεις ή ιδιαίτερες ικανότητες.	1	2	3	4	5
57. Διαθέτω χρήματα στα τυχερά παιχνίδια όταν βρίσκομαι κάτω από πολύ στρες.	1	2	3	4	5
58. Διαθέτω χρήματα στα τυχερά παιχνίδια όταν οι άλλοι περιμένουν από μένα να παίζω.	1	2	3	4	5
59. Πιστεύω ότι θα έπρεπε να μειωθούν τα περιβαλλοντικά πλαίσια των τυχερών παιχνιδιών (π.χ. πρακτορεία, καζίνο, κλπ).	1	2	3	4	5

60. Όταν παίζω τυχερά παιχνίδια, συχνά έχω έντονη επιθυμία για αλμυρά τρόφιμα.	1	2	3	4	5
61. Ασχολούμαι με τα τυχερά παιχνίδια, γιατί διαθέτω αυτοέλεγχο και αυτοσυγκράτηση.	1	2	3	4	5
62. Θεωρώ ότι θα έπαιζα περισσότερο σε τυχερά παιχνίδια, αν είχα οικονομική ανάγκη.	1	2	3	4	5
63. Κατά την διάρκεια των διακοπών μου, παίζω περισσότερο λόγω ελεύθερου χρόνου.	1	2	3	4	5
64. Μια κοινωνική υπηρεσία για παίκτες, πρέπει να τηρεί την εχεμύθεια και να διατηρεί την ανωνυμία του παίκτη.	1	2	3	4	5
65. Καμιά φορά όταν παίζω τυχερά παιχνίδια, νιώθω φόβο.	1	2	3	4	5
66. Ασχολούμαι με τα τυχερά παιχνίδια, γιατί είμαι ευφυής και εύστροφος.	1	2	3	4	5
67. Θα απέφευγα τους χώρους διεξαγωγής της παικτικής διαδικασίας (π.χ. καζίνο, πρακτορεία) με στόχο να παίζω λιγότερο.	1	2	3	4	5
68. Έχω σκεφτεί ότι θα έπρεπε να ασχολούμαι λιγότερο με τα τυχερά παιχνίδια.	1	2	3	4	5
69. Ο πατέρας μου ασχολιόταν/ ασχολείται σε μεγάλο βαθμό με τα τυχερά παιχνίδια.	1	2	3	4	5
70. Κάθε φορά που παίζω τυχερά παιχνίδια αισθάνομαι ότι χαλαρώνω.	1	2	3	4	5
71. Διαθέτω χρήματα στα τυχερά παιχνίδια όταν υπάρχει φόβος να με συλλάβουν αν δεν βρω κάποια χρήματα το ταχύτερο δυνατό.	1	2	3	4	5
72. Διαθέτω χρήματα στα τυχερά παιχνίδια όταν θέλω να αποδείξω στους άλλους ότι αξίζω τον σεβασμό τους.	1	2	3	4	5
73. Όταν η καθημερινότητα καταντάει βαρετή, διαθέτω χρήματα στα τυχερά παιχνίδια.	1	2	3	4	5
74. Θεωρώ ότι μπορώ να επηρεάσω το αποτέλεσμα.	1	2	3	4	5

75. Πιστεύω ότι θα πόνταρα περισσότερο σε τυχερά παιχνίδια εάν είχα συγκρούσεις με τον σύντροφό μου.	1	2	3	4	5
76. Διαθέτω χρήματα στα τυχερά παιχνίδια όταν νιώθω ικανοποιημένος/ η από τη ζωή μου.	1	2	3	4	5
77. Επιλέγω να παίζω τυχερά παιχνίδια στο διαδίκτυο λόγω εύκολης πρόσβασης.	1	2	3	4	5
78. Όταν άρχισα να παίζω τυχερά παιχνίδια μείωσα τη σωματική άσκηση.	1	2	3	4	5
79. Η παικτική μου συμπεριφορά χειροτέρεψε τις σχέσεις με τα παιδιά μου.	1	2	3	4	5
80. Ασχολούμαι περισσότερο με τυχερά παιχνίδια τα Χριστούγεννα/ Πρωτοχρονιά λόγω εθίμου.	1	2	3	4	5
81. Διαθέτω χρήματα στα τυχερά παιχνίδια όταν νιώθω ότι παίρνω κάποιο ρίσκο.	1	2	3	4	5
82. Θα αναζητούσα εναλλακτικές δραστηριότητες (π.χ. ταξίδια, περιπάτους, εκδρομές, συλλογές, αθλητισμό) με στόχο να παίζω λιγότερο.	1	2	3	4	5
83. Καμιά φορά όταν παίζω τυχερά παιχνίδια, νιώθω ταχυκαρδία/ ταχυπαλμία.	1	2	3	4	5
84. Όταν παίζω τυχερά παιχνίδια, έχω στο μυαλό μου ένα συγκεκριμένο σύστημα, που μπορεί να κερδίσει τις πιθανότητες.	1	2	3	4	5
85. Μια κοινωνική υπηρεσία για παίκτες, πρέπει να διαθέτει πρώην εξαρτημένα άτομα.	1	2	3	4	5
86. Η παικτική μου συμπεριφορά χειροτέρεψε τις ασχολίες του ελεύθερου χρόνου (π.χ διάβασμα, σινεμά, ποδήλατο).	1	2	3	4	5
87. Όταν παίζω τυχερά παιχνίδια, συχνά καπνίζω περισσότερο από το συνηθισμένο.	1	2	3	4	5
88. Διαθέτω χρήματα στα τυχερά παιχνίδια όταν βλέπω σημάδια ότι η τύχη είναι με το μέρος μου.	1	2	3	4	5

89. Διαθέτω χρήματα στα τυχερά παιχνίδια όταν θέλω να το γιορτάσω.	1	2	3	4	5
90. Κάποιες φορές έχω διαφωνήσει με κάποια μέλη της οικογένειάς μου σχετικά με τα χρήματα που διαθέτω στα τυχερά παιχνίδια.	1	2	3	4	5
91. Καμιά φορά παίζω τυχερά παιχνίδια όταν αισθάνομαι ότι δεν μπορώ να αντέξω κάποιες καταστάσεις και χρειάζεται να ξεφύγω.	1	2	3	4	5
92. Διαθέτω χρήματα στα τυχερά παιχνίδια όταν βρίσκομαι σε μια κοινωνική κατάσταση και τα άλλα άτομα παίζουν.	1	2	3	4	5
93. Θα επέλεγα να σταματήσω να παίζω τυχερά παιχνίδια λόγω απώλειας χρημάτων.	1	2	3	4	5
94. Καμιά φορά όταν παίζω τυχερά παιχνίδια, νιώθω ζάλη/ τάσεις λιποθυμίας.	1	2	3	4	5
95. Ένιωσα να απομακρύνομαι από τους φίλους μου, όταν άρχισα να παίζω περισσότερο, τυχερά παιχνίδια.	1	2	3	4	5
96. Η ενασχόληση με τα τυχερά παιχνίδια βελτιώνει τις γνώσεις μου στην γεωγραφία.	1	2	3	4	5
97. Πιστεύω ότι θα κερδίσω όταν έχω μαζί μου το τυχερό μου αντικείμενο.	1	2	3	4	5
98. Επιλέγω να παίζω συγκεκριμένα παιχνίδια λόγω της υψηλής διέγερσης/ έντασης που μου προσφέρουν.	1	2	3	4	5
99. Διαθέτω χρήματα στα τυχερά παιχνίδια όταν διαφωνώ με κάποιο φίλο.	1	2	3	4	5
100. Παίζω τυχερά παιχνίδια όταν έχω ελεύθερο χρόνο και δεν ξέρω πως αλλιώς να τον αξιοποιήσω.	1	2	3	4	5
101. Όταν παίζω τυχερά παιχνίδια, συχνά καταναλώνω μεγαλύτερη ποσότητα αλκοόλ από το συνηθισμένο.	1	2	3	4	5
102. Συνεχίζω να παίζω τυχερά παιχνίδια γιατί έχω κερδίσει στο παρελθόν.	1	2	3	4	5
103. Νιώθω ευθυμία όταν παίζω τυχερά παιχνίδια.	1	2	3	4	5
104. Διαθέτω χρήματα στα τυχερά παιχνίδια όταν ψάχνω για διέγερση.	1	2	3	4	5

105. Θα επέλεγα να σταματήσω να παίζω τυχερά παιχνίδια αν ένιωθα ότι απομακρύνομαι από τους φίλους μου.	1	2	3	4	5
106. Καμιά φορά όταν παίζω τυχερά παιχνίδια, νιώθω πανικό.	1	2	3	4	5
107. Θα επισκεπτόμουν κάποιο ειδικό με στόχο να παίζω λιγότερο.	1	2	3	4	5
108. Μου αρέσει να παίζω τυχερά παιχνίδια γιατί αξιοποιώ τις ικανότητές μου.	1	2	3	4	5
109. Ο μητέρα μου ασχολιόταν/ ασχολείται σε μεγάλο βαθμό με τα τυχερά παιχνίδια.	1	2	3	4	5
110. Μια κοινωνική υπηρεσία για παίκτες, πρέπει να διαθέτει εξειδικευμένο προσωπικό.	1	2	3	4	5
111. Διαθέτω χρήματα στα τυχερά παιχνίδια όταν υπάρχουν καυγάδες στο σπίτι.	1	2	3	4	5
112. Μου αρέσει να παίζω τυχερά παιχνίδια επειδή προκαλώ την τύχη μου.	1	2	3	4	5
113. Μια σειρά από ήττες μου παρέχει μια εμπειρία μάθησης που θα με βοηθήσει να κερδίσω στο μέλλον.	1	2	3	4	5
114. Μία αρνητική συνέπεια των τυχερών παιχνιδιών είναι η στεναχώρια που αισθάνομαι.	1	2	3	4	5
115. Καμιά φορά όταν παίζω τυχερά παιχνίδια, νιώθω συχνουρία.	1	2	3	4	5
116. Διαθέτω χρήματα στα τυχερά παιχνίδια όταν παίζω χωρίς να το γνωρίζει κανένας.	1	2	3	4	5
117. Έχω αναβάλει πράγματα/ δραστηριότητες που έκανα με τον σύντροφό μου εξαιτίας της παικτικής μου συμπεριφοράς.	1	2	3	4	5
118. Παίζω τυχερά παιχνίδια όταν έχω προβλήματα με τον νόμο εξαιτίας της παικτικής μου συμπεριφοράς.	1	2	3	4	5
119. Θα επέλεγα να σταματήσω να παίζω τυχερά παιχνίδια εάν έχανα συνέχεια.	1	2	3	4	5

120. Η έντονη πίστη μου στην τύχη δυναμώνει την επιθυμία μου να ασχοληθώ με τα τυχερά παιχνίδια.	1	2	3	4	5
121. Πιστεύω ότι θα πόνταρα περισσότερο σε τυχερά παιχνίδια μετά από ένα υψηλό κέρδος.	1	2	3	4	5
122. Διαθέτω χρήματα στα τυχερά παιχνίδια όταν οι άλλοι δείχνουν να μην με συμπαθούν.	1	2	3	4	5
123. Ασχολούμαι περισσότερο με τυχερά παιχνίδια τα Χριστούγεννα/ Πρωτοχρονιά λόγω παρέας.	1	2	3	4	5
124. Η σκέψη για τα τυχερά παιχνίδια με συναρπάζει.	1	2	3	4	5
125. Θα επέλεγα να σταματήσω να παίζω τυχερά παιχνίδια λόγω οικογενειακών προβλημάτων.	1	2	3	4	5
126. Διέθεσα χρήματα στα τυχερά παιχνίδια όταν κέρδιζα και ήθελα να συνεχίσω να κερδίζω.	1	2	3	4	5
127. Παίζω τυχερά παιχνίδια όταν νιώθω φόβο απέναντι στα άτομα που χρωστάω χρήματα.	1	2	3	4	5
128. Όταν παίζω τυχερά παιχνίδια νιώθω ότι μειώνω τον θυμό και την ένταση που αισθάνομαι.	1	2	3	4	5
129. Ασχολούμαι με τα τυχερά παιχνίδια, γιατί διαθέτω καλή μνήμη.	1	2	3	4	5
130. Διαθέτω χρήματα στα τυχερά παιχνίδια όταν αισθάνομαι λυπημένος/ η.	1	2	3	4	5
131. Πιστεύω ότι θα έπρεπε να τεθεί κάποιο όριο χρημάτων σε παίκτες με προβλήματα.	1	2	3	4	5
132. Η παικτική μου συμπεριφορά χειροτέρεψε τις σχέσεις με τον/την σύντροφό μου.	1	2	3	4	5
133. Αν σταματήσω να παίζω τυχερά παιχνίδια θα χάσω την ελπίδα για ενδεχόμενο κέρδος.	1	2	3	4	5
134. Καμιά φορά όταν παίζω τυχερά παιχνίδια, νιώθω εφίδρωση.	1	2	3	4	5

135. Κατά την διάρκεια των διακοπών μου, παίζω ελάχιστα λόγω χαλάρωσης/ διασκέδασης.	1	2	3	4	5
136. Μία αρνητική συνέπεια των τυχερών παιχνιδιών είναι το άγχος που αισθάνομαι.	1	2	3	4	5
137. Η ενασχόληση με τα τυχερά παιχνίδια βελτιώνει τις γνώσεις μου στην στατιστική.	1	2	3	4	5
138. Επιλέγω να παίζω τυχερά παιχνίδια στο πρακτορείο λόγω εύκολης πρόσβασης.	1	2	3	4	5
139. Διαθέτω χρήματα στα τυχερά παιχνίδια όταν κάποιος με προκαλεί να παίξω.	1	2	3	4	5
140. Πιστεύω ότι θα έπρεπε να απαγορευτεί η πρόσβαση σε τυχερά παιχνίδια σε παίκτες με προβλήματα.	1	2	3	4	5
141. Η ενασχόληση με τα τυχερά παιχνίδια μου προκαλεί απώλεια συνείδησης.	1	2	3	4	5
142. Ασχολούμαι με τα τυχερά παιχνίδια, γιατί έχω αυτοσυγκέντρωση.	1	2	3	4	5
143. Θα επέλεγα να σταματήσω να παίζω τυχερά παιχνίδια λόγω οικονομικών προβλημάτων.	1	2	3	4	5
144. Η προσευχή με βοηθάει να κερδίσω.	1	2	3	4	5
145. Η παικτική μου συμπεριφορά χειροτέρεψε τη διαχείριση του νοικοκυριού.	1	2	3	4	5
146. Διαθέτω χρήματα στα τυχερά παιχνίδια όταν νιώθω μια παρόρμηση να παίξω.	1	2	3	4	5
147. Έχω κρύψει στοιχήματα, δελτία ΛΟΤΤΟ, χρηματικά ποσά ή άλλα σημάδια της παικτικής μου συμπεριφοράς από πρόσωπα του οικογενειακού μου περιβάλλοντος.	1	2	3	4	5
148. Η σκέψη των τυχερών παιχνιδιών είναι συνεχώς στο μυαλό μου.	1	2	3	4	5
149. Καμιά φορά όταν παίζω τυχερά παιχνίδια, νιώθω ένα πόνο στο στομάχι.	1	2	3	4	5
150. Καμιά φορά παίζω τυχερά παιχνίδια, όταν είμαι μόνος/ η.	1	2	3	4	5

151. Διέθεσα χρήματα στα τυχερά παιχνίδια όταν πίστευα ότι θα έπαιζα χωρίς να ξεπεράσω τα όρια.	1	2	3	4	5
152. Επιλέγω συγκεκριμένα παιχνίδια γιατί μπορώ εύκολα να γνωρίσω άτομα.	1	2	3	4	5
153. Όταν παίζω τυχερά παιχνίδια νιώθω ότι μειώνω το άγχος και το στρες που αισθάνομαι.	1	2	3	4	5
154. Εφόσον κερδίσω μια φορά, σίγουρα θα κερδίσω ξανά.	1	2	3	4	5
155. Διαθέτω χρήματα στα τυχερά παιχνίδια όταν βρίσκομαι σε μια κατάσταση, στην οποία παλιότερα συνήθιζα να παίζω.	1	2	3	4	5
156. Μια κοινωνική υπηρεσία για παίκτες, πρέπει να θέτει αυστηρούς κανόνες.	1	2	3	4	5
157. Όταν παίζω τυχερά παιχνίδια, συχνά έχω έντονη επιθυμία για γλυκά.	1	2	3	4	5
158. Το διαζύγιο πιθανόν να με έκανε να ποντάρω χρήματα στα τυχερά παιχνίδια.	1	2	3	4	5
159. Διαθέτω χρήματα στα τυχερά παιχνίδια όταν αισθάνομαι σίγουρος/ η για τις ικανότητες μου.	1	2	3	4	5
160. Η παικτική μου συμπεριφορά χειροτέρεψε τις σχέσεις με την οικογένεια μου.	1	2	3	4	5
161. Καμιά φορά όταν παίζω τυχερά παιχνίδια, νιώθω πονοκέφαλο.	1	2	3	4	5
162. Έχω δανειστεί χρήματα χωρίς να τα επιστρέψω πίσω για να παίξω σε τυχερά παιχνίδια.	1	2	3	4	5
163. Η ενασχόληση με τα τυχερά παιχνίδια με βοηθάει να κερδίσω χρήματα.	1	2	3	4	5
164. Θα βελτίωνα τον αυτοέλεγχό μου με στόχο να παίζω λιγότερο.	1	2	3	4	5
165. Ασχολούμαι με τα τυχερά παιχνίδια για να ξεφύγω από δυσάρεστες καταστάσεις.	1	2	3	4	5
166. Συνηθίζω να παίζω τυχερά παιχνίδια όταν κάποιος με ενθαρρύνει να ποντάρω.	1	2	3	4	5

167. Όταν παίζω συγκεκριμένους αριθμούς ή χρώματα, πιστεύω ότι έχω μεγαλύτερες πιθανότητες κέρδους.	1	2	3	4	5
168. Έχω ξοδέψει σε τυχερά παιχνίδια περισσότερα χρήματα από αυτά που μπορούσα να διαθέσω.	1	2	3	4	5
169. Όταν παίζω τυχερά παιχνίδια, συχνά ξεχνάω να φάω.	1	2	3	4	5
170. Αυτό που δεν μου αρέσει στην παικτική διαδικασία είναι η απώλεια αυτοελέγχου.	1	2	3	4	5
171. Ασχολούμαι με τα τυχερά παιχνίδια, γιατί γνωρίζω στατιστική.	1	2	3	4	5
172. Εξαιτίας της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα, ασχολούμαι λιγότερο με τα τυχερά παιχνίδια.	1	2	3	4	5
173. Ασχολούμαι με τα τυχερά παιχνίδια για να μειώσω την μοναξιά που αισθάνομαι.	1	2	3	4	5
174. Ασχολήθηκα με τα τυχερά παιχνίδια περισσότερο από ότι σκόπευα.	1	2	3	4	5
175. Κάποιες φορές έχω αισθανθεί ότι η ενασχόλησή μου με τα τυχερά παιχνίδια είναι προβληματική.	1	2	3	4	5
176. Κάποιες φορές έχω αισθανθεί ότι θα ήθελα να σταματήσω να στοιχηματίζω στα τυχερά παιχνίδια, αλλά δεν νομίζω ότι θα μπορούσα.	1	2	3	4	5

Παρακαλώ προσδιορίστε τον βαθμό με τον οποίο συμφωνείτε με την καθεμία από τις παρακάτω δηλώσεις

- 1. Καθόλου**
- 2. Μία φορά τον μήνα**
- 3. 2-3 φορές τον μήνα**
- 4. Μία φορά την εβδομάδα**
- 5. 2-3 φορές την εβδομάδα**

ΕΙΔΗ/ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΠΑΙΧΝΙΔΙΩΝ

177. Τον τελευταίο μήνα, έχω παίξει κάποιο παιχνίδι με αριθμούς (ΛΟΤΤΟ, ΤΖΟΚΕΡ, EXTRA-5, SUPER-3, ΠΡΟΤΟ)	1	2	3	4	5
178. Τον τελευταίο μήνα, έχω παίξει ΚΙΝΟ	1	2	3	4	5
179. Τον τελευταίο μήνα, έχω στοιχηματίσει σε αθλητικά γεγονότα (ΠΡΟΠΟ, ΠΡΟΠΟΓΚΟΛ, ΣΤΟΙΧΗΜΑ)	1	2	3	4	5
180. Τον τελευταίο μήνα, έχω στοιχηματίσει σε κυνοδρομίες (Σκυλάκια - RACES)	1	2	3	4	5
181. Τον τελευταίο μήνα, έχω στοιχηματίσει χρήματα στο παιχνίδι GOAL (Εκτέλεση Εικονικών Πενάλτι)	1	2	3	4	5
182. Τον τελευταίο μήνα, έχω στοιχηματίσει σε άλογα (στον υπόδρομο ή σε πρακτορεία στοιχημάτων υποδρόμου)	1	2	3	4	5
183. Τον τελευταίο μήνα, έχω ποντάρει χρήματα σε Εικονικές Ιπποδρομίες (Dashing Derby)	1	2	3	4	5
184. Τον τελευταίο μήνα, έχω στοιχηματίσει χρήματα σε πόκερ σε ιδιωτικό χώρο (π.χ. φιλικό σπίτι)	1	2	3	4	5
185. Τον τελευταίο μήνα, έχω στοιχηματίσει χρήματα σε πόκερ σε καζίνο	1	2	3	4	5
186. Τον τελευταίο μήνα, έχω στοιχηματίσει χρήματα σε ηλεκτρονικό πόκερ σε μπαρ, ξενοδοχείο	1	2	3	4	5
187. Τον τελευταίο μήνα, έχω στοιχηματίσει χρήματα στο εικονικό παιχνίδι BALLOONS	1	2	3	4	5
188. Τον τελευταίο μήνα, έχω στοιχηματίσει χρήματα στο εικονικό παιχνίδι CRAZY BINGO	1	2	3	4	5
189. Τον τελευταίο μήνα, έχω παίξει ζάρια, ή άλλα παιχνίδια που συμπεριλάμβαναν την χρήση ζαριών (νόμιμα ή παράνομα)	1	2	3	4	5

190. Τον τελευταίο μήνα, έχω επισκεφτεί κάποιο καζίνο (νόμιμο ή παράνομο)	1	2	3	4	5
191. Τον τελευταίο μήνα, έχω στοιχηματίσει χρήματα σε τυχερά παιχνίδια στο καζίνο	1	2	3	4	5
192. Τον τελευταίο μήνα, έχω στοιχηματίσει χρήματα στο Διαδικτυακό Καζίνο	1	2	3	4	5
193. Τον τελευταίο μήνα, έχω παίξει σε κουλοχέρηδες, φρουτάκια, μηχανήματα σχετικά με το πόκερ ή άλλα μηχανήματα τυχερών παιχνιδιών	1	2	3	4	5
194. Τον τελευταίο μήνα, έχω παίξει χαρτιά με χρηματική αμοιβή	1	2	3	4	5
195. Τον τελευταίο μήνα, έχω στοιχηματίσει χρήματα σε παιχνίδια κλειστών χώρων (π.χ τάβλι, ντάμα, σκάκι)	1	2	3	4	5
196. Τον τελευταίο μήνα, έχω πάρει μετοχές ή έχω παίξει στο χρηματιστήριο	1	2	3	4	5
197. Τον τελευταίο μήνα, έχω παίξει bowling, μπιλιάρδο, γκόλφ ή άλλα παιχνίδια που απαιτούν ικανότητες με χρηματική αμοιβή	1	2	3	4	5
198. Τον τελευταίο μήνα, έχω παίξει «χάρτινα παιχνίδια» όπως ξυστό διαφορετικά από λοταρίες	1	2	3	4	5
199. Τον τελευταίο μήνα, έχω στοιχηματίσει χρήματα σε κάποιο άλλο παιχνίδι που δεν συμπεριλαμβάνεται παραπάνω	1	2	3	4	5

200. Το μεγαλύτερο ποσό χρημάτων που έχω στοιχηματίσει σε τυχερά παιχνίδια σε μια μέρα είναι:

- A. Περισσότερο από 1 Ευρώ μέχρι 10 Ευρώ
- B. Περισσότερο από 10 Ευρώ μέχρι 100 Ευρώ
- Γ. Περισσότερο από 100 Ευρώ μέχρι 1000 Ευρώ
- Δ. Περισσότερο από 1000 Ευρώ

201. Το ποσοστό επί τοις εκατό % του ελεύθερου χρόνου που έχω διαθέσει στην ενασχόλησή μου με τα τυχερά παιχνίδια, τον τελευταίο μήνα είναι:

- A. 0 – 20%
- B. 21 – 40%
- Γ. 41 – 60%
- Δ. 61- 80%
- Ε. 81 – 100%

202. Το ποσοστό επί τοις εκατό % του περισσεύματός μου σε χρήματα που έχω διαθέσει στην ενασχόλησή μου με τα τυχερά παιχνίδια, τον τελευταίο μήνα είναι:

- A. 0 – 20%
- B. 21 – 40%
- Γ. 41 – 60%
- Δ. 61- 80%
- Ε. 81 – 100%

203. Κατά τον τελευταίο μήνα, το χρηματικό ποσό (σε ευρώ) που ξόδεψα στην παικτική διαδικασία συνολικά, είναι:

- A. 0 – 50 Ευρώ
- B. 51 – 100 Ευρώ
- Γ. 100 ευρώ και πάνω
- Δ. 200 ευρώ και πάνω
- Ε. 300 ευρώ και πάνω
- ΣΤ. 400 ευρώ και πάνω
- Z. 500 ευρώ και πάνω

204. Δανείστηκα χρήματα για να παίξω κάποιο τυχερό παιχνίδι ή να ξεπληρώσω χρέη που προέκυψαν από τα τυχερά παιχνίδια, από τα χρήματα του νοικοκυριού.

- A. Ναι

B. Όχι

205. Δανείστηκα χρήματα για να παίξω κάποιο τυχερό παιχνίδι ή να ξεπληρώσω χρέη που προέκυψαν από τα τυχερά παιχνίδια, από τον/την σύζυγο/ σύντροφό μου.

A. Ναι

B. Όχι

206. Δανείστηκα χρήματα για να παίξω κάποιο τυχερό παιχνίδι ή να ξεπληρώσω χρέη που προέκυψαν από τα τυχερά παιχνίδια, από συγγενείς.

A. Ναι

B. Όχι

207. Δανείστηκα χρήματα για να παίξω κάποιο τυχερό παιχνίδι ή να ξεπληρώσω χρέη που προέκυψαν από τα τυχερά παιχνίδια, από τράπεζες, εταιρείες δανεισμού ή πιστωτικούς συνεταιρισμούς.

A. Ναι

B. Όχι

208. Δανείστηκα χρήματα για να παίξω κάποιο τυχερό παιχνίδι ή να ξεπληρώσω χρέη που προέκυψαν από τα τυχερά παιχνίδια, από πιστωτικές κάρτες.

A. Ναι

B. Όχι

209. Δανείστηκα χρήματα για να παίξω κάποιο τυχερό παιχνίδι ή να ξεπληρώσω χρέη που προέκυψαν από τα τυχερά παιχνίδια, από ιδιώτες πληρώνοντας υψηλούς τόκους.

A. Ναι

B. Όχι

210. Δανείστηκα χρήματα για να παίξω κάποιο τυχερό παιχνίδι ή να ξεπληρώσω χρέη που προέκυψαν από τα τυχερά παιχνίδια, από πωλήσεις ομολόγων, μετοχών, ή άλλων εγγυήσεων.

A. Ναι

B. Όχι

211. Δανείστηκα χρήματα για να παίξω κάποιο τυχερό παιχνίδι ή να ξεπληρώσω χρέη που προέκυψαν από τα τυχερά παιχνίδια, από προσωπικής ή οικογενειακής περιουσίας.

A. Ναι

B. Όχι

212. Δανείστηκα χρήματα για να παίξω κάποιο τυχερό παιχνίδι ή να ξεπληρώσω χρέη που προέκυψαν από τα τυχερά παιχνίδια, από από τον τρεχούμενο λογαριασμό μου (Έδωσα ακάλυπτες επιταγές).

A. Ναι

B. Όχι

<u>ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ</u>	
<u>213. Φύλο:</u>	
1. Άντρας	
2. Γυναίκα	
<u>214. Ηλικία (σε έτη):</u>	
1. 20-30	
2. 31-40	

3. 41-50	
4. 51-60	
5. 61-70	
<u>215. Τόπος που μεγαλώσατε (μέχρι 17 ετών):</u>	
1. Πόλη	
2. Επαρχία	
3. Εξωτερικό/ χώρα :	
<u>216. Οικογενειακή κατάσταση:</u>	
1. Άγαμος/η έχω σύντροφο	
2. Άγαμος/η δεν έχω σύντροφο	
3. Έγγαμος/η	
4. Διαζευγμένος/η	
5. Χήρος/α	
6. Άλλο (προσδιορίστε)	
<u>217. Έχετε παιδιά;</u>	
1. Ναι	
2. Όχι	
<u>218. Τι ηλικίας είναι τα παιδιά σας</u>	
1. Κάτω από 18	
2. 18 και πάνω	
3. Άλλο (προσδιορίστε)	
<u>219. Μένουν μαζί σας τα παιδιά σας;</u>	
1. Ναι	
2. Όχι	
<u>220. Μένουν μαζί σας άλλοι συγγενείς;</u>	
1. Ναι	

2. Όχι	
<u>221. Επαγγελματική Κατάσταση</u>	
1. Πλήρους απασχόλησης εργασία	
2. Μερικής απασχόλησης εργασία	
3. Οικοκυρικά	
4. Φοιτητής/ Φοιτήτρια	
5. Συνταξιούχος	
6. Άνεργος	
7. Άλλο (προσδιορίστε)	
<u>222. Ποιο είναι/ ήταν το επάγγελμά σας;</u>	
1. Δημόσιος Υπάλληλος	
2. Ιδιωτικός Υπάλληλος	
3. Ελεύθερος Επαγγελματίας	
4. Εκπαιδευτικός	
5. Συνταξιούχος	
6. Άλλο (προσδιορίστε)	
<u>223. Είστε ο κύριος εισοδηματίας του σπιτιού;</u>	
1. Ναι	
2. Όχι	
<u>224. Εάν όχι, ποιο είναι το επάγγελμα του κύριου εισοδηματία του σπιτιού;</u>	
1. Δημόσιος Υπάλληλος	
2. Ιδιωτικός Υπάλληλος	
3. Ελεύθερος Επαγγελματίας	
4. Εκπαιδευτικός	
5. Συνταξιούχος	
6. Άλλο (προσδιορίστε)	

225. Ατομικό Εισόδημα	
1. 0 – 5.000 Ευρώ	
2. 5.001- 10.000 Ευρώ	
3. 10.001 – 15.000 Ευρώ	
4. 15.001 – 20.000 Ευρώ	
5. 20.001 – 25.000 Ευρώ	
6. 25.001 – 30.000 Ευρώ	
7. 30.001 – 35.000 Ευρώ	
8. 35.001 – 40.000 Ευρώ	
9. 40.001 – 45.000 Ευρώ	
10. 45.001 – 50.000 Ευρώ	
11. 50.001 – 55.000 Ευρώ	
12. 55.001 – 60.000 Ευρώ	
13. 60.001 και άνω	
226. Οικογενειακό Εισόδημα	
1. 0 – 10.000 Ευρώ	
2. 10.001 – 20.000 Ευρώ	
3. 20.001 – 30.000 Ευρώ	
4. 30.001 – 40.000 Ευρώ	
5. 40.001 – 50.000 Ευρώ	
6. 50.001 – 60.000 Ευρώ	
7. 60.001 – 75.000 Ευρώ	
8. 75.001 – 100.000 Ευρώ	
9. 100.001 – 125.000 Ευρώ	
10. 125.001 – 150.000 Ευρώ	
11. 150.000 Ευρώ και άνω	

227. Μορφωτικό επίπεδο:

1. Διδακτορικό Δίπλωμα/ Μεταπτυχιακό	
2. Πτυχίο ΑΕΙ	
3. Πτυχίο ΤΕΙ (ΚΑΤΕ, ΚΑΤΕΕ)	
4. Φοιτητές ΑΕΙ, ΤΕΙ, Ανώτερες Σχολές	
5. Απολυτήριο Λυκείου (ΓΕΛ/ΤΕΛ/ΕΠΑΛ/ΤΕΣ)	
6. Απολυτήριο Γυμνασίου	
7. Απολυτήριο Δημοτικού	
8. Δεν φοίτησα στο Δημοτικό	

